

Συννοσηρότητα χρήσης ουσιών και ψυχικών διαταραχών

Β. Λεωνιδάκη, Μ. Μαλλιώρη

Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Αθήνα

Ψυχιατρική 2009, 20:17–34

Η παρούσα ανασκόπηση αφορά το θέμα της διπλής διάγνωσης και συγκεκριμένα τη συν-εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας και διαταραχής χρήσης ουσιών. Οι μεγαλύτερες επιδημιολογικές μελέτες από τις ΗΠΑ, Αυστραλία και Αγγλία παρουσιάζονται και καταδεικνύουν τη στενή σχέση μεταξύ των δύο διαταραχών. Οι ελληνικές έρευνες συμφωνούν με αυτά τα ευρήματα, αλλά έχουν σημαντικούς μεθοδολογικούς περιορισμούς. Πολλοί και υψηλοί παράγοντες κινδύνου παρουσιάζονται στα άτομα με διπλή διάγνωση, όπως βίαιη ή αυτοκτονική συμπεριφορά, αυτό-τραυματισμός και μειωμένη ανταπόκριση στη θεραπεία. Το παρόν άρθρο δίνει έμφαση στην αιτιοπαθογένεια και τη θεραπεία της διπλής διάγνωσης. Οι κύριες εξηγήσεις για την αιτιοπαθογένεια της διπλής διάγνωσης είναι οι ακόλουθες: (α) Ύπαρξη αιτιακής σχέσης: η ψυχική διαταραχή είναι το κύριο πρόβλημα και η διαταραχή χρήση ουσιών είναι επακόλουθο της, ή αντιστρόφως η χρήση ουσιών έχει οδηγήσει σε προβλήματα ψυχικής υγείας. (β) Κάποιος τρίτος παράγοντας είναι η αιτία και των δύο διαταραχών. (γ) Η συννοσηρότητα οφείλεται στην τύχη. (δ) Κάθε διαταραχή αμοιβαία επιδεινώνει την άλλη, ανεξάρτητα της αιτίας. Τέλος, διαφορετικά μοντέλα θεραπείας παρουσιάζονται: (α) Το μοντέλο αλληλοδιαδοχής αναφέρεται σε προγράμματα που παρέχουν αρχικά θεραπεία για το ένα είδος διαταραχής (είτε για την ψυχιατρική διαταραχή είτε για τη διαταραχή εξάρτησης ουσιών) και στη συνέχεια για το επόμενο. (β) Στο παράλληλο μοντέλο, η φροντίδα του ασθενή παρέχεται ταυτόχρονα από τα δύο είδη υπηρεσιών. (γ) Τα ολοκληρωμένα προγράμματα για άτομα με διπλή διάγνωση συνδυάζουν και τροποποιούν παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία και την τοξικοεξάρτηση που παρέχονται από την ίδια υπηρεσία.

Λέξεις ευρετηρίου: Διπλή διάγνωση, συννοσηρότητα, ψυχικές διαταραχές, διαταραχές λόγω χρήσης ουσιών.

Εισαγωγή

Την τελευταία εικοσαετία υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον στη διεθνή σκηνή γύρω από το θέμα της συνύπαρξης ψυχικών διαταραχών και διαταραχών συνδεδεμένων με χρήση ουσιών. Αυτό το φαινόμενο έχει αναδειχθεί σε κεντρικό κλινικό θέμα πλέον και στην Ελλάδα. Οι κύριοι λόγοι για το αυξημένο αυτό ενδιαφέρον, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, περιλαμβάνουν: την αποασυλοποίηση,¹ την αυξημένη διαθεσιμότητα ουσιών στο ψυχιατρικό και γενικό πληθυσμό^{2,3} και τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.^{4,5}

Σε αυτά πρέπει να προστεθεί η μεγάλη προσοχή που δίνεται τώρα στο εξωτερικό και κυρίως σε χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, στο θέμα της αξιολόγησης και διαχείρισης του ρίσκου, το οποίο έχει αναδειχθεί μέσα από την ανάπτυξη της δικαστικής ψυχιατρικής και ψυχολογίας.⁶ Πιο αναλυτικά, στον πληθυσμό των ατόμων που εμφανίζει και τα δύο είδη διαταραχής καταγράφεται η ύπαρξη μεγάλου αριθμού παραγόντων κινδύνου. Επομένως η εστίαση στο θέμα της αξιολόγησης και διαχείρισης του ρίσκου οδήγησε και στην αύξηση της προσοχής γύρω από αυτόν τον πληθυσμό.

Το παρόν άρθρο επιδιώκει να διαπραγματευτεί το θέμα του ορισμού, της επιδημιολογίας της «διπλής διάγνωσης» και των χαρακτηριστικών του πληθυσμού αυτού, αλλά κυρίως της αιτιολογίας και της θεραπείας της, ρίχνοντας φως στις διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις και παρεμβάσεις. Η διεθνή εμπειρία μπορεί να αναδείξει ερευνητικές και θεραπευτικές κατευθύνσεις που μπορεί να έχουν εφαρμογή στη χώρα μας.

Ορισμός της «Διπλής Διάγνωσης»

Η συνύπαρξη ψυχικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών περιγράφεται συνήθως από τον όρο «διπλή διάγνωση» ή «συννοσηρότητα». Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει να γίνεται αντιληπτό ότι η συνύπαρξη των δύο αυτών διαταραχών συμβαίνει αρκετά συχνά ώστε να μην μπορεί να αποδοθεί στην τύχη.⁷ Από το σημείο αυτό, οι παραπάνω όροι αρχίζουν να χρησιμοποιούνται όλο και συχνότερα, φτάνοντας σήμερα στο σημείο να έχουν πια καθιερωθεί, διατηρώντας το ίδιο νόημα.

Ο όρος «διπλή διάγνωση» συχνά χρησιμοποιείται για άτομα που έχουν κάποια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή, κυρίως σχιζοφρένια, όμως μπορεί να περιλάβει οποιαδήποτε κατηγορία ψυχικής διαταραχής που συνυπάρχει με διαταραχή χρήσης ουσιών, όπως διπολική διαταραχή, κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή, διαταραχή μετατραυματικού στρες και διαταραχή προσωπικότητας.

