

Podwójna diagnoza – jak prowadzić pacjenta z chorobą psychiczną i uzależnieniem?

Relacja z webinaru z cyklu *Psychiatria bez granic* 4 listopada 2025 roku.

Współchorobowość u pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zdarza się dość często, a samo postawienie podwójnej diagnozy bywa trudne. O tym, jakie jest właściwe postępowanie w przypadku występowania uzależnienia i innej choroby psychicznej, mówili goście prof. Piotra Gałęckiego w kolejnym odcinku „Psychiatrii bez granic”.

Część pierwsza: wywiad z prof. Martinotti

Prof. Giovanni Martinotti, profesor psychiatrii na Uniwersytecie *G. d'Annunzio* w Chieti, podkreślił, że w większości przypadków klinicznych obserwuje współwystępowanie zaburzeń psychicznych i uzależnień u swoich pacjentów. Jak zauważył prof. Giovanni Martinotti, we Włoszech – podobnie jak w innych krajach Europy – obserwuje się częste używanie marihuany i kokainy, co przekłada się na rosnącą liczbę pacjentów z objawami psychicznymi związanymi z uzależnieniami.

Jak podkreślił prof. Martinotti, istnieje wiele mechanizmów biologicznych, które mogą sprzyjać współwystępowaniu uzależnienia i zaburzeń psychicznych. U młodych osób używanie substancji psychoaktywnych, takich jak marihuana, może wpływać na receptory CB1 w układzie endokannabinoidowym i zwiększać ryzyko wystąpienia objawów psychotycznych, zwłaszcza u osób predysponowanych. W przypadku zaburzeń nastroju, np. w chorobie afektywnej dwubiegunowej lub depresji, również inne substancje mogą być bardzo niebezpieczne, np. kokaina, metamfetamina czy amfetamina. Czasem pacjenci stosują je w procesie samoleczenia np. stanów depresyjnych. Po pewnym czasie, który może być różny w zależności od pacjenta, przeradza się to w uzależnienie.

Innym przykładem jest uzależnienie od alkoholu, które jest bardzo rozpowszechnione, a przez to często pomijane. Tymczasem alkohol może nasilać zaburzenia nastroju, np. u pacjentów z depresją, przez których jest powszechnie stosowany. Zarówno w przypadku zaburzeń nastroju, jak i zaburzeń lękowych, występują problemy związane ze stosowaniem substancji psychoaktywnych.

Prof. Martinotti tłumaczył, że niektóre substancje, takie jak alkohol, mogą wykazywać na początku określone działanie przeciwlękowe. W związku z tym pacjent może postrzegać taką substancję jako substancję o działaniu leczniczym. Jednak w dłuższej perspektywie codzienne spożywanie alkoholu prowadzi do nasilenia objawów lękowych i depresyjnych oraz zwiększa ogólny poziom odczuwanego lęku.

Stosowanie substancji może wpływać na nasilenie objawów, częstości i intensywności występowania epizodów chorobowych wszystkich możliwych zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia, zaburzenia nastroju, depresja dwubiegunowa, zaburzenia lękowe.

Bardzo istotnym objawem w kontekście uzależnienia jest anhedonia, czyli niemożność odczuwania emocji, przyjemności. Dzieje się tak, ponieważ substancje oddziałują na receptory D w układzie nagrody, powodując zmiany w obrębie tego układu poprzez uczynienie go niezdolnym do reagowania na bodźce będące źródłem przyjemności. Kiedy mamy do czynienia z pacjentem, który od dłuższego czasu zażywa substancje psychoaktywne, to na pewno nie jest on już w stanie odczuwać przyjemności tak jak wcześniej. Im częściej pacjent zażywał daną substancję w przeszłości, tym bardziej nasilone będą objawy anhedonii. Jest to bardzo ważne, ponieważ bez leczenia anhedonii pacjent z dużym prawdopodobieństwem będzie poszukiwać sposobów na odczuwanie przyjemności. Dlatego ogromnie ważne jest bezpośrednie wdrożenie leczenia anhedonii.

Profesor wyjaśnił następnie, że w przypadku podwójnego rozpoznania schizofrenii i uzależnienia od substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu, należy poszukiwać leków przeciwpsychotycznych, które mogą być pomocne w leczeniu objawów pozytywnych i negatywnych, a jednocześnie nie powodują nasilenia głodu ukierunkowanego na substancje psychoaktywne. W związku z tym należy stosować leki będące częściowymi agonistami, które są bardziej skuteczne w przypadku współwystępowania zaburzeń. Wynika to z faktu, że leki będące częściowymi agonistami pozwalają zrównoważyć napięcie dopaminergiczne. Dodatkowo należy zastosować leczenie ukierunkowane na układ nagrody, którego równowaga została zaburzona.

