

Joanna Meder, Agnieszka Kałwa, Magdalena Rosenfeld
Oddział Podwójnej Diagnozy, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Podwójna diagnoza — „podwójne” problemy, aktualne koncepcje terapeutyczne

*Dual diagnosis — “double” problems,
current therapeutic approach*

Abstract

The article presents current problems of people with dual diagnosis — diagnose of mental illness and alcohol and/or other substance dependence. Complexity of this illness causes difficulties in pharmacological treatment and psychotherapy, these patients are considered to have worse prognosis. Dual diagnosis people tend to have social life difficulties and probably are socially discriminated. In this work an overview of present therapy conceptions has been presented. At present, integrated treatment — focused on psychiatric disorder and addiction treatment is considered to be the most effective. The article involves description of our current work experience in Dual Diagnosis Unit.

key words: dual diagnosis, psychiatric disorders, substance abuse, integrated treatment, therapy stages

Wstęp

W ostatnich latach stale rośnie liczba osób z rozpoznaniem podwójnej diagnozy — choroby psychicznej i jednocześnie uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Dowodem na to, iż nie jest to problem marginalny, są dane Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego Stanów Zjednoczonych. Według tych danych częstość występowania uzależnień w populacji ogólnej wynosi 17%. Ocenia się, że około 50% chorych na schizofrenię nadużywało w ciągu swojego życia substancji psychoaktywnych, natomiast aktualnie lub w ostatnim okresie rozpowszechnienie nadużywania tych substancji sięga w niektórych populacjach do 65% chorych. Najbardziej zagrożeni współwystępowaniem schizofrenii i nadużywania środków psychoaktywnych są młodzi mężczyźni, a najczęstszymi środkami odurzającymi są: alkohol, kanabinoły i kokaina.

Związek przyczynowo-skutkowy nadużywania substancji psychoaktywnych i występowania psychozy może być różny:

1. nadużywanie narkotyków może pełnić funkcję mechanizmu spustowego psychozy;
2. nadużywanie alkoholu lub narkotyków może być próbą samoleczenia choroby, jest więc wtórne do psychozy;
3. nadużywanie alkoholu lub narkotyków może być próbą zmniejszenia działań niepożądanych po stosowaniu neuroleptyków;
4. nadużywanie alkoholu lub narkotyków może być przypadkową koincydencją dwóch zaburzeń — schizofrenii i uzależnienia.

Nadużywanie alkoholu lub narkotyków przez chorych na schizofrenię wpływa na:

- wcześniejszy początek choroby;
- cięższy przebieg psychozy (więcej objawów paranoidalnych);
- większe nasilenie na przykład depresji;
- trudniejsze nawiązanie współpracy w leczeniu — stąd gorsze rokowanie;
- częstszą oporność na neuroleptyki;

Adres do korespondencji:
dr hab. med. Joanna Meder
Oddział Podwójnej Diagnozy
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
ul. Sobieskiego 9, 02–957 Warszawa
tel.: (0 22) 458 26 83
faks: (0 22) 642 53 75

- znacznie większą liczbę późnych dyskinez;
- zwiększenie liczby zachowań agresywnych i asocialnych;
- większe zagrożenie infekcją HIV.

W związku z tym pacjenci z podwójną diagnozą mogą stanowić grupę gorzej funkcjonującą społecznie czy też źle zaadaptowaną.

Podwójna diagnoza

— „podwójny” problem społeczny?