Ωστόσο, ανάλογα με το είδος της εκάστοτε διαταραχής τα κλινικά χαρακτηριστικά διαφέρουν σημαντικά. Για παράδειγμα, σε ένα πληθυσμό με εξάρτηση από ηρωίνη, τα άτομα με αγχώδη διαταραχή ή κατάθλιψη είχαν πολύ διαφορετική κλινική εικόνα από αυτά με ψυχωτική διαταραχή.⁸

Εντούτοις, η συγκεκριμένη ορολογία μπορεί να χαρακτηριστεί απλουστευτική και να κριθεί ως παραπλανητική σε σχέση με το τι δηλώνει για τη φύση της σχέσης που υπάρχει μεταξύ αυτών των δύο διαταραχών. Αυτό όμως που πρέπει να τονιστεί είναι ότι τα άτομα με διπλή διάγνωση έχουν αυξημένες και πολύπλοκες ανάγκες, ενώ η ύπαρξη ή όχι δυο διακριτών προβλημάτων είναι κάτι αμφιλεγόμενο.⁹

Επιδημιολογία

Η γνώση της συχνότητας εμφάνισης περιπτώσεων διπλής διάγνωσης έχει εφαρμογές τόσο σε θέματα αξιολόγησης και θεραπείας, όσο και στην κατανόηση γύρω από πιθανούς κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και παράγοντες κινδύνου για καθεμία διαταραχή. Επομένως, πριν την παρουσίαση θεμάτων αιτιολογίας και θεραπείας, κρίθηκε απαραίτητο να συζητηθούν τα στοιχεία που προέρχονται από επιδημιολογικές μελέτες.

Έρευνες στον κλινικό πληθυσμό

Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός μικρών ερευνών στον κλινικό πληθυσμό, στα αποτελέσματα των οποίων όμως παρατηρείται ιδιαίτερα υψηλή διακύμανση.¹⁰⁻¹⁴ Οι Mueser et al¹⁰ διαπίστωσαν ότι η συχνότητα διαταραχών χρήσης ουσιών σε ψυχιατρικούς ασθενείς ποικίλει από 20–65% σε έρευνες στην Αμερική και στην Αυστραλία. Αντίστοιχα ποσοστά και διακύμανση ποσοστών βρέθηκε σε πρόσφατες έρευνες στην Ευρώπη, σε χώρες όπως στην Αγγλία (48%),¹¹ Γερμανία (21–29%)¹² και Ισπανία (59%).¹³ Αντιστρόφως, ανάλογη

διακύμανση εμφανίζεται στα ποσοστά ψυχιατρικών διαταραχών σε δείγματα ατόμων με διαταραχές χρήσης ουσιών. Σε μία πρόσφατη ανασκόπηση σε αγγλόφωνα άρθρα το ποσοστό αυτό σε άτομα τρίτης ηλικίας κυμαινόταν από 21–66%.¹⁴

Η μεγάλη διακύμανση στα παραπάνω ποσοστά εξηγείται κυρίως από μεθοδολογικές δυσκολίες των παραπάνω ερευνών, όπως ο τρόπος αξιολόγησης της χρήσης ουσιών, τα διαγνωστικά κριτήρια και τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.¹⁰ Επίσης, οι διαφορές στα ποσοστά μεταξύ των χωρών μπορεί να εξηγούνται από διαφορές στη διαθεσιμότητα των ναρκωτικών και σε θέματα πολιτικής και νομοθεσίας.¹³ Σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει το είδος της δομής/υπηρεσίας (setting). Για παράδειγμα, τα ποσοστά διπλής διάγνωσης στις εγκληματολογικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των φυλακών είναι από τα υψηλότερα, ενώ τα ποσοστά σε εσωτερικές μονάδες είναι υψηλότερα από αυτά σε υπηρεσίες στην κοινότητα.¹⁵

Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί ότι η μεγαλύτερη αδυναμία των παραπάνω ερευνών είναι το γεγονός ότι έχουν πραγματοποιηθεί στον κλινικό κι όχι στο γενικό πληθυσμό και επομένως τείνουν να δίνουν μία παραπλανητική εικόνα. Τα άτομα που έχουν δύο ή περισσότερες διαταραχές είναι πιθανότερο να ζητήσουν βοήθεια από επαγγελματίες ψυχικής υγείας και να βρίσκονται σε θεραπεία σε σχέση με άτομα που φέρουν μόνο μία από τις δύο διαταραχές.¹⁶ Επομένως η συχνότητα των ατόμων με διπλή διάγνωση αναμένεται να είναι χαμηλότερη στο γενικό πληθυσμό.

Έρευνες στο γενικό πληθυσμό

Τα παραπάνω δείχνουν ότι μόνο ευρείας κλίμακας έρευνες στο γενικό πληθυσμό μπορούν να δώσουν έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα για τη συχνότητα εμφάνισης ατόμων με διπλή διάγνωση. Τέτοιες έρευνες έχουν γίνει στην Αμερική, Αυστραλία και Μεγάλη Βρετανία και κοινό εύρημα τους είναι η στενή σχέση μεταξύ ψυχιατρικών διαταραχών και διαταραχών χρήσης ουσιών.¹⁷⁻²²

Διαταραχές χρήσης ουσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές

Οι διαταραχές χρήσης ουσιών εμφανίζονται πιο συχνά σε άτομα με ψυχιατρικές διαταραχές απ' ότι

στο γενικό πληθυσμό, όπως δείχνουν επιδημιολογικές έρευνες (πίνακας 1). Στη Μελέτη Εθνικής Συννοσηρότητας (ΜΕΣ), από τα άτομα με διαταραχή άγχους ή συναισθήματος, ένα 15% εμφάνιζε ταυτόχρονα μέσα σε ένα διάστημα 12 μηνών κάποια διαταραχή χρήσης ουσιών, έναντι 11% του γενικού πληθυσμού.^{18,19} Παρόμοια ποσοστά βρέθηκαν και στην πιο πρόσφατη Εθνική Επιδημιολογική Έρευνα στο Αλκοόλ και Συναφείς Διαταραχές (ΕΕΕΑΣ),²⁰ και στην Αγγλική Εθνική Έρευνα για την Ψυχιατρική Συννοσηρότητα (ΑΕΕΨΣ). Επιπλέον, η ΑΑΕΨΣ είναι η μόνη μελέτη που εκτίμησε τη συχνότητα του καπνίσματος, που είναι θεαματικά υψηλότερη στα άτομα με ψυχικές διαταραχές σε σχέση με αυτή του γενικού πληθυσμού.²¹

