

## Wpływ uzależnienia od alkoholu na przebieg i obraz kliniczny schizofrenii

### Impact of alcohol dependence on the course and psychopathology of schizophrenia

Beata Konarzewska, Regina Popławska, Beata Galińska,  
Agata Szulc, Tomasz Markowski

Klinika Chorób Psychiczych AM w Białymstoku  
Kierownik: dr hab. n. med. A. Czernikiewicz

#### Summary

**Aim.** The study was undertaken to investigate possible influence of alcoholism on the course and psychopathology of schizophrenia.

**Method.** A representative sample of 61 subjects was selected from schizophrenic patients with a history of alcohol dependence (dual diagnosis) registered in the period of 1997-2000. They were compared with 60 control patients with a single diagnosis of schizophrenia. In two groups, with the interview and clinical scales, the onset, course and psychopathology of schizophrenia were assessed.

**Results.** Male patients with schizophrenia and alcohol dependence had a later mean age at onset of mental illness, women – a higher rate of alcohol abuse in the family compared to the control groups. In men with dual diagnosis, the negative symptoms were less prominent. Women with schizophrenia and alcohol dependence reported more depressive symptomatology.

*Słowa klucze:* schizofrenia, alkoholizm, współwystępowanie

*Key words:* schizophrenia, alcoholism, comorbidity

#### Wstęp

Termin „podwójna diagnoza” nie ma swego odpowiednika ani w klasyfikacji DSM-IV, ani w ICD-10. Odnosi się do sytuacji klinicznej, w której stawia się rozpoznanie dwóch równoznacznych zaburzeń psychicznych, z których jedno stanowi nadużywanie substancji psychoaktywnej, drugie – choroby psychicznej. Rozpoznanie to w odniesieniu do nadużywania alkoholu zarezerwowane jest dla stanów według ICD-10 określanych mianem picia szkodliwego i uzależnienia, nie obejmuje okresowego spożywania alkoholu przez osoby chore psychicznie, jako że nieprawidłowy wzorzec picia powinien utrzymywać się przynajmniej przez miesiąc w ciągu roku. Aby użycie tego terminu było zasadne, musimy mieć pewność, że nadużywanie alkoholu wiąże się z wystąpieniem u pacjenta znaczących szkód psychicznych, somatycznych

i społecznych. Termin ten szczególnie zadomowił się w USA. Pojawił się w momencie, kiedy zwrócono uwagę na wzrost częstości współwystępowania wymienionych zaburzeń i doceniono znaczenie uznania równoważności każdego z nich w planowaniu skutecznej terapii [1, 2].

Po raz pierwszy na zjawisko współwystępowania schizofrenii i nadużywania alkoholu (podwójnej diagnozy) zwrócono uwagę w latach siedemdziesiątych, chociaż w literaturze zagranicznej i polskiej pojawiały się już wcześniej pojedyncze opracowania na ten temat. Graeter w 1909 roku donosił o częstym współwystępowaniu schizofrenii hebefrenicznej i alkoholizmu, a Johanson (1961 r.) zwracał uwagę na ważne konsekwencje kliniczne, jakie wynikają ze współistnienia wymienionych chorób [za: 3]. Również Bleuler [4] był zdania, że alkoholizm często kojarzy się ze schizofrenią. Pogląd swój opierał na cechach poszczególnych objawów psychotycznych w alkoholizmie przewlekłym, a po drugie na znanym fakcie „pijaństwa” osób chorych na schizofrenię [4]. W 1990 roku rozpoczęto badania nad rozpowszechnieniem współwystępowania zaburzeń psychicznych i uzależnienia od alkoholu. Na ich podstawie ustalono, że wśród 13% populacji ogólnej, która nadużywa alkoholu, aż 3,8% stanowią osoby chore na schizofrenię. Oprócz badań epidemiologicznych, pojawiało się też coraz więcej doniesień na temat wpływu nadużywania alkoholu na przebieg i obraz kliniczny schizofrenii [5]. W 1994 r. Duke i wsp. [6] zwracali uwagę na fakt, że w tej grupie chorych najwięcej jest mężczyzn, często bezdomnych, pozostających w konflikcie z rodziną. Ich zdaniem w porównaniu z osobami z pojedynczym rozpoznaniem schizofrenii, charakteryzują się oni większym nasileniem objawów wytwórczych, za to mniejszym – negatywnych. Podobne wyniki, dotyczące objawów pozytywnych i negatywnych, uzyskali Talamo i wsp. [7]. Według nich mniejsze nasilenie objawów ubytkowych wśród pacjentów z podwójną diagnozą należy wiązać z ich lepszym funkcjonowaniem przed wystąpieniem choroby psychicznej albo też z tendencją do poszukiwania nowych wrażeń i bodźców [za: 8]. Okazało się, że osoby chore na schizofrenię są szczególnie wrażliwe na działanie alkoholu. Stąd nawet niewielkie jego ilości mogą spowodować powstanie dodatkowych problemów psychicznych i zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym. Analiza danych dotyczących ich zachowań wykazała, że charakteryzują się one większym współczynnikiem agresji i autoagresji [9]. Według Strakowskiego i wsp. [10] dla tej grupy chorych typowe są również symptomy depresyjne i lękowe.

