



## Schizofrenia i uzależnienie od substancji psychoaktywnych – przypadek podwójnej diagnozy

*Schizophrenia and drug dependence – a case of dual diagnosis*

ANNA SZŁAPA-ZALEWSKA<sup>1</sup>, AGATA KUREK-RUSIN<sup>1</sup>, ANNA DZIAŁAK<sup>2</sup>

Z: 1. Oddziału Psychosomatyki i Psychiatrii w Oświęcimiu  
2. Szpitala Specjalistycznego im. Babińskiego w Krakowie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Przedstawiono przypadek podwójnej diagnozy – współwystępowania schizofrenii i uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Poruszono problem trudności diagnostycznych i terapeutycznych.

**Przypadek.** 35-letni mężczyzna ze schizofrenią, uzależniony od substancji psychoaktywnych.

**Komentarz.** Nadużywanie substancji psychoaktywnych przez osoby chore na schizofrenię przyspiesza początek psychozy, stanowi o cięższym jej przebiegu, braku współpracy w leczeniu, a często również o oporności na leczenie farmakologiczne.

### SUMMARY

**Objective.** A case of dual diagnosis is presented – of schizophrenia concurrent with drug dependence. The problem of diagnostic and therapeutic difficulties is discussed.

**Case.** A male patient aged 35 years, with schizophrenia and drug dependence.

**Commentary.** Substance abuse in persons suffering from schizophrenia accelerates the onset of psychosis, and is responsible for a more severe course of the disorder, lack of compliance in the treatment, and frequently also for the patient's drug resistance.

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / uzależnienie od substancji / podwójna diagnoza

**Key words:** schizophrenia / drug dependence / dual diagnosis

---

W Polsce od kilku lat obserwuje się narastający problem osób jednocześnie chorych na schizofrenię i nadużywających środków psychoaktywnych, którym bardzo trudno pomóc, zaproponować terapię. To chorzy z tzw. „podwójną diagnozą”.

Kathleen Sciacca, zajmująca się pacjentami z podwójną diagnozą od początku lat dziewięćdziesiątych, dokonała ich podziału na 4 typy: (1) Pacjenci z poważną chorobą psychiczną i uzależnieniem od substancji. (2) Pacjenci uzależnieni od substancji z zaburzeniem osobowości. (3) Pacjenci uzależnieni od substancji z ostrymi objawami psychicznymi, które są skutkiem używania tych substancji, jak: halucynacje, depresja i inne. (4) Uzależnienie od substancji, choroba psychiczna i zespoły organiczne w różnych kombinacjach. Zespoły organiczne mogą być rezultatem lub być niezależne od jej używania. Przedstawiany przez nas przypadek dotyczy pierwszej z wymienionych grup.

Używanie substancji psychoaktywnych w dużym stopniu wpływa na przebieg schizofrenii. Pacjenci cierpiący na tę chorobę i nadużywający substancji psychoaktywnych ujawniają mniej objawów pozytywnych i negatywnych w porównaniu z osobami nieuzależnionymi. W wywiadzie częste są problemy szkolne i obec-

ność uzależnień w rodzinie [1]. Używanie substancji psychoaktywnych, szczególnie substancji stymulujących, np. kokainy, powoduje zaostrzenie objawów schizofrenii i znacznie pogarsza przebieg choroby [2]. Jednym ze skutków używania substancji jest zwiększenie liczby hospitalizacji [3]. Używanie narkotyków zaostrza lub zapoczątkowuje schizofrenię. Wielu chorych brało narkotyki, aby poradzić sobie z dysforią i lękiem. Na przykład, amfetamina poprawiała subiektywnie samopoczucie, redukowała objawy negatywne, a kanabinoły powodowały zaostrzenie objawów pozytywnych [4]. Osoby chore na schizofrenię wydają się bardziej wrażliwe na substancje psychoaktywne [5].

### OPIS PRZYPADKU

Mężczyzna, lat 35, nigdy nie pracujący. Ukończył szkołę zasadniczą cukierniczą. Mieszka z rodzicami. Ojciec jest zawodowym wojskowym, nigdy nie poświęcał mu uwagi. W domu dochodziło między nimi do bezustannych sporów. Matka zawsze była czuła, troskliwa, opiekuńcza.

Ma młodszą siostrę, z którą utrzymuje dobry kontakt. Rodziny nie założył. Przez kilka lat był w nieformalnym

związku, z którego ma dwie córki. Z partnerką i dziećmi nie utrzymuje kontaktów.