Ωστόσο, χρειάζεται να διευκρινιστεί ότι τα παραπάνω ποσοστά αφορούν την ταυτόχρονη εμφάνιση των δύο διαταραχών μέσα στους τελευταίους 12 μήνες. Η συχνότητά εμφάνισης διαταραχών χρήσης ουσιών κατά τη διάρκεια ζωής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές εμφανίζεται πολύ υψηλότερη. Η Επιδημιολογική Έρευνα Περιοχών (ΕΕΠ) ανά Περιφέρεια (Epidemiologic Catchment Area, ECA) βρήκε ότι τα άτομα με ψυχική διαταραχή είχαν 2,7 περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαταραχή χρήσης ουσιών κατά τη διάρκεια της ζωής τους σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Πιο συγκεκριμένα, οι συχνότητες στην ΕΕΠ δείχνουν ότι σχεδόν το ένα τρίτο των ατόμων με ψυχική διαταραχή είχε εμφανίσει κάποια διαταραχή χρήση ουσιών,¹⁷ ενώ στην ΜΕΣ, πάνω από τα μισά άτομα του δείγματος εμφάνισαν τέτοια διαταραχή.¹⁹

Ακόμα αξίζει να σημειωθεί ότι στη ΜΕΣ και ΑΕΕΨΣ, οι συχνότητες για τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ, δείχνουν ότι ο γενικός πληθυσμός έχει περισσότερες πιθανότητες να τις εμφανίσει σε σχέση με άτομα με ψυχικές διαταραχές, πράγμα που δεν συμβαίνει όμως στην περίπτωση των διαταραχών χρήσης ναρκωτικών. Διαφορετικές ερμηνείες μπορεί να δοθούν γι' αυτό το αποτέλεσμα, μία εκ των οποίων είναι ότι το αλκοόλ σε αντίθεση με τα ναρκωτικά είναι μία νόμιμη ουσία χρήσης και έχει κεντρικό ρόλο στο δυτικό πολιτισμό. Μια άλλη πιθανή εξήγηση είναι οι παρενέργειες που έχει το αλκοόλ όταν χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ψυχιατρικά φάρμακα.

Πίνακας 1. Ποσοστά (και τυπικό σφάλμα-ΤΣ) εμφάνισης διαταραχών χρήσης ουσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές και στο γενικό πληθυσμό στις πέντε μεγαλύτερες επιδημιολογικές μελέτες για τη συννοσηρότητα.

Επιδημιολογική έρευνα	Οποιαδήποτε διαταραχή ουσιών		Διαταραχή χρήσης από αλκοόλ		Διαταραχή χρήσης από ναρκωτικά	
	Πρόσφατη % (ΤΣ)	Κατά τη διάρκεια της ζωής	Πρόσφατη % (ΤΣ)	Κατά τη διάρκεια της ζωής	Πρόσφατη % (ΤΣ)	Κατά τη διάρκεια της ζωής
ΕΕΑ						
Άτομα με ψυχικές διαταραχές	–	29	–	22	–	15
Γενικός πληθυσμός	6 (0,3)	17 (0,4)	5 (0,2)	14 (0,4)	2 (0,1)	6 (0,2)
ΜΕΣ						
Άτομα με ψυχικές διαταραχές	15	51	4–8	18–27	1–4	9–15
Γενικός πληθυσμός	11 (0,5)	27 (1)	10	24	4	12
ΕΕΕΑΣΔ						
Άτομα με ψυχικές διαταραχές	20 (0,8)	–	17 (0,8)	–	7 (0,6)	–
Γενικός πληθυσμός	9 (0,3)	–	9 (0,2)	–	2 (0,1)	–
ΕΜΨΥΕ	–	–	–	–	–	–
ΑΕΕΨΣ						
Άτομα με ψυχικές διαταραχές	–	–	2–8	–	7–12	–
Γενικός πληθυσμός	–	–	5–12	–	5	–

ΕΕΑ=Εθνική Επιδημιολογική Έρευνα,¹⁷ ΜΕΣ=Μελέτη Εθνικής Συννοσηρότητας,^{18,19} ΕΕΕΑΣΔ=Εθνική Επιδημιολογική Έρευνα Περιοχών στο Αλκοόλ και Συναφείς Διαταραχές,²⁰ ΕΜΨΥΕ=Εθνική Έρευνα για την Ψυχική Υγεία και Ευημερία,²² ΑΕΕΨΣ=Αγγλική Εθνική Έρευνα για την Ψυχιατρική Συννοσηρότητα²⁴

Όσον αφορά τους τύπους συννοσηρότητας, η ΕΕΠ βρήκε ότι τα άτομα με διαταραχή αντικοινωνικής προσωπικότητας ή σχιζοφρένεια έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν διαταραχή χρήσης ουσιών, ενώ τα άτομα με διαταραχές άγχους και διάθεσης είναι αυτά που ακολουθούν.¹⁷ Παρόμοια είναι και τα ευρήματα της ΜΕΣ.¹⁹ Οι ουσίες που χρησιμοποιούνται συχνότερα από το γενικό πληθυσμό, (αλκοόλ, κάνναβη και κοκαΐνη) είναι οι ίδιες ουσίες που τείνουν να χρησιμοποιούνται και από τα άτομα με ψυχική διαταραχή. Τα τελευταία όμως τείνουν να

χρησιμοποιούνται και σε μικρότερες ποσότητες, πιθανόν λόγω του ότι επιδρούν πιο έντονα στα άτομα αυτά, λόγω των ήδη υπαρχόντων προβλημάτων.²³

Ψυχικές διαταραχές σε άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών

Τα ποσοστά για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών σε άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών επίσης καταδεικνύουν στενή σχέση μεταξύ των δύο ειδών διαταραχής (πίνακας 2). Μάλιστα, τα ποσοστά συννοσηρότητας παρουσιάζονται μεγαλύτερα σε άτο-

Πίνακας 2. Ποσοστά και τυπικό σφάλμα (ΤΣ) εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών και στο γενικό πληθυσμό στις πέντε μεγαλύτερες επιδημιολογικές μελέτες για τη συννοσηρότητα.