Wiele kwestii dotyczących wpływu uzależnienia od alkoholu na przebieg i obraz kliniczny schizofrenii pozostaje nadal nie rozstrzygniętych [10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18]. Wyciągnięcie jednoznacznych wniosków co do wzajemnych powiązań między schizofrenią i uzależnieniem od alkoholu jest utrudnione, ponieważ pacjenci różnią się między sobą pod względem wielu czynników, jak również okresem powstania problemu alkoholowego. Biorąc pod uwagę chronologię wystąpienia obydwu zaburzeń, chorych z podwójnym rozpoznaniem można podzielić na trzy grupy. Pierwszą stanowią ci, u których nadużywanie alkoholu wyprzedziło pojawienie się symptomatyki schizofrenicznej, drugą – znacznie mniej liczną – pacjenci z jednoczesnym pojawieniem się obu zaburzeń, ostatnia składa się z osób, które zachorowały na schizofrenię, zanim pojawił się problem alkoholowy [16].

Trudności mogą wynikać również z różnic metodologicznych pomiędzy poszczególnymi badaniami, jak również z ograniczeń w pozyskiwaniu do badań naukowych osób chorych na schizofrenię nadużywających wyłącznie alkoholu. Wyjątek w tym zakresie stanowią pacjenci polskich szpitali psychiatrycznych ze względu na rzadsze występowanie uzależnień krzyżowych. W tej grupie chorych przeprowadzona wstępna analiza danych ujawniła znaczące różnice kliniczne w odniesieniu zarówno do chronologii powstałych zaburzeń, jak i objawów depresyjnych, które częściej występowały u kobiet. Stały się one powodem podziału badanych osób w niniejszym opracowaniu na grupy mężczyzn i kobiet.

### **Cel pracy**

Celem naszej pracy było odniesienie się do prezentowanych w poprzednich pracach wyników dotyczących wpływu uzależnienia od alkoholu na przebieg i obraz kliniczny schizofrenii. Chcieliśmy odpowiedzieć na następujące pytania:

- A. Czy pacjenci z podwójną diagnozą różnią się od pacjentów z pojedynczym rozpoznaniem wiekiem zachorowania na schizofrenię i nasileniem objawów psychopatologicznych, tj. objawów pozytywnych, negatywnych i depresyjnych?
- B. Czy alkoholizm w rodzinie ma wpływ na powstanie uzależnienia od alkoholu u osób z podwójną diagnozą?
- C. Czy kobiety i mężczyźni z podwójną diagnozą różnią się między sobą pod względem przebiegu i obrazu klinicznego schizofrenii?

### **Metody**

Badaniem objęto 121 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chorób Psychiczych Akademii Medycznej w Białymstoku i w SPP ZOZ w Choroszczu w latach 1997–2000. Z badania wykluczono osoby z organicznymi zaburzeniami psychicznymi, upośledzeniem umysłowym, uzależnione od innych substancji psychoaktywnych. Pacjenci zapoznani z celem badania, po wyrażeniu ustnej zgody, byli oceniani pomiędzy 1 a 2 tygodniem hospitalizacji. W skład grup badanych wchodziło 46 mężczyzn i 15 kobiet chorych na schizofrenię i uzależnionych od alkoholu (średni wiek w grupie mężczyzn wynosił 41,1 roku, SD = 1,06, w grupie kobiet 41,92, SD = 2,15). Porównywano je z grupami kontrolnymi składającymi się z 45 mężczyzn i 15 kobiet z rozpoznaniem wyłącznie schizofrenii (w grupie mężczyzn średnia wieku wynosiła 40,11, SD = 1,07, w grupie kobiet 45,2 roku, SD = 2,06). Rozpoznanie schizofrenii i uzależnienia od alkoholu ustalano, posługując się wersją 10 międzynarodowej statystycznej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych – ICD-10. Do oceny obrazu klinicznego zastosowano kwestionariusz własny zawierający podstawowe dane dotyczące pacjenta i przebiegu choroby, a poza tym posługiwano się następującymi skalami psychopatologicznymi: Skalą do Oceny Zespołów Pozytywnego i Negatywnego w Schizofrenii wg Kaya i wsp. (PANSS) [19], Skalą Depresji Hamiltona [20], Skalą Przystosowania Przedchorobowego wg Cannon Sporo, w tłumaczeniu i adaptacji A. Grzywy. Do oceny uzależnienia od alkoholu zastosowano kwestionariusz własny, zawierający informacje dotyczące

obciążenia rodzinnego problemem alkoholowym, pierwszego kontaktu z alkoholem, wieku początku uzależnienia, obecności objawów abstynencyjnych i liczby hospitalizacji związanych z intoksykacją alkoholową, i MAST [21]. W grupie mężczyzn z podwójną diagnozą stosowane leki w trakcie badania należały w większości do tzw. neuroleptyków starszej generacji, chlorpromazynę przyjmowało 21,7% badanych, perazynę 19,5%. W grupie kontrolnej najczęściej stosowanym lekiem był risperidon (21,6%) i klozapina (8,9%). Wśród kobiet z podwójną diagnozą większość pacjentek była leczona perazyną (54%), w grupie kontrolnej risperidonom (40%). Żaden pacjent nie otrzymał leków przeciwdepresyjnych.