Prawdopodobnie istnieje problem dyskryminacji społecznej osób z zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji i diagnozą choroby psychicznej. W Niemczech, na Uniwersytecie w Lipsku, przeprowadzono badania [1] na temat ustosunkowania społecznego odnośnie priorytetów, które powinien podejmować państwowy system zdrowia publicznego w leczeniu różnych chorób. Wymieniono tu alkoholizm, schizofrenię, depresję, chorobę Alzheimera, reumatyzm, cukrzycę, AIDS, choroby kardiologiczne i choroby nowotworowe. Metodą ankiety telefonicznej zadawano pytania losowo wybranym abonentom. Zadawano następujące pytanie: leczenie której z wyżej wymienionych chorób nie powinno być poddane przez państwo cięciom finansowym w razie konieczności podjęcia decyzji o zmniejszeniu nakładu środków pieniężnych na pewne działy opieki zdrowotnej? Większość osób na ostatnim miejscu stawiała potrzebę kontynuacji finansowania leczenia osób uzależnionych od alkoholu. Na drugim miejscu od końca znajdowały się decyzje o nieograniczaniu środków na leczenie schizofrenii, na trzecim — depresji. Powodem takich opinii było najczęściej przekonanie, że osoby uzależnione od alkoholu ponoszą odpowiedzialność za swoją chorobę i za swoje dalsze cierpienie (poprzez niezaprzestanie picia). W porównaniu z osobami chorymi na AIDS, osoby uzależnione od alkoholu były oceniane jako mniej zasługujące na bezpłatne leczenie, ponieważ ich problem widziany jest jako „odwracalny”. Uczestnicy ankiety pragnęli również większego dystansu społecznego w kontaktach z osobami uzależnionymi od alkoholu, osobami z rozpoznaniem schizofrenii i depresji — na przykład nie wynajeliby im pokoju, nie zatrudniliby do pomocy w domu. Odnosząc wyniki badań Schomerusa i wsp. [1] do problemu pacjentów z rozpoznaniem podwójnej diagnozy można przypuszczać, że finansowanie ich leczenia również nie byłoby chętnie widziane przez opinię publiczną. Prawdopodobnie są oni również osobami, wobec których powstaje znaczny dystans społeczny. Te czynniki mogą powodować u nich mniejszą chęć do podejmowania leczenia i kontynuowania terapii.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że kontakty społeczne osób z podwójnym rozpoznaniem nawiązywane są głównie w środowiskach, które mają związek z używaniem substancji psychoaktywnych [2]. Znacznie rzadziej nawiązywane są relacje z ludźmi pochodzącymi spoza tego środowiska, a także kontakty z bliskimi, rodziną. Ryzyko izolacji osób z podwójną diagnozą jest wysokie, a brak wsparcia — zwłaszcza ze strony osób bliskich — jest czynnikiem, który istotnie wpływa na wzrost częstości używania substancji odurzających, co utrudnia terapię. Pozbawione wsparcia osoby z podwójną diagnozą są bardziej narażone na bezrobocie, bezdomność i tracą motywację do przeciwstawienia się nałogowi [3]. Autorzy podkreślają, że ważna jest praca terapeutyczna nastawiona na osiąganie przez pacjentów umiejętności społecznych, służących kontaktom ze zdrowym środowiskiem, niezwiązanym z używaniem substancji psychoaktywnych. McDonald i wsp. [2] przeprowadzili badania wśród osób z podwójną diagnozą objętych zintegrowanym terapeutycznie (nastawionym na leczenie choroby psychicznej i terapię zaburzeń spowodowanych używaniem substancji) programie SUMMIT, prowadzonym w Melbourne, w Australii. Badano sieć kontaktów, interakcji społecznych, satysfakcję z podejmowanej terapii, jakość wsparcia społecznego w opinii osób z podwójną diagnozą w różnych fazach leczenia. Grupę eksperymentalną (34 osoby) podzielono ze względu na fazę leczenia, w której znajdowali się pacjenci, na dwie grupy. Pierwszą stanowiły osoby, które znajdowały się we wczesnych fazach leczenia i często łamały abstynencję, w drugiej umieszczono osoby w późnych fazach terapii, które miały znacznie dłuższe okresy abstynencji. Niezależnie od czasu trwania leczenia, między osobami z obu grup nie było istotnych różnic w kontaktach ze środowiskiem związanym z używaniem substancji psychoaktywnych. Oznacza to, że mimo podejmowanej terapii liczba kontaktów z osobami, które aktywnie używają substancji odurzających nie zmniejszyła się. Natomiast okazało się, że osoby w późnych fazach leczenia zdecydowanie rzadziej łączą stosowanie różnych substancji psychoaktywnych ze sobą — używają przeciętnie dwóch typów substancji odurzających, podczas gdy osoby we wczesnych fazach leczenia używają trzech i więcej różnych typów substancji. Pacjenci w późnych fazach terapii, w porównaniu z osobami znajdującymi się we wczesnych fazach leczenia, oceniali, że otrzymują więcej wsparcia ze strony osób, które nie mają związku z używaniem substancji psychoaktywnych, w tym wsparcia ze strony profesjonalistów. Autorzy stwierdzają, że prawdopodobnie osoby w późniejszych fazach le-

czenia są bardziej nastawione na przyjmowanie pomocy niż osoby we wczesnych fazach terapii. Być może wytworzenie silnego związku między chorym a terapeutą ma wpływ na większą motywację pacjentów do leczenia, jakkolwiek autorzy nie wykluczają, że motywacja ta może być wytworzona przez chorego, który przechodzi kolejne fazy leczenia, niezależnie od profesjonalnej pomocy terapeuty.