Jednym z powodów, dla których typowe leki przeciwpsychotyczne nie zapewniają poprawy u pacjentów stosujących substancje psychoaktywne, jest to, że blokują one układ nagrody. W ten sposób pacjent odczuwa większą potrzebę zażywania substancji psychoaktywnych blokujących receptor D2, takich jak np. papierosy, tytoń, kofeina. Dlaczego? Ponieważ w ten sposób próbują odwrócić działanie układu, aby zapewnić oddziaływanie na zablokowany układ. Dlatego konieczne jest stosowanie leków, takich jak leki będące częściowymi agonistami, które są w stanie zrównoważyć działanie układu zarówno w kontekście psychozy, jak i w kontekście ryzyka zażywania substancji psychoaktywnych.

W literaturze coraz większy nacisk kładzie się na znaczenie receptorów D3 w kontekście uzależnień. Wiemy na podstawie badań na modelach zwierzęcych, że głód ukierunkowany na zażywanie substancji psychoaktywnych można zmniejszyć poprzez stosowanie leków będących częściowymi agonistami receptora D3. W tym przypadku, w kontekście oddziaływania na receptor D3, szczególną rolę odgrywa kariprazyna. Wciąż jesteśmy na początku, ale zasadniczo można powiedzieć, że prawdopodobnie istnieje możliwość uzyskania określonego efektu w zakresie hamowania głodu ukierunkowanego na zażywanie substancji psychoaktywnych w drodze oddziaływania na receptor D3. W klasie leków będących częściowymi agonistami są m.in.: aripiprazol, breksipiprazol i kariprazyna. Spośród tych trzech leków kariprazyna wykazuje specyficzne działanie i odgrywa szczególną rolę w odniesieniu do receptorów D3. A to może stanowić dodatkowy czynnik, który może nam pomóc w leczeniu pacjentów, u których mamy do czynienia z współwystępowaniem schizofrenii oraz stosowania alkoholu i substancji psychoaktywnych.

Część druga: wykład prof. Samochowca

Praktyczne aspekty terapii w drugiej części webinaru przybliżył prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec z Kliniki Psychiatrii PUM. Przypomniał, że według definicji WHO z roku 1995 o podwójnej diagnozie możemy mówić wówczas, gdy równocześnie występuje zaburzenie wynikające z przyjmowania substancji psychoaktywnych oraz inne zaburzenie natury psychicznej.

Podwójna diagnoza najczęściej odnosi do takich zaburzeń jak depresja, lęk, PTSD czy zaburzenia osobowości, których występowanie prognozuje niestety większe ryzyko hospitalizacji, nawrotów i zgonów.

W diagnostyce pomocna może być świadomość, że anhedonia, czyli w skrócie niemożność odczuwania przyjemności, stanowi most diagnostyczny i występuje w CHAD (choroba afektywna dwubiegunowa), depresji, SUD (uzależnienie od substancji psychoaktywnych) oraz schizofrenii. O anhedonii predykcyjnej mówimy natomiast w sytuacji, kiedy występuje natychmiastowe poszukiwanie nagród. Leczenie powinno skupiać się m. in. na nie pogłębianiu anhedonii.

Leczenie sekwencyjne, jako klasyczny model leczenia, jest nieskuteczne i powoduje nawroty. Nie należy leczyć najpierw uzależnienia bez leczenia depresji i odwrotnie. Takie podejście ignoruje wzajemne oddziaływanie obu zaburzeń, brak w nim synergii terapeutycznej, pacjent narażony jest na stygmatyzowanie, ma błędnie przypisywane objawy, leczony jest przez różne zespoły z różnymi wizjami leczenia, w konsekwencji pacjent czuje się zagubiony i często przerywa terapię.

Podejmując działania terapeutyczne należy stosować spójny, zintegrowany plan.

Oba zaburzenia powinny być leczone równolegle, w ramach jednego procesu terapeutycznego. W diagnostyce warto stosować testy przesiewowe, takie jak AUDIT, MAST czy ASSIST, które pomagają ocenić ryzyko używania różnych substancji psychoaktywnych. Trzeba też dać czas (min 4 tyg.) na detoksykację pacjenta. Unikamy leków nasilających anhedonię i craving, preferując jednocześnie częściowych agonistów D2/D3, takich jak kariprazyna i aripiprazol. Nie wolno zapominać o terapii motywacyjnej, która odgrywa ważną rolę w pracy z pacjentem i sprzyja utrzymaniu jego zaangażowania w proces leczenia. Jak wyjaśnił prof. Samochowiec, motywacja w terapii oznacza poruszenie pacjenta – wzbudzenie w nim gotowości do zmiany i większego zaangażowania w proces leczenia (łac. *moveo* – poruszać, wprawiać w ruch). Należy rozważyć skierowanie pacjenta do ośrodka leczenia uzależnień w sytuacji nawracających epizodów intensywnego picia lub braku efektów leczenia ambulatoryjnego, a także w przypadku ryzyka wystąpienia objawów abstynencyjnych.