#### Analiza statystyczna

W celu porównania średnich wartości przeprowadzono analizę wariancji (ANOVA), analizę kowariancji (ANCOVA) oraz użyto testu U Manna–Whitneya. Proporcje i częstości porównywano za pomocą testu  $\chi^2$  z poprawką Yatesa, testu U dla dwóch częstości i testu Fishera. Zależności ilościowe analizowano wykorzystując współczynnik korelacji Pearsona i korelacji rang Spearmana. Obliczenia – także średnich arytmetycznych i odchyłeń standardowych (SD) – wykonano za pomocą programu komputerowego SAS dla Windows.

### Wyniki

#### I. Wyniki uzyskane w grupie badanej i kontrolnej mężczyzn

##### A. Porównanie czynników demograficznych i danych dotyczących przebiegu choroby

Grupy nie różniły się istotnie pod względem wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, sposobu zarobkowania na życie, stosunkiem do służby wojskowej, podmiotem kierującym na leczenie szpitalne. Rodzinne występowanie schizofrenii było podobne w obu grupach. W grupie badanej wiek zachorowania na schizofrenię i wiek pierwszej hospitalizacji z tego powodu był późniejszy niż w grupie kontrolnej. Nie zanotowano istotnych różnic w łącznej, średniej liczbie hospitalizacji w obu grupach (tabela nr 1).

Tabela 1. Porównanie danych dotyczących przebiegu choroby w grupie badanej i kontrolnej mężczyzn

Przebieg choroby	Grupa badana	Grupa kontrolna	p
Wiek zachorowania na schizofrenię*	28,2 (1,06)	24,8 (1,07)	p = 0,045
Wiek pierwszej hospitalizacji*	30,2 (1,11)	25,9 (1,12)	p = 0,007
Rodzinne występowanie schizofrenii	16 (34,7%)	12 (26,6%)	p = 0,360
Liczba hospitalizacji	8,0 (0,97)	7,5 (0,98)	p = 0,726

\* Różnice między grupami były istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,05$ .

### B. Porównanie wyników uzyskanych w poszczególnych skalach klinicznych

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w ocenie nasilenia objawów pozytywnych w skali PANSS pomiędzy grupą badaną a kontrolną mężczyzn (tabela 2). W skali ogólnej niższe wartości w grupie badanej dotyczyły jedynie pojedynczego objawu psychopatologicznego, tj. braku współpracy ( $p = 0,04$ ), co oznacza, że osoby z podwójną diagnozą przejawiały więcej zaufania w stosunku do badającego, natomiast znacznie mniej oporu, negatywizmu i wrogości. Podstawą oceny braku współpracy ze strony pacjenta było nie tylko jego zachowanie w trakcie zbierania wywiadu, ale również informacje od rodziny i pracowników służby zdrowia. Ponadto w grupie badanej odnotowano niższe wartości w skali PANSS oceniającej nasilenie symptomatyki negatywnej (tabela 2). Odnosiły się one do następujących objawów psychopatologicznych: stopienia afektywnego ( $p = 0,004$ ), wycofania emocjonalnego ( $p = 0,003$ ), utrudnionego kontaktu ( $p = 0,03$ ) i myślenia stereotypowego ( $p = 0,04$ ). Na podstawie analizy danych w połączonej próbie składającej się z grupy badanej i kontrolnej mężczyzn ustalono, że większe wyniki w skali objawów negatywnych PANSS uzyskiwali pacjenci, których przystosowanie przedchorobowe było gorsze ( $p = 0,001$ ). Porównania wyników uzyskanych na podstawie Skali Depresji Hamiltona i Skali Przystosowania Przedchorobowego nie wykazały statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupą badaną a kontrolną mężczyzn.

Tabela 2. Porównanie wyników uzyskanych w poszczególnych skalach klinicznych w grupie badanej i kontrolnej mężczyzn

Skale kliniczne	Grupa badana		Grupa kontrolna		p
	średnia	SD	średnia	SD	
PANSS – negat.*	24,8	0,21	27,76	0,0	$p = 0,043$
PANSS – pozyt.	23,0	0,043	20,95	0,18	$p = 0,1269$
PANSS – ogóln.	48,82	0,18	48,91	0,11	$p = 0,5049$
SPP	59,8	0,28	62,6	0,28	$p = 0,6039$
Skala Hamiltona	12,0	0,20	10,5	0,73	$p = 0,4919$

\* Różnice między grupami były istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,05$ .