Επιδημιολογική έρευνα	Ψυχική διαταραχή			
	Πρόσφατη		Κατά τη διάρκεια της ζωής	
ΕΕΑ				
Διαταραχή χρήσης ουσιών	–		–	
Διαταραχή χρήσης από αλκοόλ	–		37 (1,4)	
Διαταραχή χρήσης από ναρκωτικά	–		53 (1,1)	
Γενικός πληθυσμός	15 (0,4)		23 (0,4)	
ΜΕΣ				
Διαταραχή χρήσης ουσιών	43		51	
Διαταραχή χρήσης από αλκοόλ	33–45		41–55	
Διαταραχή χρήσης από ναρκωτικά	32–53		48–65	
Γενικός πληθυσμός	30*		48*	
ΕΕΕΑΣΔ				
Διαταραχή χρήσης ουσιών	20 (0,8) ¹	18 (0,8) ²	–	–
Διαταραχή χρήσης από αλκοόλ	19 (0,8) ¹	17 (0,9) ²	–	–
Διαταραχή χρήσης από ναρκωτικά	32 (2,0) ¹	16 (2,0) ²	–	–
Άτομα χωρίς διαταραχή χρήσης ουσιών	9 (0,2) ¹	11 (0,3) ²	–	–
	¹ Διαταραχές συναισθήματος			
	² Αγχώδεις διαταραχές			
ΕΜΨΥΕ				
Διαταραχή χρήσης ουσιών	–		–	
Διαταραχή χρήσης από αλκοόλ	341*		48 ²	
Διαταραχή χρήσης από ναρκωτικά	641*		65 ²	
Άτομα χωρίς διαταραχή χρήσης ουσιών	9–11 ^{1*}		12–15 ²	
	¹ Άνδρες			
	² Γυναίκες			
ΑΕΕΨΣ				
Διαταραχή χρήσης ουσιών	–		–	
Διαταραχή χρήσης από αλκοόλ	30		–	
Διαταραχή χρήσης από ναρκωτικά	45		–	
Άτομα χωρίς διαταραχή χρήσης ουσιών	12		–	

*Περιλαμβάνει δεύτερη διαταραχή χρήσης ουσιών στην έννοια της ψυχικής διαταραχής

ΕΕΑ=Επιδημιολογική Έρευνα Περιοχών,¹⁷ ΜΕΣ=Μελέτη Εθνικής Συννοσηρότητας,^{18,19} ΕΕΕΑΣΔ=Εθνική Επιδημιολογική Έρευνα στο Αλκοόλ και Συναφείς Διαταραχές,²⁰ ΕΜΨΥΕ=Εθνική Έρευνα για την Ψυχική Υγεία και Ευημερία,²² ΑΕΕΨΣ=Αγγλική Εθνική Έρευνα για την Ψυχιατρική Συννοσηρότητα²⁴

μα με διαταραχές χρήσης ουσιών, απ' ότι σε άτομα με ψυχικές διαταραχές. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι σε κάποιες από τις έρευνες, όπως στην ΕΕΨΥΕ, ως ψυχική διαταραχή συμπεριλαμβάνεται η διαταραχή χρήσης από κάποια δεύτερη ουσία (π.χ διαταραχή χρήσης από αλκοόλ για άτομα με διαταραχή χρήσης από ναρκωτικά).²² Με αλλά λόγια, η χρήση διαφορετικών ουσιών λαμβάνεται ως συννοσηρότητα, κάτι

που μπορεί να ευθύνεται ως ένα βαθμό για το αυξημένο μέγεθος των ποσοστών αυτών.

Γενικότερα, κοινό εύρημα είναι ότι τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια ψυχική διαταραχή από το γενικό πληθυσμό και μάλιστα τα άτομα που κάνουν χρήση ναρκωτικών έχουν υψηλότερες πιθανότητες σε σχέση με τα αυτά που κάνουν χρήση αλ-

κούλ. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στην ΕΕΠ τα άτομα με διαταραχή χρήσης ναρκωτικών είχαν 4,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν κάποια ψυχική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής τους.^{17,25} Στην ΕΕΕΑΣ έχουν 4,9 φορές περισσότερες πιθανότητες να έχουν κάποια διαταραχή διάθεσης και 2,8 φορές κάποια διαταραχή άγχους κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών.²⁰

Οι διαταραχές άγχους βρέθηκαν να είναι οι τύποι διαταραχών που εμφανίζονται με τη μεγαλύτερη συχνότητα στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών, σύμφωνα με τις ΕΕΠ, ΕΕΨΥΕ και ΑΑΕΨΣ. Η ΕΕΕΑΣ και η ΜΕΣ βρήκαν ότι οι διαταραχές διάθεσης είναι αυτές που έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα. Η ΜΕΣ είναι η μόνη που ανέδειξε την υψηλή συχνότητα διαταραχών συμπεριφοράς και αντικοινωνικής προσωπικότητας στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών. Παρά τις φαινομενικές αυτές διαφορές, τα αποτελέσματα των πέντε ερευνών όσον αφορά τους τύπους συννοσηρότητας είναι παρόμοια.

Ελληνική πραγματικότητα

Στην Ελλάδα η συχνότητα εμφάνισης ταυτόχρονων ψυχικών διαταραχών σε δείγμα ατόμων που βρισκόταν σε θεραπεία για χρήση ουσιών χωρίς υποκατάσταση ήταν η ακόλουθη: 20% για διαταραχές του άξονα I, 20% για διαταραχές του άξονα II, ενώ 40% εμφάνισε ταυτόχρονα και τα δύο είδη διαταραχών.²⁶ Η παρουσία ταυτόχρονης συννοσηρότητας σε 80% του δείγματος είναι μια συχνότητα πολύ υψηλότερη από αυτές που συναντάμε στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι ερευνητές προτείνουν ως εξήγηση των υψηλών αυτών ποσοστών το γεγονός ότι η χρήση ναρκωτικών στην Ελλάδα δεν ήταν τόσο διαδεδομένη σε σύγκριση με άλλες χώρες εκείνη την περίοδο κι έτσι κυρίως άτομα με αποκλίνουσα συμπεριφορά ήταν αυτά που έκαναν χρήση ουσιών.¹⁴ Μια διαφορετική εξήγηση όμως μπορεί να είναι ότι η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από χρήστες ηρωίνης, κάτι που δεν συναντάμε στις έρευνες του εξωτερικού. Εξίσου υψηλά ήταν τα ποσοστά σε παλαιότερη έρευνα σε άτομα με διαταραχή χρήσης από οπιοειδή που βρίσκονταν σε θεραπεία ή στη φυλακή (90% για ψυχική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής και 66% για ταυτόχρονη διαταραχή).²⁷

Δυο ευρείας κλίμακας έρευνες στο γενικό πληθυσμό για τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και χρήσης ουσιών έχουν πραγματοποιηθεί μέχρι στιγμής στην Ελλάδα. Τα ευρήματα και των δύο ερευνών συμφωνούν με αυτά της διεθνούς βιβλιογραφίας, με τα άτομα που κάνουν χρήση ουσιών να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά καταθλιπτικού συναισθήματος.^{28,29}

Οστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι χρειάζονται καινούργιες μελέτες τόσο στο γενικό, όσο και κλινικό πληθυσμό, που θα ακολουθούν τα πρότυπα των μεγάλων επιδημιολογικών μελετών του εξωτερικού για τη συννοσηρότητα των διαφορετικών ψυχικών διαταραχών με τις διαταραχές χρήσης ουσιών, παρέχοντας μια αντιπροσωπευτική εικόνα της κατάστασης που επικρατεί στη χώρα μας.