Leczenie pacjentów z podwójną diagnozą

Chorzy z rozpoznaniem podwójnej diagnozy są powszechnie uważani za pacjentów bardzo „trudnych”, sprawiających największe problemy terapeutyczne. Wielu autorów, niezależnie od miejsca na świecie, w którym przeprowadza się terapię dla takiej grupy osób, jest zgodnych co do faktu, że brak efektów leczenia najczęściej wiąże się z koncentracją na jednym z rozpoznanych — chorobie psychicznej lub uzależnieniu. Wielorakość problemów wynikających z współistnienia dwóch schorzeń powoduje, że pacjenci, łamiąc abstynencję, „wypadają” z grup terapeutycznych dla psychotyków, a programy odwykowe są dla nich zbyt trudne lub restrykcyjne — nie mogą sprostać wymaganiom grupy. W tej sytuacji koniecznością stało się opracowanie odrębnych programów terapeutycznych. Różni autorzy wskazują na konieczność stosowania wobec tego typu pacjentów terapii zintegrowanej — prowadzonej przez jeden zespół i łączącej leczenie zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych z leczeniem choroby psychicznej, zarówno w działaniach obejmujących farmakoterapię, jak i psychoterapię.

Bardzo ważne jest dokładne i możliwie wczesne postawienie diagnozy zaburzeń spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych i rozpoznanie choroby psychicznej.

Wczesne rozpoznanie „podwójnego” problemu umożliwia względnie szybkie podjęcie odpowiednio zintegrowanej terapii. Libby i Riggs [4] podkreślają, jak ważne jest włączanie w odpowiednie programy terapeutyczne już nastolatków, u których oprócz pierwszych objawów choroby psychicznej pojawiają się również zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych. Zdaniem autorów, wielką rolę odgrywa tutaj nawiązanie dobrego kontaktu z pacjentem, stworzenie atmosfery zaufania, uwzględnienie indywidualnych potrzeb danej osoby.

Terapia powinna być: wielokierunkowa (obejmująca zarówno problemy psychotyczne, jak i uzależnienie), długoterminowa (z naciskiem na oddziaływanie środowiskowe — nowoczesne programy przewidują 2–3 lata terapii) oraz elastyczna (zmieniana i dostosowywana do aktualnych potrzeb pacjenta).

Większość terapeutów wyróżnia cztery fazy leczenia pacjentów z podwójną diagnozą:

I faza: zaangażowanie, rozwój i podtrzymanie wspólnego stanowiska terapeutycznego personelu medycznego i pacjenta — kontakt z pacjentem powinien być pełen szacunku, niekonfrontacyjny i empatyczny. W tej fazie należy zająć się najważniejszymi problemami pacjenta, nawet kosztem odroczenia problemu zerwania z nałogiem.

II faza: motywacja do zmiany i wytworzenie u pacjenta przekonania o konieczności długotrwałego leczenia uzależnienia — zmiana motywacji powinna następować pod wpływem edukacji, oceny przeszkód, definiowania problemów itd.

III faza: aktywne leczenie z zastosowaniem technik treningu umiejętności społecznych i rozwiązywania problemów.

IV faza: przeciwdziałanie nawrotom.

Należy pamiętać, że nawroty zaburzenia psychiatrycznego lub zaburzenia związanego z uzależnieniem są potencjalnie częstsze w grupie chorych z podwójną diagnozą niż w przypadku pacjentów z pojedynczą diagnozą, i nie oznaczają one niepowodzenia w leczeniu.

Bellach i wsp. [5] zwracają uwagę na inne ważne problemy związane z leczeniem pacjentów z podwójną diagnozą. Są to: przekonanie chorego o konieczności długoterminowego leczenia uzależnień, poprawa umiejętności społecznych i rozwiązywania problemów, poprawa umiejętności radzenia sobie ze stresem i objawami negatywnymi.