### C. Porównanie wyników odnoszących się do oceny zespołu uzależnienia od alkoholu

W grupie mężczyzn średni wiek początku uzależnienia od alkoholu wynosił 26 lat. Korelował on ujemnie z wynikami Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) ( $r = -0,28202$ ,  $p = 0,05$ ). Rodzinne występowanie uzależnienia stwierdzano istotnie częściej w grupie badanej. Wśród 24 osób (52,17%), u których rozpoznano schizofrenię i uzależnienie od alkoholu, odnotowano przynajmniej u jednego z rodziców nałogowe nadużywanie alkoholu ( $p = 0,0007$ ). Stwierdzono istotną statystycznie zależność pomiędzy obecnością uzależnienia od alkoholu w rodzinie osób z podwójną diagnozą a wyższymi wartościami w teście MAST ( $r = 0,42129$ ,  $p = 0,0001$ ). Równie istotną zależność odnotowano pomiędzy wiekiem wystąpienia pierwszych objawów uzależnienia u osoby badanej a obecnością uzależnienia od alkoholu w rodzinie ( $r = -0,35800$ ,

$p = 0,0004$ ). Grupę badaną mężczyzn oceniono także pod względem chronologii powstałych zaburzeń. Spośród 45 mężczyzn chorych na schizofrenię i uzależnionych od alkoholu, u 28 nadużywanie alkoholu poprzedziło pierwsze symptomy choroby psychicznej. U pozostałych 17 – objawy schizofrenii pojawiły się jako pierwsze.

## II. Wyniki uzyskane w grupie badanej i kontrolnej kobiet

### A. Porównanie czynników demograficznych i danych dotyczących przebiegu choroby

Grupy nie różniły się istotnie pod względem wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, sposobu zarabkowania na życie, podmiotem kierującym na leczenie szpitalne i rodzinnym występowaniem schizofrenii (tabela 3).

Tabela 3. Porównanie danych dotyczących przebiegu choroby w grupie badanej i kontrolnej kobiet

Przebieg choroby	Grupa badana	Grupa kontrolna	p
Wiek zachorowania na schizofrenię	30,57 (2,29%)	28,20 (2,21%)	$p = 0,4630$
Wiek pierwszej hospitalizacji z powodu schizofrenii	34,87 (2,22%)	29,99 (2,22%)	$p = 0,1352$
Rodzinne występowanie schizofrenii	3 (20%)	5 (33,33%)	$p = 0,893$
Liczba hospitalizacji	6,50 (1,70)	8,16 (1,70)	$p = 0,5019$

\* Różnice między grupami były istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,05$ .

### B. Porównanie wyników uzyskanych w poszczególnych skalach klinicznych

Średnia punktacja w skali PANSS, oceniającej nasilenie symptomatyki negatywnej i pozytywnej, była podobna w obu grupach. W skali objawów ogólnych różnice o wysokiej istotności statystycznej wykazano w odniesieniu do nasilenia depresji. Grupa badana uzyskała większe wartości, a zatem nasilenie zaburzeń nastroju w grupie kobiet chorych na schizofrenię i uzależnionych od alkoholu było znacząco wyższe w porównaniu z grupą kontrolną. Dane te korelowały z wynikami uzyskanymi za pomocą Skali Depresji Hamiltona (tabela 4).

Tabela 4. Porównanie wyników uzyskanych w poszczególnych skalach klinicznych w grupie badanej i kontrolnej kobiet

Skale kliniczne	Grupa badana		Grupa kontrolna		p
	średnia	SD	średnia	SD	
PANSS – negat.	24,86	0,13	24,73	0,20	$p = 0,7105$
PANSS – pozyt.	21,20	0,06	19,60	0,26	$p = 0,4354$
PANSS – ogóln.	50,60	0,12	47,33	0,12	$p = 0,4125$
SPP*	57,33	0,28	74,20	0,28	$p = 0,0843$
Skala Hamiltona*	17,33	0	10,33	0,53	$p = 0,0156$

\* Różnice między grupami były istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,05$ .

### *C. Porównanie dotyczące oceny uzależnienia od alkoholu*

Początek uzależnienia od alkoholu w grupie kobiet przypadał średnio na 32 lata. Występowanie nadużywania alkoholu w ich rodzinach było istotnie częstsze niż w grupie kontrolnej (53% osób miało przynajmniej jedno z rodziców nadużywające alkoholu, w grupie kontrolnej 0%,  $p = 0,0015$ ). Wiązało się ono z wcześniejszym początkiem uzależnienia i większymi wartościami w teście MAST ( $r = -0,483$ ,  $p = 0,068$ ). Schizofrenia poprzedzała pod względem chronologicznym uzależnienie od alkoholu u 11 kobiet. U pozostałych 4 kobiet uzależnienie od alkoholu powstało zanim pojawiły się pierwsze symptomy schizofrenii ( $p = 0,1$ ).

### III. Porównanie grup badanych mężczyzn i kobiet (z rozpoznaniem schizofrenii i uzależnienia od alkoholu)

Wiek zachorowania na schizofrenię, podobnie jak wiek pierwszej hospitalizacji, był późniejszy w grupie kobiet, jednak różnice nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej. Występowanie uzależnienia od alkoholu w rodzinie było podobne w obu grupach. Różnicę o wysokiej istotności statystycznej uzyskano wyłącznie w odniesieniu do początku uzależnienia od alkoholu, który był wyraźnie późniejszy w grupie kobiet (kobiety 32,1 roku; mężczyźni 26,2 roku;  $p = 0,004$ ).