Όλες οι παραπάνω ελληνικές έρευνες είναι περιγραφικές-συναφειακές (descriptive-cross sectional). Επομένως δεν μπορούν να οδηγήσουν σε συμπεράσματα για το είδος της σχέσης μεταξύ των διαταραχών χρήσης ουσιών και των ψυχιατρικών διαταραχών (αν είναι αιτιακή σχέση και ποιο είδος διαταραχής προκαλεί το άλλο). Οι έρευνες που απαιτούνται για την μελέτη της κατεύθυνσης αυτής της σχέσης είναι ευρείας κλίμακας που θα ακολουθούν τα ίδια άτομα στο γενικό πληθυσμό από την παιδική τους ηλικία έως την ενήλικη ζωή τους (cohort/longitudinal).

Οστόσο, το συμπέρασμα που προκύπτει από τις παραπάνω περιγραφικές έρευνες είναι ότι τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας καταδεικνύουν την ανάγκη για διεξοδική κλινική αξιολόγηση (assessment), ώστε να εξασφαλίζεται ότι το πλήρες φάσμα της διαταραχής έχει αναγνωρισθεί και ότι η κατάλληλη παρέμβαση για κάθε πτυχή της έχει επιλεγεί.

Χαρακτηριστικά των ασθενών με διπλή διάγνωση

Η αύξηση του κλινικού ενδιαφέροντος γύρω από την συννοσηρότητα έγκειται μεταξύ άλλων στη συνειδητοποίηση ότι η συνύπαρξη διαφορετικών διαταραχών μπορεί να περιπλέξει τη θεραπεία και μακροπρόθεσμα να συντελέσει στην εξέλιξη σοβαρότερης ψυχικής ασθένειας.³⁰ Υπάρχει μία μεγάλης έκτασης διεθνής βιβλιογραφία συναφειακών (cross-sectional) κυρίως ερευνών σε κλινικά δείγματα που εστιάζει στις συνέπειες και τα κλινικά χαρακτηριστι-

κά της συννοσηρότητας και φαίνεται να στηρίζει τα παραπάνω.^{15,26,31-34}

Τα άτομα με διπλή διάγνωση εμφανίζουν ένα μεγάλο αριθμό παραγόντων κινδύνου σε διάφορους τομείς. Καταρχάς, έχουν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν βίαιη συμπεριφορά κι επιθετικότητα, αλλά και αυτοκτονική συμπεριφορά και αυτοτραυματισμό. Ακόμα, έχουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης πολλαπλών προβλημάτων, όπως αυξημένη επαφή με το σύστημα ποινικής δικαιοσύνης, αυξημένο αριθμό προβλημάτων υγείας, συμπεριλαμβανομένων νόσων μεταδιδόμενων με το αίμα και μειωμένη κοινωνική λειτουργικότητα και ποιότητα ζωής.^{15,31}

Όσον αφορά τη θεραπεία, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα άτομα με διπλή διάγνωση συνήθως εμφανίζουν φτωχά θεραπευτικά αποτελέσματα, λιγότερη δέσμευση και μειωμένη παραμονή στη θεραπεία, μειωμένη τήρηση και αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής.^{26,32,33} Σε σχέση με την πορεία της ασθένειας, για τα άτομα που εμφανίζουν ψυχωτική διαταραχή, παράλληλα με την κατάχρηση ουσιών, έχει βρεθεί ότι έχουν αυξημένες πιθανότητες υποτροπής της ψυχωτικής διαταραχής και επιδείνωση των συμπτωμάτων.³⁴

Ωστόσο, τα κλινικά χαρακτηριστικά είναι διαφορετικά, ανάλογα με τον τύπο ψυχικής διαταραχής που συνυπάρχει με την διαταραχή χρήσης ουσιών, κάτι που δείχνει την ανάγκη για διαφοροποίηση των ασθενών με «διπλή διάγνωση».³⁵

Αιτιοπαθογένεια

Τα υψηλά ποσοστά των ατόμων με διπλή διάγνωση που παρουσιάστηκαν παραπάνω, αλλά και τα αποτελέσματα πολλών ερευνών, δείχνουν ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ ψυχικής ασθένειας και διαταραχών χρήσης ουσιών.^{36,37} Αυτό όμως που δεν είναι ξεκάθαρο είναι η φύση της σχέσης αυτής. Οι σημαντικότερες υποθέσεις γύρω από το θέμα της αιτιοπαθογένειας της διπλής διάγνωσης παρουσιάζονται παρακάτω. Διαφορετικές υποθέσεις μπορούν να εξηγήσουν την συννοσηρότητα σε διαφορετική ομάδα ατόμων και παραπάνω από ένα από τα ακόλουθα μοντέλα μπορεί να έχει εφαρμογή για το ίδιο άτομο.²³

1. Αιτιακή σχέση (το ένα είναι επακόλουθο του άλλου).

2. Τρίτος παράγοντας (ως ανεξάρτητη αιτία και για τα δύο είδη διαταραχών).

3. Η συννοσηρότητα οφείλεται στην τύχη.

4. Μοντέλο διπλής κατεύθυνσης (η καθεμία διαταραχή αμοιβαία επιδεινώνει την άλλη, ανεξάρτητα από την αιτία).

Αιτιακή σχέση

Σύμφωνα με τη σχέση αλληλοδιαδοχής, είτε η ψυχική διαταραχή είναι η κύρια διαταραχή και οδήγησε στη συνέχεια σε διαταραχή χρήσης ουσιών, που σε αυτήν την περίπτωση είναι το δευτερεύον πρόβλημα, είτε η διαταραχή χρήσης ουσιών είναι η κύρια διαταραχή και η ψυχική διαταραχή εμφανίζεται ως συνέπιά της. Διαφορετικές θεωρίες και αποτελέσματα ερευνών υπάρχουν για τη στήριξη της καθεμιάς περίπτωσης.