Na wszystkich etapach leczenia podstawą działania są programy edukacyjne dla pacjentów i ich rodzin. Celem ich jest: akceptacja choroby psychicznej pacjenta i konieczności leczenia farmakologicznego, redukcja negatywnych emocji, przyjęcie części odpowiedzialności za leczenie przez samego pacjenta i uaktywnienie go, uwrażliwienie na stresujące wydarzenia życiowe jako czynniki spustowe w nawrotach schizofrenii, zapobieganie nawrotom choroby.

W trakcie leczenia pacjentów z podwójną diagnozą, oprócz przestrzegania powyższych zasad, należy pamiętać, że „typowa” terapia uzależnień lub samouczestnictwo na przykład w grupie AA nie jest skuteczną metodą leczenia. Na wczesnym etapie terapii, w stosunku do pacjentów z podwójną diagnozą, należy być mniej sztywnym i konfrontacyjnym. Nie wolno jednak pozwalać na ciągłe zażywanie substancji uzależniających. Spotkania terapeutyczne powinny odbywać się często, 2–3 razy w tygodniu, a nawet codziennie, aż do osiągnięcia stabilizacji obu zaburzeń. Gdzie należy leczyć osoby z podwójną diagnozą?

Odpowiedź jest prosta — w środowisku. Oddziaływania środowiskowe są podstawą leczenia tych chorych. Programy powinny być długoterminowe, etapowe, ze stopniowym zmniejszaniem ilości spożywanego alkoholu lub innych przyjmowanych substancji psychoaktywnych, co zasadniczo odróżnia ten rodzaj terapii od zwykłego leczenia odwykowego, gdzie podstawą jest całkowita abstynencja.

Są jednak w terapii takie momenty, kiedy pacjent musi być poddany hospitalizacji pełnodobowej. Przyczyny mogą być różne: konieczność detoksykacji, zły stan somatyczny pacjenta, zagrożenie samobójstwem, silna depresja, zaburzenia lękowe lub zaostrzenie psychozy [6, 7].

Leczenie farmakologiczne

Uzależnienie od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych jest związane z zakłóceniem transmisji dopaminy w Układzie Nagrody. W strukturach układu limbicznego, hipokampie, korze brzuszo-przyśrodkowej, substancji czarnej, stężenie dopaminy gwałtownie spada. W ten sposób powstaje nagła potrzeba stymulacji, która wiąże się z przymusem stosowania danej substancji. Abi-Dargham z Uniwersytetu Columbia [8] wskazuje, że u osób chorych na schizofrenię występuje nadczynność dopaminy w układzie limbicznym, hipokampie (jest to związane z powstaniem objawów wytwórczych — pozytywnych), oraz jej niedoczynność, związana przede wszystkim z funkcjonowaniem kory przedczołowej (ma to związek z występowaniem objawów ubytkowych — negatywnych).

U osób z podwójną diagnozą — uzależnienia i schizofrenii — można mieć do czynienia z równocześnie występującą nadaktywnością i niedoczynnością dopaminy w różnych strukturach mózgu, a nawet z jednoczesnym wzrostem i spadkiem aktywności dopaminy w różnych obszarach układu limbicznego. Dlatego farmakoterapia takich pacjentów jest dużo trudniejsza niż leczenie osób z rozpoznaniem schizofrenii, które nie są uzależnione.

Leczenie farmakologiczne w tej grupie chorych stanowi część kompleksowego oddziaływania terapeutycznego w połączeniu z psychoterapią, edukacją i terapią rodzin, pozwalając na powolne realizowanie etapów leczenia i zapewnienie ciągłości opieki. Planując leczenie przeciwpsychotyczne, trzeba pamiętać, że jest to grupa najtrudniejszych i najbardziej nieufnych pacjentów, z którymi najtrudniej nawiązać kontakt terapeutyczny. Szczególnie preferowane są leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji [9].

Neuroleptyki atypowe dają lepszy poziom uzyskanej poprawy, gdyż działają w różnorodny sposób. Tak samo

jak neuroleptyki klasyczne, zmniejszają nasilenie lub usuwają objawy wytwórcze i są znacznie skuteczniejsze w usuwaniu objawów negatywnych.