### **Omówienie**

Grupy badane i kontrolne w naszym opracowaniu, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, nie różniły się między sobą pod względem czynników demograficznych, podczas gdy Soyka i wsp. [22] wśród pacjentów z podwójną diagnozą odnotowali przewagę kawalerów mających trudne warunki mieszkaniowe i pozostających w konflikcie z rodziną. Podobne wyniki odnośnie do stanu cywilnego osób z podwójną diagnozą uzyskał w 1989 roku Drake i jego współpracownicy [1]. Brak różnic wśród naszych pacjentów może wynikać z charakterystycznej dla społeczeństwa polskiego tolerancji osób uzależnionych od alkoholu, również chorych na schizofrenię mężczyzn. Rzadko kiedy uzależnienie od alkoholu i wynikające z niego konflikty stanowią przeszkodę w założeniu rodziny, sporadycznie też są przyczyną izolacji społecznej i bezdomności.

Wśród mężczyzn z podwójną diagnozą wiek zachorowania na schizofrenię był późniejszy niż w grupie kontrolnej. Podobne wyniki uzyskali Duke i wsp. [23], którzy wyjaśnili przyczynę stwierdzanych różnic wpływem nadużywania alkoholu na wczesne etapy schizofrenii. Ich zdaniem alkohol, w związku z redukcją dyskomfortu powstałego w początkowym etapie psychozy, może maskować objawy rozwijającej się choroby psychicznej, a tym samym opóźnić jej rozpoznanie i leczenie. Podobnego zdania są Noordsy i wsp. [24], którzy przedstawiają przypadki, w których alkohol odegrał istotną rolę w redukowaniu halucynacji słuchowych poprzez wpływ na objawy towarzyszące omamom, takie jak lęk i napięcie psychiczne. Ważną rolę w maskowaniu objawów choroby odgrywają też sedatywne i euforyzujące właściwości alkoholu, które wykorzystują pacjenci chorzy na schizofrenię w celu „samoleczenia” [25, 26, 27,

28]. Również większość naszych pacjentów, wypytywanych o nadużywanie alkoholu, wspominała jego przydatność w poprawianiu nastroju i samooceny (65%). Nie bez znaczenia są też zalety alkoholu ułatwiające nawiązywanie relacji społecznych, które podkreślało w naszym badaniu aż 72% mężczyzn z podwójną diagnozą. Podsumowując uzyskane do tej pory wyniki, można stwierdzić, że „samoleczenie” wydaje się ważnym mechanizmem opóźniającym ujawnienie się symptomów schizofrenii, ale jedynie w odniesieniu do mężczyzn. Tylko w tej grupie przeprowadzona przez nas analiza chronologii obu zaburzeń ujawniła, że uzależnienie od alkoholu znacznie częściej poprzedzało pierwszy epizod choroby psychicznej. W grupie kobiet z podwójną diagnozą uzależnienie rozwijało się zwykle na bazie pełnoobjawowej schizofrenii i w związku z tym pozostawało bez wpływu na początkowe etapy psychozy.

Występowanie uzależnienia od alkoholu w rodzinach osób chorych psychicznie od wielu lat stanowi przedmiot badań naukowych. Na ich podstawie ustalono, że podobnie jak w populacji ogólnej sprzyja ono powstawaniu uzależnienia również u osób z rozpoznaniem schizofrenii [29, 30, 31]. W odróżnieniu jednak od zdrowych psychicznie, głównie mężczyzn, istotne związki tego rodzaju w naszym badaniu odnotowano przede wszystkim w odniesieniu do kobiet. Wyraźnie częstsze występowanie nadużywania alkoholu w rodzinach kobiet z podwójną diagnozą może świadczyć o tym, że przyczynę uzależnienia w tej grupie chorych stanowią głównie czynniki środowiskowe.

Również obraz kliniczny schizofrenii u osób uzależnionych od alkoholu stał się tematem licznych opracowań naukowych [32, 33, 34]. Z badań Altermana i wsp. [32] wynika, że w tej grupie chorych przeważają zaburzenia wytwórcze, w szczególności omamy słuchowe. Wyniki naszych badań tego nie potwierdziły. Stwierdzane różnice między uzyskanymi w toku niniejszego badania danymi a doniesieniami, które wykazały większe nasilenie symptomatyki wytwórczej u osób z podwójną diagnozą, mogą wynikać z różnego etapu, na którym przeprowadzano ewaluacje. Większość naszych pacjentów była oceniana w 2 tygodniu hospitalizacji, nie można zatem wykluczyć, że czas, który upłynął od zaprzestania picia alkoholu, mógł mieć istotny wpływ na obraz kliniczny choroby, podobnie jak zastosowane leczenie. Znamienne statystyczne wyniki uzyskaliśmy natomiast w odniesieniu do symptomatyki negatywnej, która okazała się mniej nasiloną w badanej grupie mężczyzn w porównaniu z grupą kontrolną, co jest zgodne z wcześniejszymi doniesieniami na ten temat. Słabiej wyrażone objawy ubytkowe mogły być przyczyną stosowania w leczeniu tej grupy chorych głównie neuroleptyków typowych, podczas gdy w grupie kontrolnej przeważały leki przeciwpsychotyczne nowej generacji. Z badań Arndta i wsp. [35] wynika, że osoby z lepszym przystosowaniem przedchorobowym częściej sięgają po alkohol i inne substancje psychoaktywne. Ich zdaniem charakteryzują się one bardziej efektywnymi umiejętnościami społecznymi i znacznie mniej nasiloną symptomatyką deficytową. W analizowanej przez nas grupie, badanej i kontrolnej, mężczyzn odnotowaliśmy odwrotną zależność, o dużej istotności statystycznej, pomiędzy wynikami w skali SPP a nasileniem objawów negatywnych. Wśród kobiet i mężczyzn z podwójną diagnozą przystosowanie przedchorobowe było lepsze, a objawy negatywne wśród mężczyzn mniejsze w porównaniu z grupami kontrolnymi. Na podstawie naszych badań możemy wnioskować, że jedną z przyczyn uzależnienia od alkoholu w grupie osób chorych na