Η ψυχική διαταραχή ως κύρια διάγνωση

Η υπόθεση της αυτο-χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής (self-medication hypothesis) στηρίζει την πρώτη εκδοχή και εξηγεί τη διαταραχή χρήσης ουσιών ως αποτέλεσμα κάποιας ψυχικής διαταραχής. Πιο συγκεκριμένα αυτή η υπόθεση προτείνει ότι: (α) η χρήση ουσιών ανακουφίζει τον ανθρώπινο ψυχολογικό πόνο, (β) υπάρχει ένας σημαντικός βαθμός ιδιαιτερότητας στο προτιμώμενο ναρκωτικό του κάθε ατόμου και η επιλογή μιας συγκεκριμένης ουσίας βασίζεται στη φαρμακολογική της επίδραση σε σχέση με το είδος των οδυνηρών συναισθημάτων που βιώνει το άτομο.^{38,39} Ωστόσο, ερευνητικά υπάρχει μερική μόνο στήριξη της υπόθεσης αυτής και αφορά κυρίως το πρώτο σκέλος, παρά το δεύτερο.^{19,40} Κριτική έχει ασκηθεί στη συγκεκριμένη περίπτωση για το ότι δεν λαμβάνει υπόψη βιολογικούς μηχανισμούς και κλινικές παρατηρήσεις για την επίδραση των ουσιών στη ψυχική υγεία.⁴¹

Μία γενικότερη εκδοχή της υπόθεσης της αυτο-χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής είναι αυτή της ανακούφισης της δυσφορίας, που λαμβάνει σημαντικότερη ερευνητική στήριξη. Τα άτομα με ψυχική διαταραχή είναι πιο επιρρεπή στη δυσφορία και άρα πιο επιρρεπή στις διαταραχές χρήσης ουσιών, αφού η χρήση ουσιών γίνεται αρχικά για την ανακούφιση αυτών των επώδυνων αισθημάτων.⁴²

Ένα άλλο μοντέλο που έχει πρόσφατα προταθεί, είναι αυτό της υπερευαισθησίας (supersensitivity model). Σύμφωνα με αυτό, τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι βιολογικά και ψυχολογικά πιο ευάλωτα, λόγω της αλληλεπίδρασης περιβαλλοντικών και γενετικών επιρροών. Αυτό οδηγεί σε αυξημένες πιθανότητες τα άτομα αυτά να βιώσουν αρνητικές εμπειρίες ακόμα και μετά τη χρήση μικρής ποσότητας ουσιών, που κάνει πιθανότερη τη διάγνωση κατάχρησης ουσιών στα άτομα αυτά παρά στο γενικό πληθυσμό. Με άλλα λόγια, αυτή η υπερευαισθησία των ατόμων με ψυχική διαταραχή στις επιδράσεις των ουσιών, ευθύνεται για τα υψηλά ποσοστά διαταραχής χρήσης ουσιών. Το μοντέλο υπερευαισθησίας θα πρέπει να ελεγχθεί περαιτέρω ερευνητικά, αν και υπάρχουν ευρήματα στη βιβλιογραφία που προσφέρουν κάποια στήριξη.²³

Διαταραχή χρήσης ουσιών ως κύρια διάγνωση

Μία διαφορετική εκδοχή είναι ότι η χρήση ουσιών μπορεί να οδηγήσει σε ψυχιατρικές επιπλοκές και αυτές να καταλήξουν σε ψυχιατρική ασθένεια. Αυτή η εκδοχή στηρίζεται κυρίως στις επιδράσεις των διαφόρων ουσιών και στον τρόπο που αυτές μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική υγεία.

Αλκοόλ: Το αλκοόλ φαίνεται να συμβάλλει με διάφορους τρόπους στην ανάπτυξη ψυχικής ασθένειας. Αναμφίβολα το αλκοόλ ή τα στερητικά συμπτώματα στην απουσία του φαίνεται να είναι η αιτία για την εκδήλωση ψευδαισθήσεων, όπως το τρομώδες παραλήρημα, η βραχεία ψευδαισθησιακή εμπειρία και η ψυχωτική διαταραχή προκαλούμενη από αλκοόλ. Ωστόσο, το αλκοόλ δεν έχει βρεθεί να παίζει αιτιακό ρόλο στην πρόκληση σχιζοφρένειας.

Το αλκοόλ επίσης μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλική βλάβη, η οποία είναι πιθανόν να συντελέσει στην εκδήλωση ψυχικής ασθένειας. Ακόμα, μπορεί να συντελέσει στη χειροτέρευση των συμπτωμάτων άγχους, ειδικά σε περιόδους αποχής και στην εκδήλωση παθολογικής ζήλιας.⁴³

Επίσης, η κατάθλιψη έχει συχνά βρεθεί να είναι δευτερεύουσα στις διαταραχές χρήσης αλκοόλ, τόσο σε περιόδους χρήσης αλκοόλ, όσο και ως στερητικό

σύμπτωμα σε περιόδους αποχής. Αυτό συνδέεται με την κατευναστική επίδραση του αλκοόλ στο κεντρικό νευρικό σύστημα, ωστόσο είναι σημαντικό να υπάρχει διαχωρισμός μεταξύ της προσωρινής κατάθλιψης προκαλούμενης από αλκοόλ και την διάγνωση μείζονος μονοπολικής κατάθλιψης (unipolar major depression).⁴⁴

Κάνναβη: Επίσης, η κάνναβη έχει βρεθεί να παίζει ρόλο στην ανάπτυξη ψυχικής ασθένειας, και ειδικότερα στην ανάπτυξη ψυχωτικής διαταραχής.⁴⁵ Μακρόχρονες, ευρείας κλίμακας μελέτες που ακολουθούν την ίδια ομάδα ατόμων στο γενικό πληθυσμό, έχουν δείξει ότι η κάνναβη είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση ψυχωτικής διαταραχής, περιλαμβανομένης της σχιζοφρένειας.^{46,47} Η Δ9-τετραϋδροκανναβινόλη (tetrahydrocannabinol) που είναι το κύριο συστατικό της κάνναβης, φαίνεται να μπορεί να προκαλεί ψυχωτικά συμπτώματα σε μη ψυχωτικά άτομα.⁴⁸ Ωστόσο, η κάνναβη μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εκδήλωσης σχιζοφρένειας, μόνο όταν μια συγκεκριμένη γενετική αλληλουχία είναι παρούσα, εκδήλωση ενός γονιδιακού πολυμορφισμού, κάτι που δείχνει τη ζωτική σημασία της αλληλεπίδρασης μεταξύ του βιολογικού και περιβαλλοντικού παράγοντα.⁴⁹

Στον ελληνικό πληθυσμό, τα αποτελέσματα περιγραφικής συναφειακής (cross-sectional) έρευνας στο γενικό πληθυσμό, που έγινε από τους Stefanis et al,⁵⁰ στηρίζουν τη θετική σχέση μεταξύ κάνναβης και σχιζοφρενικών συμπτωμάτων.