Bardzo dużym obciążeniem dla pacjentów są objawy depresyjne komplikujące leczenie i rehabilitację, szczególnie po przeminięciu ostrej fazy psychotycznej. Neuroleptyki klasyczne nie działają przeciwdepresyjnie, a niektóre z nich, jak na przykład haloperidol, mogą wręcz pogłębiać depresję. Natomiast neuroleptyki drugiej generacji, mimo że mają różnorodny sposób działania, nie nasilają objawów depresyjnych, a niektóre wręcz je łagodzą. Wyżej opisane cechy nowoczesnych leków udowadniają, iż zmiana nasilenia różnych objawów nie musi pociągać za sobą konieczności zmiany leczenia, co zwykle jest obciążeniem dla stanu psychicznego pacjenta i grozi kolejnym załamaniem.

Z wyżej wymienionych powodów leczenie neuroleptykami drugiej generacji zmniejsza liczbę nawrotów, zmniejsza skumulowany okres choroby i zapewnia lepszą długotrwałą poprawę [10]. Neuroleptyki drugiej generacji powodują mniejszą stygmatyzację. Poprawiają funkcjonowanie poznawcze, co wpływa na jakość życia pacjentów i powoduje lepszą współpracę z chorym.

Moslehuddin i wsp. przedstawili opis leczenia 4 pacjentów psychotycznych, uzależnionych od różnych substancji: amfetaminy, kanabinoli, LSD. Zastosowanie w leczeniu neuroleptyku drugiej generacji, w tym przypadku risperidonu, zawsze skutkowało szybkim ustąpieniem działań niepożądanych [11].

Huang przez 6 miesięcy obserwował 7 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i nadużywających alkoholu. Przez 3 miesiące byli oni leczeni klasycznymi neuroleptykami, po czym do leczenia włączono risperidon. Spowodowało to spadek liczby dni w miesiącu, kiedy badani spożywali alkohol o 2,5 razy [12]. W kolejnych doniesieniach Soyki i wsp. [13] i Viala i wsp. [14] przytaczane są opisy przypadków pacjentów z podwójną diagnozą, u których po zastosowaniu risperidonu odnotowano dobrą skuteczność w zmniejszaniu objawów psychotycznych i dobrą tolerancję.

Najciekawsze są jednak doniesienia mówiące, iż stosowanie leków antypsychotycznych drugiej generacji zmniejsza spożycie alkoholu i używanie narkotyków [15, 16]. W publikacjach tych również najczęściej wymieniana jest risperidon oraz kłozapinę. Należy pamiętać, że efektywność leczenia farmakoterapeutycznego zależy przede wszystkim od równoległego stosowania oddziaływań psychoterapeutycznych, rehabilitacyjnych i środowiskowych.

Doświadczenie własne

Autorzy rozpoczęli pracę z osobami z podwójną diagnozą w 2004 roku. Od początku funkcjonowania projektu zajmują się pacjentami, u których rozpoznano chorobę psychiczną oraz zdiagnozowano problem alkoholowy (nadużywanie alkoholu lub zespół uzależnienia od alkoholu). Autorzy starali się stworzyć zintegrowany (psychiatryczny i odwykowy) program leczenia w formie ambulatoryjnej.

Początkowo zajęcia odbywały się 2 razy w tygodniu i miały charakter terapii grupowej. Stopniowo, w ciągu 2 lat, wprowadzono program, zgodnie z którym spotkania z pacjentami odbywają się 4 razy w tygodniu.

Na zajęciach terapii grupowej poruszane są tematy z zakresu uzależnienia (jego faz, leczenia, zapobiegania nawrotom) i choroby psychicznej (miejsce rozpoznanej choroby wśród innych zaburzeń, przebieg i objawy, zasady leczenia i rehabilitacji, zapobieganie nawrotom). Część zajęć jest poświęcona tematyce rozwiązywania problemów, efektywnego komunikowania się, radzenia sobie ze stresem. Mają one charakter edukacyjno-perswazyjny.

Dużą wagę przywiązuje się do indywidualnych spotkań z psychologiem. Omawia się na nich bieżące problemy zgłaszane przez pacjentów, wspiera w walce z chorobą i motywuje do dalszej terapii. Pacjenci objęci są stałą opieką lekarza psychiatry.

