****

**Bohdan T. Woronowicz MD, PhD**

**PACJENCI Z tzw. PODWÓJNĄ DIAGNOZĄ**

Szacuje się, że 30-50% osób chorych psychicznie nadużywa substancji psychoaktywnych, natomiast ok. 50% osób nadużywających lub uzależnionych od substancji psychoaktywnych cierpi na poważne zaburzenia psychiczne.

Dla określenia stanów, kiedy u tej samej osoby, nadużywanie lub uzależnienie od alkoholu bądź innych substancji współwystępuje równocześnie z innym zaburzeniem psychicznym albo z chorobą psychiczną, używane są terminy „*podwójna diagnoza"* lub „*podwójne zaburzenie”* (ang. dual diagnosis, double diagnosis, dual disorder).

Przyjmowanie substancji psychoaktywnych przez osoby cierpiące z powodu chorób/zaburzeń psychicznych niesie za sobą wiele problemów nie tylko diagnostycznych i terapeutycznych, ale także organizacyjnych i ekonomicznych. Pacjenci z podwójną diagnozą sprawiają bardzo duże problemy w leczeniu, ich leczenie trwa dłużej i tym samym jest bardziej kosztowne, a rokowanie w ich przypadku jest z reguły niekorzystne. Najczęściej funkcjonują w systemie „drzwi obrotowych” tzn. przekierowywani są z placówek psychiatrycznych do placówek leczenia uzależnień i odwrotnie.

Objawy innych zaburzeń psychicznych mogą towarzyszyć objawom uzależnienia od alkoholu i/lub od innych substancji psychoaktywnych w kilku wariantach:

* istnieją niezależnie od siebie jako odrębne schorzenia, a uzależnienie maskuje obecność zaburzeń psychicznych;
* uzależnienie redukuje lub „zamazuje” niektóre objawy tych zaburzeń, utrudniając proces diagnostyczny, a wówczas pierwotną przyczynę trudno jest jednoznacznie ustalić;
* uzależnienie wywołuje lub pogarsza przebieg tych zaburzeń;
* objawy spotykane w przebiegu uzależnienia imitują zaburzenia psychiczne (np. depresję czy nerwicę);
* objawy psychotyczne występujące w przebiegu alkoholowego (lub innego) zespołu abstynencyjnego lub ostrych czy też przewlekłych psychoz imitują chorobę psychiczną (np. w przypadku majaczenia czy halucynozy);
* zachowania spotykane w innych zaburzeniach psychicznych imitują niektóre objawy uzależnienia.

Ryzyko uzależnienia się od substancji psychoaktywnej jest większe u osób z zaburzeniami psychicznymi i odwrotnie — ryzyko zapadnięcia na chorobę psychiczną jest większe u osób uzależnionych. Szacuje się, że ok. 1/3 pacjentów z zaburzeniami psychicznymi miała również doświadczenia z nadużywaniem substancji psychoaktywnych (dwukrotnie częściej niż osoby bez tych zaburzeń).

Każdy, kto chce profesjonalnie pomagać osobie uzależnionej powinien posiadać umiejętność odróżniania pierwotnych (niezależnie istniejących) objawów zaburzeń psychicznych (choroby psychicznej) od objawów psychotycznych, które są powikłaniem uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, a w przypadku jakichkolwiek wątpliwości konieczne jest skonsultowanie się z psychiatrą. Jednocześnie każdy terapeuta uzależnień powinien mieć świadomość, że:

* objawy psychotyczne mogą wpływać na decyzję o podjęciu leczenia uzależnienia;
* stany lękowe mogą powodować u pacjenta „opór” przed podjęciem leczenia w grupie terapeutycznej lub przed udziałem w spotkaniach grupy samopomocowej;
* objawy psychotyczne bądź maniakalne powodują występowanie różnych niezrozumiałych i dziwacznych zachowań, zaburzających relacje interpersonalne, szczególnie podczas spotkań grupowych (nierzadko bywają one traktowane przez niedoświadczonych terapeutów jako zachowania antysocjalne bądź przejaw negatywnego stosunku do terapii);
* zachowania wynikające z choroby psychicznej mogą być błędnie interpretowane, np. jako objaw „oporu” przed leczeniem lub jako sygnały nawrotu choroby;
* bywają sytuacje, kiedy po zaprzestaniu picia i w trakcie leczenia uzależnienia, obecne są niezbyt nasilone objawy depresyjne, a nawet psychotyczne, które bywają interpretowane przez otoczenie jako przejaw nieprawidłowego przebiegu procesu zdrowienia. Mogą być one jednak związane bezpośrednie z emocjonalnym wzburzeniem czy napięciem na pewnych etapach terapii uzależnienia.

Uzależnienie może współwystępować z zaburzeniami nastroju (chorobą afektywną, najczęściej depresją), zaburzeniami osobowości, zaburzeniami, w których istotną rolę odgrywają czynniki psychologiczne, a także z zaburzeniami organicznymi (organicznymi zespołami mózgowymi) oraz ze schizofrenią.

Mówiąc o zaburzeniach nastroju najczęściej mamy na myśli „depresję”. Między depresją a uzależnieniem od alkoholu występują następujące powiązania:

* picie alkoholu podczas depresji endogennej;
* uzależnienie od alkoholu jako powikłanie depresji;
* stany depresyjne spowodowane komplikacjami wynikającymi z nadmiernego picia;
* stany depresyjne podczas zespołu abstynencyjnego.

Wszystkie badania mówią o wysokiej koincydencji uzależnień i stanów depresyjnych. Są badania, które szacują, że nawet 80-90% osób uzależnionych od alkoholu demonstruje objawy depresji a u ok. 40% z nich wystąpił pełnoobjawowy epizod depresyjny. Bardzo częste są sytuacje, kiedy objawy depresyjne utrzymują się przez okres wielu tygodni po zaprzestaniu picia

Obniżenie nastroju, drażliwość, spadek aktywności i stany lękowe mogą u osób uzależnionych od alkoholu wynikać również z endogennych zaburzeń nastroju (uzależnienie maskuje chorobę afektywną, „zapijanie" depresji). Mogą być również efektem farmakologicznego wpływu alkoholu na centralny układ nerwowy lub wiązać się z objawami zespołu abstynencyjnego lub zespołu rzekomo-abstynencyjnego (popularnego „suchego kaca"). Epizody depresyjne występują również w związku z niekorzystnymi sytuacjami i problemami życiowymi (psychologicznymi, socjalnymi itp.) będącymi następstwem niekontrolowanego picia alkoholu i jego skutków. W większości przypadków objawy depresji u osób uzależnionych od alkoholu ustępują jednak w ciągu kilku tygodni po zaprzestaniu picia i nie wymagają leczenia.

Wśród osób leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu najczęściej spotykana jest osobowość antyspołeczna i osobowość z pogranicza (*borderline* *personality*). Osobowości antyspołecznej alkohol służy np. do uzyskania stanu pobudzenia (do stymulacji) i ułatwia funkcjonowanie niezgodne z normami społecznymi. Osobowość borderline korzysta z pomocy alkoholu, żeby łatwiej siebie zaakceptować, opanować lęk czy dokonać samozniszczenia. Z badań wynika, że 10-20% mężczyzn i 5-10% kobiet leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu, już zanim zaczęli pić zdradzali objawy osobowości antyspołecznej. Natomiast u 13-28% osób zgłaszających się na leczenie z powodu uzależnienia od alkoholu rozpoznawano zaburzenia osobowości typu borderline.

Lecząc pacjenta, u którego stwierdzamy współistniejące zaburzenia osobowości należy pamiętać o tym, że konieczne jest, aby jedna osoba koordynowała i monitorowała przebieg procesu terapeutycznego; konieczne jest bowiem konsekwentne realizowanie ustaleń, wynikających z kontraktu terapeutycznego oraz dyrektywność w relacjach z takim pacjentem czy pacjentką. W procesie terapii niezmiernie istotne jest wzmacnianie zachowań pozytywnych.