schizofrenię jest ich bardziej efektywne funkcjonowanie w okresie przedchorobowym. Wiąże się to oczywiście z umiejętnościami nawiązywania relacji społecznych, również i tych, które służą poszukiwaniu środowisk „pijackich”. Autorzy tacy, jak Bowie i wsp. [33], przyczyny mniejszego nasilenia objawów deficytowych w grupie pacjentów z podwójną diagnozą upatrują w ich młodym wieku w momencie badania (podobnie w niniejszym opracowaniu). Przeprowadzona przez nich ocena funkcji poznawczych w bardziej zaawansowanej grupie wiekowej, tj. wśród pacjentów pomiędzy czterdziestym i osiemdziesiątym rokiem życia, ujawniła obecność deficytów pamięciowych, upośledzenie funkcji adaptacyjnych i większe nasilenie symptomatyki negatywnej w porównaniu z osobami z pojedynczym rozpoznaniem schizofrenii [33].

Kobiety z podwójną diagnozą nie różniły się od grupy kontrolnej pod względem nasilenia symptomatyki wytwórczej i deficytowej. Uzyskały natomiast wyższe wyniki w zakresie depresji w skali objawów ogólnych PANSS i w Skali Depresji Hamiltona. Na ich podstawie możemy wnioskować, że dla tej grupy chorych charakterystyczne są zaburzenia nastroju. Kwestią sporną pozostaje ich etiologia. Wydaje się prawdopodobne, że to pierwotnie obniżony nastrój mógł stanowić przyczynę sięgania kobiet po alkohol w celu samoleczenia. Hipoteza ta jest zgodna ze stanowiskiem Cloningera [36], którego zdaniem alkoholizm wśród kobiet z zaburzeniami psychicznymi zwykle przybiera postać choroby wtórnej i powstaje w bezpośrednim związku z objawami choroby podstawowej, w tym przypadku schizofrenii. Nie można jednak wykluczyć, że objawy depresyjne pojawiły się w tej grupie chorych na skutek przewlekłego nadużywania alkoholu, chociaż ten typ etiopatogenezy zaburzeń jest bardziej charakterystyczny dla mężczyzn.

Podsumowując wyniki naszej pracy, jak również dane z literatury przedmiotu, uważamy, że wiele zagadnień z dziedziny podwójnej diagnozy wymaga dalszych badań. Ostatnie doniesienia wskazują też na potrzebę przedyskutowania wcześniej formułowanych założeń. Z pewnością rewizji wymaga koncepcja „samoleczenia” schizofrenii, jako że nie we wszystkich przypadkach nadużywanie alkoholu wiąże się z redukcją objawów choroby psychicznej, wręcz przeciwnie – wielokrotnie opisywano zaostrenie się obrazu chorobowego [33, 37, 38]. Wydaje się bardziej prawdopodobne, że przyczyną obu chorób może być wspólne podłoże biologiczne w postaci hipofunkcji układu dopaminergicznego i opioidowego, które, podobnie jak w odniesieniu do schizofrenii i alkoholizmu, ujawnia się w innym wieku w grupie mężczyzn i kobiet. Nie powinien nas dziwić fakt częstego występowania schizofrenii i uzależnienia od alkoholu u tych samych pacjentów, ponieważ dopamina i endogenne opioidy odpowiedzialne są jednocześnie za prawidłową aktywność ośrodka nagrody i kary oraz funkcjonowanie okolicy przedczołowej [25]. Zarówno koncepcja neurobiologiczna, jak i „samoleczenia” nie wyczerpują jednak wszystkich możliwości wyjaśnienia przyczyn „podwójnej diagnozy”. Potrzebne są dalsze badania nad czynnikami biorącymi udział w powstawaniu uzależnienia u osób chorych na schizofrenię. Tego typu badania powinny w szczególności objąć chore na schizofrenię i uzależnione od alkoholu kobiety, u których czynniki środowiskowe mają decydujący wpływ na powstawanie uzależnienia. Badania te, oprócz walorów poznawczych, mogą przyczynić się do stwo-

rzenia bardziej efektywnych programów profilaktycznych i leczniczych skierowanych do różnych grup pacjentów z podwójną diagnozą alkoholizmu i schizofrenii.