Κοκαΐνη: Η κοκαΐνη και τα διεγερτικά είναι ικανά για την πρόκληση βραχείας ψυχωτικής αντίδρασης και παρανοϊκών ιδεών.⁵¹ Υπάρχουν επίσης κάποιες ενδείξεις για εγκεφαλικές δυσλειτουργίες μετά από μακρόχρονη χρήση που θα μπορούσαν να παίζουν κάποιο ρόλο στην εκδήλωση σχιζοφρένειας,⁵² αλλά γενικότερα δεν υπάρχει αρκετή έρευνα για τη στήριξη ενός τέτοιου συμπεράσματος. Μακρόχρονη χρήση διεγερτικών φαίνεται επίσης να μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη και διαταραχές διάθεσης. Οι πιθανές αυτές επιδράσεις της κοκαΐνης και των διεγερτικών γενικότερα, σχετίζονται με την άμεση επίδρασή τους στο σύστημα ντοπαμίνης και την αυξημένη απελευθέρωσή της.⁵³

Τρίτος παράγοντας

Ο τρίτος παράγοντας, που είναι η κοινή αιτία της ψυχικής διαταραχής και της διαταραχής χρήσης ουσιών, μπορεί να είναι βιολογικός ή ψυχοκοινωνικός, να συνδέεται είτε με το ίδιο το άτομο και την προσωπική του ιστορία, είτε με το περιβάλλον του. Επομένως, στην κατηγορία αυτή πολλές διαφορετικές θεωρίες μπορεί να συμπεριληφθούν.

Γενετικός παράγοντας

Όσον αφορά τον γενετικό παράγοντα, παρότι σήμερα γνωρίζουμε ότι γενετικοί παράγοντες συντελούν είτε σε ψυχικές διαταραχές,⁵⁴ ή σε διαταραχές χρήσης ουσιών,⁵⁵ δεν μπορούμε να πούμε αν ο ίδιος κοινός αιτιολογικός γενετικός παράγοντας κρύβεται πίσω από τα διαφορετικά είδη διαταραχών. Χρειάζονται έρευνες που να εξετάζουν αν υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα διαταραχών χρήσης ουσιών στις οικογένειες ατόμων με ψυχική διαταραχή, ή αντιστρόφως αν υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα ψυχικών διαταραχών στις οικογένειες ατόμων με διαταραχές χρήσης ουσιών. Τα αποτελέσματα των μέχρι τώρα ερευνών είναι αντικρουόμενα και δεν επιτρέπουν την εξαγωγή ενός τέτοιου συμπεράσματος.⁴²

Νευροπαθολογία

Η νευροβιολογία των ατόμων με διπλή διάγνωση θα μπορούσε να είναι μια άλλη πιθανή εξήγηση για τα υψηλά ποσοστά εμφάνισης συννοσηρότητας.⁵⁶ Τα ίδια γνωστικά (cognitive) ελλείμματα και οι ίδιες βιολογικές ανωμαλίες έχουν παρατηρηθεί τόσο στα άτομα με σχιζοφρένεια, όσο και στα άτομα με διαταραχή χρήσης ουσιών.⁵⁷

Ωστόσο, το μεγαλύτερο ενδιαφέρον συγκεντρώνουν τα ευρήματα που δείχνουν ότι η υπερλειτουργία του συστήματος ντοπαμίνης φαίνεται να έχει ρόλο τόσο στη χρήση ουσιών, όσο και στη σχιζοφρένεια. Άμεσα ή έμμεσα όλες οι ουσίες επιδρούν στο σύστημα ντοπαμίνης και αυξάνουν την απελευθέρωσή της, κάτι που οδηγεί στις ευεργετικές επιδράσεις των ουσιών και ίσως στην έντονη επιθυμία για χρήση (craving).⁵⁸ Από την άλλη το σύστημα ντοπαμίνης φαίνεται να έχει κεντρικό ρόλο στη σχιζοφρένεια. Η δράση των αντιψυχωτικών φαρμάκων βασίζεται στη δέσμευση των υποδοχέων ντοπαμίνης,⁵⁹ ενώ ψυχω-

τικά συμπτώματα προκαλούνται και σε υγιή άτομα όταν τα επίπεδα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο αυξηθούν.⁶⁰ Τα παραπάνω προτείνουν ότι κάποια δυσλειτουργία στο σύστημα ντοπαμίνης μπορεί να ευθύνεται και για τα δύο είδη διαταραχών.

Πρόσφατα, οι Chambers et al⁶¹ εξηγούν με ποιο τρόπο νευροβιολογικές ανωμαλίες στον ιππόκαμπο και στο μετωπιαίο λοβό, οι οποίες εμφανίζονται στη σχιζοφρένεια, έχουν επίδραση στο κύκλωμα των νευρώνων που μεσολαβεί την ευεργετική επίδραση των ναρκωτικών, έτσι ώστε να ενισχύουν τις θετικές επιδράσεις και να αναστέλλουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς αναζήτησης ουσιών.

Τραυματική εμπειρία

Μία διαφορετική εκδοχή είναι ότι και τα δύο είδη διαταραχών είναι αποτέλεσμα κάποιας τραυματικής εμπειρίας που έχει συμβεί στο παρελθόν. Οι Kolodziej et al⁶² βρήκαν ότι το 21% των ατόμων με διάγνωση διπολικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών εμφάνιζε διαταραχή μετατραυματικού άγχους. Σε σύγκριση ατόμων με και χωρίς διαταραχή μετατραυματικού άγχους σε ένα δείγμα ατόμων με εξάρτηση από κοκαΐνη, τα άτομα με μετατραυματικό άγχος εμφάνισαν μεγαλύτερο αριθμό τραυματικών εμπειριών και υψηλότερα ποσοστά διαγνώσεων του άξονα I και II.⁶³

Ωστόσο, οι έρευνες αυτές δεν είναι αρκετές για να αποφανθούμε ότι προηγούμενη τραυματική εμπειρία είναι η αιτία και των δύο διαταραχών. Τα άτομα με διαταραχές χρήσης ουσιών μπορεί να έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν κάποια τραυματική εμπειρία και να έχουν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχή μετατραυματικού στρες όταν εκτεθούν σε τραυματική εμπειρία, λόγω των λιγότερο ανεπτυγμένων μηχανισμών αντιμετώπισης (coping mechanisms).⁶⁴ Το ίδιο ισχύει και για τα άτομα με ψυχική διαταραχή. Μακροχρόνιες έρευνες που θα ακολουθήσουν άτομα του γενικού πληθυσμού από την παιδική ηλικία έως την ενήλικη ζωή χρειάζονται ώστε να φανεί η χρονική ακολουθία μεταξύ τραυματικής εμπειρίας αφενός και των ψυχικών διαταραχών και διαταραχών χρήσης ουσιών αφετέρου για να οδηγηθούμε σε έγκυρα συμπεράσματα για το είδος της σχέσης.