Kluczowe jest zachowanie współprowadzenia pacjenta – stała komunikacja między psychiatrą, ośrodkiem leczenia uzależnień i lekarzem POZ zwiększa skuteczność terapii. Coraz częstsze jest współistnienie schizofrenii i nadużywanie alkoholu. Narażeni na to są najbardziej młodzi mężczyźni. Oprócz alkoholu najczęstszymi środkami odurzającymi są kanabinoły i kokaina. Co ciekawe i warte zaznaczenia to ponad 80% osób ze schizofrenią jest

uzależniona od nikotyny. Taki sam odsetek pacjentów ośrodków terapii uzależnień ma zaburzenia psychiczne, podczas gdy 30%-50% pacjentów z zaburzeniami psychicznymi równocześnie nadużywa alkoholu i środków psychoaktywnych.

Powodem, dla którego chorzy na schizofrenię piją alkohol jest jego łatwa dostępność, relatywnie niska cena, szybkie działanie, tłumienie lęku i cierpień związanych z objawami psychotycznymi, ułatwianie funkcjonowania społecznego. Natomiast nadużywanie alkoholu przez osoby ze schizofrenią powoduje wcześniejszy jej początek, cięższy przebieg psychozy, większe nasilenie depresji i w konsekwencji gorsze rokowania przy braku współpracy podczas leczenia. Spotykamy się też w takich przypadkach z większą ilością zachowań agresywnych. Uzależnienie od substancji psychoaktywnych stwarza też niestety szereg trudności diagnostycznych.

Idealna terapia w podwójnej diagnozie powinna być zintegrowana, wielokierunkowa i przy zaangażowaniu wielu placówek. Będzie to też terapia długoterminowa, która powinna cechować się elastycznością. Wymagane jest również odpowiednie przeszkolenie personelu, który powinien posiadać umiejętności takie jak prowadzenie rozmowy z pacjentem, skuteczne zachęcenie go do aktywnego udziału we własnej farmakoterapii, umiejętność rozpoznania wczesnych objawów psychotycznych. Ważne jest też poprawne zrozumienie istoty choroby i problemów pacjenta przez jego rodzinę, co zdecydowanie polepsza rokowania.

W leczeniu farmakologicznym pacjentów z podwójną diagnozą preferowane są leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji ze względu na lepszy profil tolerancji i bezpieczeństwa.

Wśród nich korzystny profil wykazuje aripiprazol, który redukuje objawy psychotyczne i nie nasila głodu substancji.

Profesor zwrócił uwagę, że część nowoczesnych leków przeciwpsychotycznych działa jako częściowi agoniści receptorów dopaminowych D2/D3, co może mieć znaczenie kliniczne u pacjentów z uzależnieniami.

Podwójna diagnoza pozostaje poważnym wyzwaniem w farmakoterapii psychiatrycznej.

Aktualnie brak jest kompleksowych wytycznych dotyczących leczenia pacjentów z podwójną diagnozą. Brak jest również wystarczających badań na ten temat. Wiemy natomiast jaka jest rola układu dopaminergicznego w zaburzeniach związanych z nadużywaniem substancji.

Wiemy też, że ważną rolę odgrywają receptory D3, a kariprazyna ma wyjątkowe właściwości farmakologiczne wobec profilu działania receptorów D3/D2.

Część trzecia: pytania od słuchaczy

W ostatniej części webinaru pojawiło się kilka ciekawych pytań od słuchaczy. Pierwsze z nich dotyczyło uzasadnienia odmowy przepisania pacjentowi leków w sytuacji podejrzenia, że regularnie nadużywa on alkoholu podczas jednoczesnego zażywania leków. Zdaniem

ekspertów podczas sesji pytań taka odmowa leczenia lekami nie jest odmową leczenia w ogóle, tylko zadbanie o bezpieczeństwo pacjenta (interakcja leków z alkoholem, niebezpieczeństwo prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu itp.) i skuteczność terapii. Natomiast pewnym dylematem jest sytuacja, kiedy pacjent sięga po alkohol okazjonalnie. Wtedy decyzja o zaleceniu lub nie danej farmakoterapii powinna już wynikać z indywidualnej znajomości konkretnego pacjenta.

Inne pytanie dotyczyło tego, czy są w Polsce grupy samopomocowe oparte na 12 krokach, które działają podobnie jak grupy w USA tzw. „double trouble”, zajmujące się jednocześnie oboma zaburzeniami. Odpowiedź ekspertów była twierdząca, są w naszym kraju takie grupy wsparcia, zajmujące się leczeniem podwójnych diagnoz (np. w szpitalu w Łodzi czy w Gliwicach). Warto dodać, że podstawą sukcesu takich terapii jest akceptacja zasad przez pacjenta, jego pełna chęć uczestnictwa oraz świadomość własnej bezsilności.

Ostatnie pytanie dotyczyło zażywania marihuany w kontekście jej potencjalnego wpływu na psychozy. Otóż związek jest ewidentny, tzn. palenie marihuany może zaostrzać lub inicjować psychozy schizofreniczne. Zdarza się nawet, że marihuana u osób z odpowiednimi predyspozycjami może też być przyczyną psychozy pierwszorazowej.