Należy też wiedzieć, że wystąpienie zmian w zakresie niektórych cech osobowości, zwłaszcza po okresie długotrwałego nadużywania substancji uzależniających (m.in. obniżenie życia uczuciowego, zubożenie zainteresowań, osłabienie społecznej motywacji działania, osłabienie zdolności planowania) może być efektem organicznych zmian w mózgu. Stany te spotykane są jednak rzadko i dotyczą zaledwie kilku procent osób uzależnionych od alkoholu.

# Wśród zaburzeń, w których istotną rolę odgrywają czynniki psychologiczne, na czoło wysuwają się zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną (wg. ICD-10), zaburzenia stresowe pourazowe (*Post-Traumatic Stress Disorder* – PTSD), zespół lęku społecznego (*Social Anxiety Disorder* – SAD), zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (*Obsessive-Compulsive Disorder* – OCD) oraz coraz częściej rozpoznawany w Stanach Zjednoczonych (także i w Polsce) zespół nadpobudliwości psychoruchowej z zaburzeniami koncentracji uwagi (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder* - ADHD) nazywany w Europie zespołem nadpobudliwości psychoruchowej lub zespołem hiperkinetycznym (*Hyperkinetic Disorder*).

Sięganie po substancje psychoaktywne przez osoby z zaburzeniami nerwicowymi jest często sposobem na radzenie sobie z przykrymi dolegliwościami. Należy pamiętać, że objawy nerwicowe ustępują często wraz z wydłużającym się okresem abstynencji, postępującą zmianą osobistą oraz redukcją problemów zdrowotnych, rodzinnych i życiowych, ale nie można wykluczyć potrzeby leczenia przewlekłej nerwicy po upływie pewnego czasu od zaprzestania picia i odbycia terapii uzależnienia.

Błędem jest rozpoczynanie od leczenia nerwicy czy depresji zamiast od leczenia uzależnienia. W taki sposób bowiem niezamierzenie umacnia się system zaprzeczeń i odwracanie uwagi od problemów związanych z nadużywaniem alkoholu czy narkotyków. Lecząc osobę z objawami nerwicy należy być bardzo ostrożnym w zlecaniu jakichkolwiek leków. Dobrze też jest wykonać od czasu do czasu test na obecność leków, bowiem nawyk „samoleczenia” i sięganie po farmakologię może być zastępczą formą poprzedniego uzależnienia od alkoholu lub narkotyków.

Zaburzenia stresowe pourazowe (PTSD) powstają jako opóźniona i/lub przedłużona reakcja na stresujące wydarzenie lub sytuację o charakterze wyjątkowo zagrażającym lub katastrofalnym. Objawami PTSD są: przeżywanie „na nowo” wydarzenia urazowego we wspomnieniach, w wyobrażeniach, na jawie lub we snach, stany lękowe i depresyjne (niejednokrotnie z myślami samobójczymi), a także wybuchy paniki i agresji. Wiele osób usiłuje sobie radzić z tymi przykrymi objawami przy pomocy substancji psychoaktywnych i stąd droga do uzależnienia jest już bardzo prosta. Leczenie osób uzależnionych z objawami PTSD składa się z dwóch rodzajów terapii: jedna z nich dotyczy leczenia uzależnienia, a druga zajmuje się objawami PTSD. W celu złagodzenia stanów lękowych, depresyjnych czy innych zaburzeń psychicznych, chorym z objawami PTSD proponowane jest często wsparcie farmakologiczne (głównie - selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny - SSRI). Wielu pacjentów decyduje się na psychoterapię dopiero po farmakologicznym złagodzeniu objawów.

Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne (OCD) traktowane były jeszcze do niedawna jako nerwica natręctw uwarunkowana czynnikami psychospołecznymi. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 zaburzenia te rozpoznaje się wówczas, kiedy obecne są obsesje i/lub kompulsje, lęk, spowolnienie i towarzyszące im często objawy depresyjne. Musi też być pewność, że nie są one następstwem używania substancji psychoaktywnych lub leków psychotropowych. Pacjent ocenia objawy jako przesadne, zajmują mu one wiele czasu, w sposób istotny zaburzają codzienną aktywność, zaburzają relacje z innymi ludźmi i są powodem cierpienia. Z badań wynika, że wielu pacjentów z OCD „nadużywa alkoholu” w celu tłumienia przykrych objawów. Lekami z wyboru w przypadku OCD są selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) oraz niektóre leki przeciwdepresyjne. Farmakoterapia może być wspomagana psychoterapią behawioralno-poznawczą.

Przyczyny ADHD nie są do końca wyjaśnione, a dużą rolę w etiologii przypisuje się czynnikom genetycznym (są badania mówiące, że nawet w 80-90% przypadków). Podstawowe objawy to: zaburzenia koncentracji uwagi, nadpobudliwość i wybuchowość. U 60% pacjentów objawy utrzymują się w okresie dorosłości, są jednak znacznie mniej nasilone i trudniejsze do zaobserwowania. Dorośli z nadpobudliwością mogą być postrzegani jako trudni we współżyciu partnerzy albo jako niesumienni pracownicy nie spełniający oczekiwań pracodawcy mimo posiadanych kwalifikacji i umiejętności. Te wszystkie czynniki plus niska samoocena powodują, że osoby z ADHD są szczególnie podatne na na uzależnienia. Problemem dla terapeuty uzależnień może być różnicowanie zachowań pacjenta między biologicznym ADHD a brakiem odpowiednich umiejętności społecznych, co może wynikać np. z wychowania w atmosferze braku akceptacji i dobrego rodzicielstwa.

Zespół lęku społecznego (SAD) charakteryzuje się nadmierną nieśmiałością lub lękiem przed tym, że wygląd, wypowiedź bądź zachowanie zostaną poddane krytyce lub będą negatywnie odebrane przez otoczenie. Osoby te odczuwają silne napięcie i dyskomfort w niektórych sytuacjach społecznych i pojawia się u nich speszenie z powodu zarumienienia się albo strach przed spotkaniem mężczyzn czy kobiet, znalezieniem się w centrum zainteresowania, udziałem w imprezach, a nawet przed mówieniem, pisaniem, jedzeniem czy piciem w obecności innych osób. Okazało się, że u wielu osób objawy te pojawiały się już w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania i najczęściej były bagatelizowane bądź postrzegane jako zwykła nieśmiałość czy „słabość charakteru”.

W leczeniu SAD stosowane są różne formy terapii behawioralnej i poznawczej ze wsparciem farmakologicznym. Z badań jednoznacznie wynika, że SAD ma przebieg przewlekły a remisje są bardzo rzadkie. Stąd osoby cierpiące na SAD poszukują różnych form samoleczenia i bardzo często uzależniają się od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.Wielu pacjentów z nierozpoznanym SAD trafia do placówek lecznictwa odwykowego z powodu uzależnienia.

Szczególne wyzwanie, zarówno dla lecznictwa psychiatrycznego jak i dla lecznictwa odwykowego, stanowią pacjenci chorzy na schizofrenię, którzy są uzależnieni od substancji psychoaktywnych albo mają tendencję do okresowego używania tych substancji. W okresie nasilenia objawów choroby najczęściej konieczna jest hospitalizacja takich osób. Niezmiernie ważne jest objęcie pacjenta opieką środowiskową, szczególnie w sytuacji, kiedy jest samotny. Używanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych jest wyjątkowo niekorzystne dla osób z zaburzeniami schizofrenicznymi, a badania wykazały, że pacjenci, którzy palą marihuanę czy piją alkohol, częściej doświadczają epizodów psychotycznych. Regularne przyjmowanie leków zwiększa szanse na utrzymywanie abstynencji od substancji psychoaktywnych.