Hospitalizowany dwa razy w oddziale detoksykacyjnym, następnie w 1995 r. po poważnej próbie samobójczej hospitalizowany z rozpoznaniem zespołu urojeniowego. Od ośmiu lat leczony psychiatrycznie ambulatoryjnie, bardzo niesystematycznie. Obecnie hospitalizowany w Oddziale Psychosomatyki i Psychiatrii w Oświęcimiu. Do Oddziału przyszedł w towarzystwie matki, prosił o przyjęcie. Zgłosił się z powodu lęku, niepokoję, bezsenności, poczucia, że ludzie są przeciwko niemu, rozmawiają o nim, że jest śledzony, obserwowany, podsłuchiwany. Odczuwał obecność w sobie drugiej osoby, która nakazywała mu popełnienie samobójstwa, ale też dyktowała wiersze i prowadziła rękę, kiedy malował. Postać tę nazwał Emethorn.

Pierwsze ostre objawy psychotyczne pojawiły się w wieku 14–15 lat. Były to halucynacje wzrokowe, słuchowe, czuciowe, doznania oniryczne, które interpretował urojeniowo. Odwiedzała go postać zabierająca go w przestrzeń kosmiczną, gdzie czuł się doskonale. Doznawał tam wzniosłych i nowych przeżyć. Trwało to do 19 roku życia. Kiedy nagle objawy ustąpiły zaczął odczuwać pustkę, smutek. Rozpoczął wtedy eksperymenty ze środkami halucynogennymi, które pozwalały mu wrócić do utraconych przeżyć. Używał marihuany, amfetaminy, grzybków halucynogennych. Często robił to w sposób rytualny. Przez tydzień pościł, starał się być zrelaksowany, unikał kontaktów z ludźmi, a następnie w odpowiednim miejscu, po rytualnym obmyciu pił wywar z grzybów, upuszczał krew. W trakcie nadużywania środków psychoaktywnych pojawiła się postać Emethorna. Po użyciu narkotyków pacjent lubił patrzeć w lustro, dostrzegał tam wiele dziwnych postaci, było ich 11, a jedną z postacią była śmierć. Miał poczucie wielkiej mocy widując śmierć i czując w sobie Emethorna.

Objawy te początkowo traktowane były tylko jako wynik zażywania środków psychoaktywnych.

Pacjent zaś przez wiele lat funkcjonował jako osoba uzależniona. Podejmowane leczenie detoksykacyjne i propozycje leczenia odwykowego były przez niego odrzucane. Występowały także okresy społecznego wycofania, nie wychodził z domu, miał poczucie, że ludzie na ulicy mu zagrażają. W nocy zaś pojawiała się grono postaci, które nazywał astralnymi. Halucynacje te powodowały zupełną niemoc pacjenta, wywoływały objawy lękowe, miał poczucie, że postacie te wysysają życiową energię.

Depresja, brak nadziei na przyszłość, wszystko doprowadziło do zażywania heroiny. Traktował ją jako element samoleczenia. Pojawiła się euforia, odczucie ciepła, zmniejszenie głodu, zmniejszenie odczuwania bólu. Był to okres wspaniałego samopoczucia.

Po pewnym czasie nasilił się jednak głód, zaczął coraz bardziej podporządkowywać swoje życie zdobywaniu i przyjmowaniu narkotyku. Nasiliły się również halucynacje słuchowe, wzrokowe, przeżycia psychotyczne. Miał wyraźne omamy imperatywne nakłaniają-

ce do odebrania sobie życia. Rozpuścił kilka substancji: klonazepam, diazepam, heroinę i wstrzyknął je sobie. Konsekwencją była amputacja prawej ręki na wysokości ramienia i kilkutygodniowy pobyt w oddziale intensywnej terapii.

Po próbie tej przez około miesiąc był hospitalizowany psychiatrycznie, otrzymywał neuroleptyk, po którym skarżył się na bardzo złe samopoczucie, smutek, apatię, czuł się pozbawiony ważnego wymiaru swojego życia. Zabrano mu przeżycia w zamian nie dając nic. Nie miał motywacji do dalszego leczenia. Opowiadał, że ten trudny okres przetrwał dzięki Emethornowi. Myślał, że powinien nie żyć, jeśli jednak żyje, to po coś. Czuł się wybrany, odczuwał moc. Wypróbowywał ją kładąc się na tory, wchodząc na wysoki komin – twierdził, że dopóki ma w sobie Emethorna nic stać się mu nie może.

Od tego okresu pacjent wielokrotnie jeszcze wracał do narkotyków, głównie amfetaminy i marihuany. Z jednej strony, aby poprawić nastrój, z drugiej zaś, aby wywoływać u siebie przeżycia. Wszystko to podbudowywał literaturą demonologiczną. Przez ostatnie lata wielokrotnie namawiany odmawiał hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego. W okresie zaostrzeń twierdził, że szpitale psychiatryczne prowadzą kosmici, jakieś sekty, robią eksperymenty, ostatecznie namawiany przez mamę w czerwcu br. trafił do naszego oddziału.