### **Wnioski**

Pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii i uzależnienia od alkoholu (podwójna diagnoza) różnili się od pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii nie uzależnionych od alkoholu w wielu aspektach klinicznych, a w szczególności:

- a) późniejszym wiekiem zachorowania na schizofrenię uzależnionych od alkoholu mężczyzn
- b) częstszym występowaniem uzależnienia od alkoholu w rodzinach, szczególnie kobiet
- c) mniejszym nasileniem objawów negatywnych schizofrenii wśród mężczyzn
- d) większym nasileniem objawów depresyjnych w grupie kobiet.

### **Влияние зависимости от алкоголя на течение и клиническую картину шизофрении**

#### **Содержание**

**Задание.** Задаaniem исследования был анализ влияния от алкогольной зависимости на течение и клиническую картину шизофрении.

**Метод.** Исследование проведено у 61 больного шизофренией, госпитализированных в 1997–2000 годах, у которых то в анамнезе одновременно отмечено злоупотребление алкогольных напитков (двойной диагноз). Контрольную группу составляли 60 человек с одним диагнозом, т.е. шизофрении. В обеих группах, на основании распроса и клинических шкал оценены начало, течение и психопатологическая картина шизофрении.

**Результаты.** Мужчины с диагнозом шизофрении, зависимые от алкоголя, характеризовались позднейшим возрастом заболевания шизофренией. Женщины, злоупотребляющие алкоголем в семье, в сравнение с контрольными группами. В группе мужчин отмечено меньшее проявление негативной симптоматики. Женщины с двойным диагнозом чаще жаловались на депрессию.

### **Einfluss der Alkoholabhängigkeit auf den Verlauf und klinisches Bild der Schizophrenie**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der Studie ist der Einfluss der Alkoholabhängigkeit auf den Verlauf und auf das psychopathologische Bild der Schizophrenie.

**Methode.** In die Studie wurden 61 Schizophrenkranke einbezogen, die in den Jahren 1997-2000 hospitalisiert wurden, bei denen in der Anamnese gleichzeitig Alkoholabhängigkeit (eine doppelte Diagnose) diagnostiziert wurde. Die Kontrollgruppe bildeten 60 Personen mit der einfachen Diagnose Schizophrenie. In beiden Gruppen wurden aufgrund der Anamnese und der klinischen Skalen der Anfang, der Verlauf und das psychopathologische Bild der Schizophrenie beurteilt.

**Ergebnisse.** Die Männer mit der Diagnose Schizophrenie, die vom Alkohol abhängig waren, charakterisierten sich mit einem späteren Alter bei der Erkrankung an Schizophrenie, die Frauen dagegen mit dem häufigeren Alkoholmißbrauch in der Familie im Vergleich mit den Kontrollgruppen. In der untersuchten Gruppe der Männer wurde eine kleinere Intensität der negativen Symptomatik festgestellt. Die Frauen mit der doppelten Diagnose meldeten häufiger die Klagen vom depressiven Charakter.

## L'influence de la dépendance à alcool sur le cours et l'image clinique de la schizophrénie

### Résumé

**Objectif.** Analyser l'influence de la dépendance à alcool sur le cours et l'image psychopathologique de la schizophrénie.

**Méthode.** On examine 61 schizophrènes, hospitalisés durant les années 1997-2000, qui sont en même temps diagnostiqués « alcooliques » (double diagnostic). Le groupe de contrôle est formé de 60 patients diagnostiqués seulement « schizophrènes ». Dans ces deux groupes, en basant sur l'interview et les échelles cliniques, on analyse le commencement, le cours et l'image psychopathologique de la schizophrénie.

**Résultats.** Les hommes schizophrènes et en même temps alcooliques se caractérisent par le commencement tardif de la schizophrénie, les femmes schizophrènes se caractérisent par la fréquence plus élevée de l'alcoolisme en leur famille. Dans le groupe d'hommes avec le double diagnostic on note les symptômes négatifs avec l'intensité amoindrie. Dans le groupe de femmes on note plus souvent les symptômes du caractère dépressif.