Zaburzenia organiczne są wynikiem choroby mózgu, uszkodzenia lub innego urazu prowadzącego do dysfunkcji mózgu. Zaburzenia te mogą być pierwotne (jako wynik bezpośredniego uszkodzenia mózgu) lub wtórne - w chorobach, które wpływają niekorzystnie na mózg. W towarzyszących zmianom organicznym zaburzeniach otępiennych niewielkiego stopnia, pacjenci mogą z powodzeniem korzystać ze standardowych programów terapii uzależnień. Należy jednak pamiętać, że pacjenci z deficytami poznawczymi mogą być przedmiotem kpin i „dowcipów” ze strony współpacjentów, co wymaga specjalnej uwagi terapeutów, a niekiedy ich interwencji. W przypadku stwierdzenia zmian o nasileniu uniemożliwiającym korzystanie w pełni z programu terapii uzależnienia, należy skoncentrować się na ułatwieniu pacjentowi kontaktu z ruchami samopomocowymi (AA czy NA lub inne grupy wsparcia), gdzie znajdzie on zrozumienie oraz spotka osoby z podobnymi jak on problemami.

Lecząc pacjentów z „podwójną diagnozą” powinniśmy mieć na uwadze, że u nich częściej występują różnego rodzaju kryzysy, mają także więcej poważnych i przewlekłych problemów medycznych, emocjonalnych i socjalnych i z tego powodu wymagają na ogół dłuższego leczenia. Dekompensacja psychotyczna lub inne pogorszenie stanu psychicznego jest często przyczyną powrotu do picia czy brania. Z tych właśnie powodów trzeba być przygotowanym na to, że postęp w leczeniu będzie u nich znacznie wolniejszy. Osoby uzależnione w ogóle z trudem przyznają się do swojego problemu, najczęściej minimalizują objawy własnego uzależnienia oraz towarzyszące temu problemy. Tym bardziej dotyczy to osób, które doświadczają rozmaitych innych problemów psychicznych i życiowych. Również pacjenci „psychiatryczni” często zaprzeczają swoim chorobom. Natomiast osoby z ,,podwójną diagnozą” często ,,podwójnie" zaprzeczają swoim problemom i tym samym ,,podwójnie" trudno jest włączyć ich do leczenia i utrzymać w procesie odzyskiwania zdrowia.

Dodatkową trudnością jest fakt, że wiele osób z „podwójną diagnozą” nie jest w stanie korzystać w pełni z programu psychoterapii uzależnień, opartych jak wiadomo na sporej porcji edukacji. Wielu osobom zrozumienie wykładów utrudniają problemy z koncentracją lub zaburzeniami funkcji poznawczych. Osoby cierpiące na depresję mogą mieć trudności ze wstaniem z łóżka i pokonaniem apatii, a więc aktywny udział w terapii może okazać się niemożliwy do wykonania. Podobnie jest u pacjentów z zespołem paranoidalnym, którzy np. są przekonani, że inni mówią między sobą na ich temat. To może nasilić objawy psychotyczne czy myśli samobójcze.

Terapia osób z podwójnymi zaburzeniami (z podwójną diagnozą) powinna być zintegrowana i obejmować wszystkie rozpoznane zaburzenia równocześnie. Powinna być długoterminowa, elastyczna oraz dążyć do zwiększenia możliwości pacjenta w zakresie samokontroli i wykrywania objawów ostrzegawczych nawrotu. Bardzo ważnym elementem jest systematyczne przyjmowanie neuroleptyków oraz treningi umiejętności społecznych i umiejętności rozwiązywania problemów życia codziennego.

W terapii wszystkich osób uzależnionych ważną rolę odgrywa psychoedukacja rodzin pacjentów. Natomiast w przypadku osób z podwójną diagnozą czynnik uświadomienia rodziny jest wyjątkowo istotny, gdyż pacjenci ci potrzebują jeszcze większej pomocy i wsparcia w dbaniu o utrzymanie trzeźwości.