Początkowo największą trudność stanowiło zmotywowanie pacjenta do leczenia, okresowo opuszczał samowolnie oddział – wracał w stanie upojenia alkoholowego. Kilkakrotnie w okresach przepustek nie brał leków. Starano się opanować objawy psychotyczne, zmniejszyć ich intensywność. Powracające halucynacje utrudniały koncentrację. Wprowadzane neuroleptyki pozbawiały go dotychczasowych przeżyć, czuł się wypalony i pusty. Bardzo trudne były okresy obniżonego nastroju, abulii. Rozpoczęto spokojne, pełne zrozumienia i empatii rozmowy. W spotkaniach terapeutycznych unikano analizowania przeszłości i koncentrowano się na teraźniejszości. Następnie skupiono się na edukacji. Poruszano problemy związane z zaburzeniami psychotycznymi, uzależnieniem, czynnikami spustowymi i objawami ostrzegawczymi. Rozmawiano na temat tendencji do izolowania się, że alkohol i narkotyki ułatwiają nawiązywanie kontaktu, a po odstawieniu występuje regres w sferze komunikacji. Przekonywano i zachęcano pacjenta do ograniczania substancji psychoaktywnych, a docelowo do utrzymania całkowitej abstynencji.

Edukacja i spotkania terapeutyczne stały się podstawą do dalszych treningów:

- umiejętności towarzyskich i społecznych, np. pacjent pełnił funkcje w samorządzie oddziału, organizował wieczorki towarzyskie, robił zakupy dla innych pacjentów,
- umiejętności rozwiązywania problemów, szczególnie w sytuacjach wysokiego ryzyka, dotyczących problemów międzyludzkich i wewnątrzpsychicznych, związanych ze stanami napięcia, poprzedzającymi nadużywanie substancji psychoaktywnych,

– umiejętności odmawiania w sytuacji związanej z nadużyciem substancji psychoaktywnych.

Ważnym elementem w leczeniu był trening radzenia sobie z objawami choroby. Rozpoznawanie sygnałów ostrzegawczych, radzenie sobie z nimi. Radzenie sobie z objawami stale utrzymującymi się. Ostatecznie znacznie poprawiło się funkcjonowanie społeczne pacjenta, ustąpiły ostre objawy psychotyczne, normalizacja nastroju.

## **KOMENTARZ**

Przypadek ten stwarzał szereg problemów diagnostycznych i terapeutycznych.

Pierwsze hospitalizacje związane były z leczeniem odwykowym, jednak nie przyniosły pożądanych skutków – pacjent nie miał motywacji do zerwania z nałogiem, narkotyki dawały mu możliwość utrzymania ciągłości przeżyć psychotycznych. Następnie hospitalizacja w oddziale psychiatrycznym nie odniosła skutku, ponieważ leczenie neuroleptykami powodowało utratę wieloletnich fascynujących przeżyć. Pozbawiony halucynowanych postaci stawał się depresyjny, nasilały się myśli samobójcze, nie mógł pisać wierszy ani malować. Odstawiał leki, wracał do środków psychoaktywnych.

U osób z „podwójną diagnozą” konieczna jest zintegrowana terapia obu zaburzeń równocześnie. Terapia powinna być długoterminowa, elastyczna, nastawiona na zmotywowanie pacjenta do leczenia, zwiększająca zdolność chorych do samokontroli. Ważne są także programy terapeutyczne zajmujące się poprawą umie-

jętności społecznych, umiejętności rozwiązywania problemów, radzenia sobie ze stresem. Ogromną rolę odgrywa edukacja dotycząca objawów ostrzegawczych i stale utrzymujących się. Ważnym elementem jest farmakoterapia, szczególną rolę odgrywają neuroleptyki atypowe – dają lepszy poziom uzyskanej poprawy, są lepiej tolerowane i jest mniej nawrotów. Ważna jest edukacja w zakresie stosowania neuroleptyków z informacją o konsekwencjach łączenia ich z alkoholem.

Nadużywanie środków psychoaktywnych przez chorych na schizofrenię powoduje wcześniejszy początek psychozy, cięższy przebieg, większe nasilenie objawów, brak współpracy w leczeniu, częstą oporność na neuroleptyki, więcej zachowań agresywnych i asocjalnych.

## **PIŚMIENNICTWO**

1. Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney, Frances AJ. Drug abuse in schizophrenia: clinical correlates and reasons for use. *Am J Psychiatry* 1991.
2. Castaneda R, Galanter M, Lifshutz H, Franco H. Effects of drugs of abuse on psychiatric symptoms among hospitalized schizophrenics. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17 (3).
3. LeDuc PA, Mittelman G. Schizophrenia and psychostimulant abuse: A review and reanalysis of clinical evidence. *Psychopharmacology* 1995; 121.
4. Baigent M, Holme G, Hafner RJ. Self reports of the interaction between substance abuse and schizophrenia. *Aus NZJ Psychiatry* 1995.
5. Kovasznay B, i wsp. Substance use disorder and the early course of illness in schizophrenia and affective psychosis. *Schizophr Bull* 1997; 23 (2).