W trakcie swojej pracy autorzy dostrzegli konieczność współpracy z rodzinami i bliskimi (o ile nie budzi to sprzeciwu pacjenta). Zaczęto organizować spotkania dla rodzin, podczas których rozmawia się o tym, jak pomagać i lepiej radzić sobie z chorobą, jak się zachowywać wobec chorych, na co zwracać szczególną uwagę. Podczas tych spotkań autorzy zdobywają ważne informacje dotyczące m.in. tego, jak pacjent radzi sobie w naturalnym środowisku. Dzięki temu można dostosowywać program terapii do indywidualnych i aktualnych potrzeb pacjenta.

W związku z tym, że osoby kwalifikowane do grupy przejawiają wiele deficytów na poziomie społecznym,

emocjonalnym, poznawczym, powstała konieczność rozszerzenia programu terapii. Wprowadzono zajęcia z zakresu psychoedukacji, muzykoterapię z elementami pracy z wyobraźnią i relaksacji, psychorysunek. Raz w tygodniu odbywają się zebrania społeczności, a także, w miarę możliwości, organizowane są wyjścia kulturalne dla pacjentów.

Program ten w wyjątkowych przypadkach obejmuje również interwencje w domu chorego.

Podsumowanie

Na podstawie przeglądu różnych publikacji na temat problemów związanych z leczeniem osób z podwójną diagnozą można stwierdzić, że w wielu krajach terapia takich pacjentów jest uważana za trudną. Mają na to wpływ czynniki biologiczne, psychologiczne, społeczne, ekonomiczne i wiele innych.

Niewątpliwie ważne są: wczesne rozpoznanie problemu, wczesna interwencja, odpowiednie leczenie farmakologiczne i terapeutyczne, dotyczące zarówno zaburzeń psychicznych, jak i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych.

Potrzebne jest zapewnienie psychoedukacji nie tylko choremu, ale i ich rodzinom czy osobom wspierającym. Różni autorzy podkreślają także znaczenie nawiązania pozytywnej relacji z terapeutami.

Warto również zastanowić się nad tym, co może stanowić cel terapeutyczny w leczeniu osób z podwójną diagnozą. Być może wielu terapeutów uważa leczenie za dające niewiele efektów, ponieważ skupiają się na rezultacie, jakim ma być całkowita abstynencja. Natomiast problem podwójnej diagnozy jest biologicznie bardzo złożony i nie można stawiać takich samych celów w terapii tych pacjentów, jak w leczeniu osób, którym towarzyszy jedynie problem występowania zaburzeń związanych ze szkodliwym używaniem substancji psychoaktywnych czy uzależnieniem od nich. Sukcesem terapeutycznym może być osiąganie przez pacjenta coraz dłuższych okresów abstynencji, jak również ograniczenie używania wielu substancji jednocześnie.

Streszczenie

W artykule opisano problemy dotyczące osób z podwójną diagnozą — rozpoznaniem choroby psychicznej i uzależnieniem od alkoholu i/lub innych substancji psychoaktywnych. Złożoność zaburzeń powoduje trudności w leczeniu farmakologicznym i psychoterapeutycznym. Uważa się, że tego typu pacjenci mają gorsze rokowanie. Osoby z podwójną diagnozą mają trudności w funkcjonowaniu społecznym, są również prawdopodobnie dyskryminowane społecznie. W pracy dokonano przeglądu aktualnych koncepcji terapeutycznych. Obecnie za najbardziej efektywną uważa się terapię zintegrowaną, polegającą zarówno na leczeniu zaburzenia psychiatrycznego, jak i uzależnienia. Artykuł zawiera również opis doświadczeń autorów w pracy na Oddziale Podwójnej Diagnozy.

słowa kluczowe: podwójna diagnoza, zaburzenia psychiatryczne, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, leczenie zintegrowane, fazy terapii