### Piśmiennictwo

1. Drake RE, Osher FC, Wallach MA. *Alcohol use and abuse in schizophrenia: A prospective community study*. J. Nerv. Ment. Dis. 1989; 177: 408–441.
2. Hien D, Zimberg S, Weigman S, First M, Akerman S. *Dual diagnosis subtypes in urban substance abuse and mental health clinics*. Psychiatr. Serv. 1997; 48: 1058–1063.
3. Falicki Z. *Psychiatria społeczna*. Warszawa: PZWL; 1975, s. 64–122.
4. Bleuler M. *Etiology of chronic alcoholism*. Diethelm O, ed. USA 1955.
5. Regier DA, Farmer ME. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse*. Jama 1990; 264: 2511–2518.
6. Duke PJ, Pantelis C, Barnes TRE. *Alcohol use and its relationship to symptoms. Tardive dyskinesia and illness onset*. Brit. J. Psychiatry 1994; 164: 630–636.
7. Talamo A, Centorrino F, Tondo L, Dimitrii A, Hennen J, Baldessarini R J. *Comorbid substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms*. Schizophr. Res. 2006; 251–255.
8. Potvin S, Sepehry AA, Stip E. *Comorbid substance use in schizophrenia: The file drawer effect*. In reply to: Talamo et al., 2006. *Comorbid substance use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms*. Schizophr. Res. 2007; 90: 351–352.
9. Moran P i in. *Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis: Report from the UK700 trial*. Brit. J. Psychiatry 2003; 182: 129–134.
10. Strakowski SM, Tohen M, Flaum M, Amador X. *Substance abuse in psychotic disorders: associations with affective syndromes*. Schizophr. Res. 1994; 14 (1): 73–81.
11. Caton CL, Drake RE, Hasin DS, Domingues B, Shrout PE, Samet S, Schanzer B. *Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62: 137–145.
12. Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. *Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences*. Schizophr. Res. 2004; 67: 157–166.
13. Cutting J. *The phenomenology of acute organic psychosis. Comparison with acute schizophrenia*. Brit. J. Psychiatry 1987; 151: 324–332.
14. Mueser KT, Bellack AS, Blanchard JJ. *Comorbidity of schizophrenia and substance abuse: Implications for treatment*. J. Consult. Clin. Psychol. 1992; 60: 845–856.
15. Green AI. *Treatment of schizophrenia and substance abuse*. W: *Proceedings Symposium American Psychiatric Association (APA)*. Annual Meeting, Atlanta 2005, May 21–26.

16. Hambrecht M., Hafner H. *Substance abuse and the onset of schizophrenia*. Biol. Psychiatry 1996; 40: 1155–1163.
17. Penick EC, Powell BJ, Nockel. *Comorbidity of lifetime psychiatric disorders among male alcoholic patients*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1994; 18 (6): 1289–1293.
18. Rosenthal RN, Hellerstein DJ, Miner CR. *Positive and negative syndrome typology in schizophrenic patients with psychoactive substance use disorders*. Compr. Psychiatry 1994; 35: 91–97.
19. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 13/2: 261–276.
20. Hamilton M. *A rating scale for depression*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 1960; 23.
21. Selzer ML. *The Michigan Alcoholism Screening Test. The quest for a new diagnostic instrument*. Am. J. Psychiatry 1971; 127: 89–94.
22. Soyka M. *Addiction and schizophrenia. Nosological, clinical and therapeutic questions. Substance dependence and schizophrenia*. Fortscher. Neurol. Psychiatr. 1994; 62 (6): 186–196.
23. Duke PJ, Pantelis C, Barnes TRE. *Alcohol use and its relationship to symptoms. Tardive dyskinesia and illness onset*. Brit. J. Psychiatry 1994; 164: 630–636.
24. Noordsy DL, Drake RE. *Subjective experiences related to alcohol use among schizophrenics*. J. Nerv. Ment. Dis. 1991; 179 (7): 410–414.
25. Batel P. *Addiction and schizophrenia*. Eur. Psychiatry 2000; 15: 115–122.
26. Khantzian EJ. *The self-medication hypothesis of addictive disorders*. Am. J. Psychiatry 1985; 141: 1259–1264.
27. Baigent M, Holme G, Hafner RJ. *Self report of the interaction between substance abuse and schizophrenia*. Aust. NZJ. Psychiatry 1995; 29 (1): 69–74.
28. Capell H, Herman CP. *Alcohol and tension reduction: A review*. Quart. J. Stud. Alcohol. 1972; 33: 33–64.
29. Goodwin DW. *Is alcoholism hereditary? A review and critique*. Arch. Gen. Psychiatry 1971; 25: 545–549.
30. Vaillant GE. *The natural history of alcoholism*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1983.
31. Noordsy DL, Drake RE, Biesanz JC, Mc Hugo GJ. *Family history of alcoholism in schizophrenia*. Nerv. Ment. Dis. 1994; 182: 651–655.
32. Alterman AI, Erdlin FR, McLellan AT. *Problem drinking in hospitalized schizophrenic patient*. Addict. Behav. 1980; 5: 273–276.
33. Bowie CR, Serper MR, Riggio S, Harvey PD. *Neurocognition, symptomatology, and functional skills in older alcohol-abusing schizophrenia patients*. Schizophr. Bull. 2005; 31: 175–182.
34. Drake RE, Mueser KT. *Co-occurring alcohol use disorder and schizophrenia*. Alcohol Res. 2002; 26: 99–102.
35. Arndt S, Tyrrel G, Flaum M. *Comorbidity of substance abuse and schizophrenia: the role of pre-morbid adjustment*. Psychol. Med. 1992; 22: 79–388.
36. Cloninger CR. *Neurogenetic adaptive mechanisms in alcoholism*. Science 1987; 236: 410–416.
37. Green AI, Burgers ES, Dawson R, Zimmet SV, Strous RD. *Alcohol and cannabis use in schizophrenia: effects of clozapine vs. risperidone*. Schizophr. Res. 2003; 60: 81–85.
38. Bann TA. *Alcoholism and schizophrenia: Diagnostic and therapeutic considerations*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1997; 1: 113–117.

Adres: Beata Konarzewska  
Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej  
16-070 Choroszcz, pl. Brodowicza 1

Otrzymano: 31.01.2007  
Zrecenzowano: 21.02.2007  
Przyjęto do druku: 15.05.2007