PIŚMIENICTWO

- Schomerus G., Matschinger H., Angermeyer M. Alcoholism: Illness beliefs and resource allocation preferences of the public. *Drug and Alcohol Dependence* 2006; 82: 204–210.
- Mc Donald E., Luxmoore B., Pica S., Tanti C., Blackman J., Catford N., Stockman P. Social Networks of People with Dual Diagnosis: The Quantity and Quality of Relationships at Different Stages of substance use Treatment. *Community Mental Health Journal* 2004; 40: 451–464.
- Mueser K., Yarnold, P.R., Levinson D.F. i wsp. Prevalence of substance abuse in schizophrenia: Demographic and clinical correlates. *Schizophr. Bull.* 1990; 16: 1–31.
- Libby A., Riggs P. Integrated Substance Use and Mental Health Treatment for Adolescents: Aligning Organizational and Financial Incentives. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2005; 15: 826–834.
- Bellach B.M., Knopf H., Thefield W. *Psychoterapy of schizophrenia with comorbidity*. John Wiley and Sons, Inc. New York 1997; 186.
- Dackis C. A., Gold M.S., Sweeney D.R., Byron J.P. Inpatient treatment of addiction. W: A task force report of the APA; treatments of psychiatric disorders. Washington D.C., APA Press 1989; 1359.
- Washton A.M., Gold M.S., Pottash A.C. Successful use of naltrexone in addicted physicians and business executives. *Adr. Alcohol Subst. Abuse* 1984; 4 (2): 89.
- Abi-Dargham A. Reward Systems and their Relationships to Addiction. Niepublikowany wykład prezentowany na kongresie Mind Matters. Dublin, czerwiec 2006.
- Jarema M., Rybakowski J., Landowski J. Leki antypsychotyczne drugiej generacji: podobieństwo i różnice. *Psychiatria Polska* 2003; 37: 7.
- Rzewuska M., Habrat B., Heitzman J., Rajewski A. *Leczenie zaburzeń psychicznych*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2003.
- Mueser K.T., Yarnold P.R., Bellack A.S. Diagnostic and demographic correlates of substance abuse in schizophrenia and major affective disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 1992; 85: 48.
- Huang C.C. Risperidone Reduces Alcohol Use in Dual Disabled Schizophrenia Patients. *European Neuropsychopharmacology* 1996; 6 (supl.3): 43.
- Soyka M., Wegner U., Moeller H. J. Risperidone in Treatment-Resistant Chronic Alcohol Hallucinoses. *Pharmacopsychiatry* 1997; 30: 135.
- Viala A., Aymard N., Vacheron M.N., Caroli F. Risperidone in Treatment of Substance Abusing Schizophrenic Patients: Two Case Reports with Pharmacological Follow-Up Over One Year. *Int. J. Neuropsychopharmacology* 2002; 5 (supl. 1): 181.
- Ingman K., Honkanen A., Hyytiä P., Huttunen M., Korpi E.R. Risperidone reduces limited access alcohol drinking in alcohol-preferring rats. *Eur. J. Pharmacol.* 2003; 468 (2): 121.
- Panocka I. Suppression of alcohol preference in rats induced by risperidone, a serotonin 5-HT₂ and dopamine D₂ receptor antagonist. *Brain Res. Bull.* 1993; 31 (5): 595.
- Alverson H., Alverson M., Drake E. An ethnographic study of the longitudinal course of substance abuse among people with a severe mental illness. *Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2000; 25: 151–161.
- Bażyńska K., Namysłowska I., Żechowski C. Nadużywanie substancji psychoaktywnych w trakcie pierwszych epizodów schizofrenii. *Wiadomości Psychiatryczne* 2002; 5, 1, 17.
- Denkins, B. Are we really helping? The problem of Dual Diagnoses, Homelessness & Hospital-Hopping. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 2005; 43: 48–50.
- Habrat B. Postępy farmakoterapii uzależnień. *Terapia* 2003; 11 (144): 36.
- Hasin D., Samet S., Nunes E., Meydan J., Matseoane K., Waxman R.: Diagnosis of Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Users Assessed With the Psychiatric Research Interview for Substance Use and Mental Disorder for DSM-IV. *The American Journal of Psychiatry* 2006; 163 (4): 689–696.
- Kramer T. Dual diagnoses, new perspectives. *Medscape General Medicine* 2003; 5 (1).
- Maj-Majewski A. Normy i zasady leczenia pacjentów z podwójną diagnozą. *Wiadomości Psychiatryczne* 2002; 5, 1, 23.
- Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Judd L.L., Goodyin F.K. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, result from epidemiologic catchment area study. *JAMA* 1990; 264: 2511.
- Sala P. Schizofrenia i nadużywanie substancji psychoaktywnych — problemy lecznicze. *Wiadomości Psychiatryczne* 2002; 5, 1, 27.