Χαρακτηριστικά προσωπικότητας- Διαταραχή προσωπικότητας

Άλλοι τρίτοι κοινοί παράγοντες που θα μπορούσαν να είναι υπεύθυνοι και για τα δύο είδη διαταραχών είναι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Η παρορμητικότητα, η αναζήτηση έντονων συναισθημάτων⁶⁵ και η ευαισθησία στο άγχος⁶⁶ είναι χαρακτηριστικά προσωπικότητας που φαίνεται παίζουν ρόλο στις διαταραχές χρήσης ουσιών. Οι Castellanos & Conrod⁶⁷ όμως αναφέρουν ότι αυτά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας μπορούν να θεωρηθούν ως παράγοντες κινδύνου και για άλλα ψυχολογικά προβλήματα που εμφανίζονται ταυτόχρονα με τη χρήση ουσιών. Για παράδειγμα, η ευαισθησία στο άγχος συνδέεται με ψυχοπαθολογία σχετική με το άγχος,⁶⁸ ενώ η παρορμητικότητα και η αναζήτηση δυνατών συναισθημάτων με την αντικοινωνική συμπεριφορά και τις διαταραχές προσωπικότητας γενικότερα.^{69,70}

Πιο συγκεκριμένα, η σχέση μεταξύ της παρορμητικότητας (impulsivity) αφενός και των διαταραχών χρήσης ουσιών και των διαταραχών προσωπικότητας αφετέρου έχει απασχολήσει ιδιαίτερα. Σε συναφειακές (cross-sectional) έρευνες, έχει βρεθεί ότι τα άτομα που έχουν ταυτόχρονα διαταραχή χρήσης ουσιών και διαταραχές του άξονα II (κυρίως άτομα με μεθοριακή ή αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας), επιδεικνύουν μεγαλύτερη παρορμητικότητα.^{70,71}

Ωστόσο, αυτού του τύπου οι έρευνες που αναφέρονται παραπάνω δεν περιλαμβάνουν follow-up του δείγματος, ώστε να επιτρέπουν ένα συμπέρασμα για το είδος της σχέσης μεταξύ των χαρακτηριστικών προσωπικότητας και των διαφορετικού είδους διαταραχών. Η παρορμητικότητα θα μπορούσε απλά να θεωρηθεί ως ένα πρώτο σύμπτωμα διαταραχής προσωπικότητας, κάτι που θα οδηγούσε σε διαφορετική αιτιολογία της διπλής διάγνωσης: ότι δηλαδή οι διαταραχές χρήσης ουσιών είναι επακόλουθο ψυχιατρικής διαταραχής (διαταραχής του άξονα II στη συγκεκριμένη περίπτωση) και τότε η πρώτη υπόθεση που αναφέρθηκε παραπάνω για την ύπαρξη αιτιακής σχέσης θα ήταν αυτή που θα είχε ισχύ. Μάλιστα, μια πρόσφατη μακρόχρονη έρευνα βρήκε ότι η διαταραχή συμπεριφοράς (conduct disorder) και η διαταραχή προσωπικότητας στο ξεκίνημα της εφηβείας είναι παράγοντες πρόβλεψης για διαταραχή χρήσης ουσιών.⁷²

Τα παραπάνω ισχύουν και για τα άλλα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που αναφέρθηκαν προηγουμένως και όχι μόνο για την παρορμητικότητα.

Πολλαπλοί παράγοντες

Ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων που έχουν συντελέσει στη συννοσηρότητα ψυχικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών μπορεί να ανιχνευτεί στη βιβλιογραφία. Για παράδειγμα, ένας μεγάλος αριθμός περιβαλλοντικών μεταβλητών έχει συνδεθεί τόσο με τη χρήση ουσιών, όσο και με την κατάθλιψη. Τα οικογενειακά προβλήματα, ο ανεπαρκής οικογενειακός έλεγχος, το χρόνιο και άμεσο στρες και η χαμηλή κοινωνική τάξη έχουν συνδεθεί τόσο με τη χρήση ουσιών, όσο και με την κατάθλιψη.⁷³

Η μειωμένη γνωστική λειτουργία φαίνεται να συμβάλλει τόσο στην ανάπτυξη διαταραχή χρήσης ουσιών, όσο και ψυχικής ασθένειας.²³ Τα ποσοστά μειωμένης γνωστικής λειτουργίας επίσης εμφανίζονται υψηλότερα σε δείγμα ατόμων με διπλή διάγνωση, σε σύγκριση με άτομα που εμφανίζουν ένα είδος διαταραχής.⁷⁴

Η συννοσηρότητα οφείλεται στην τύχη

Η διαταραχή χρήσης ουσιών έχει διαφορετική αιτιολογία από αυτή της ψυχικής διαταραχής και επομένως η συννοσηρότητα είναι ένα τυχαίο γεγονός. Δεδομένου ότι και δύο είδη διαταραχής εμφανίζουν υψηλά ποσοστά, ένας σημαντικός αριθμός ατόμων θα βιώσει και τα δύο είδη διαταραχής στη βάση του παράγοντα «τύχη». Ωστόσο, εάν θεωρηθεί ότι η συννοσηρότητα των διαταραχών χρήσης ουσιών με τις ψυχικές διαταραχές είναι καθαρά θέμα τύχης, τότε αν η συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών χρήσης ουσιών στον πληθυσμό είναι p και αυτή των ψυχικών διαταραχών r , η συχνότητα εμφάνισης της συννοσηρότητας θα έπρεπε να είναι $p \times r$.⁷⁵

Στις μεγάλες όμως επιδημιολογικές μελέτες στο γενικό πληθυσμό,^{17-22,24} τα ποσοστά συννοσηρότητας είναι τόσο υψηλά, ώστε να μην μπορούν να αποδοθούν στην τύχη.

Το μοντέλο διπλής κατεύθυνσης

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, ο ασθενής υποφέρει από δυο διαφορετικές διαταραχές που η μία επιδεινώνει την άλλη, ανεξάρτητα από το ποια είναι η αιτία

τους.⁷⁶ Οι διαταραχές μπορεί να μην σχετίζονται μεταξύ τους, εννοώντας πως η πορεία της κάθε διαταραχής είναι ανεξάρτητη,⁷ είτε καθεμία να προδιαθέτει για την εμφάνιση της άλλης.⁷⁷

Από τα πιο χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η σχέση της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ με την κατάθλιψη και το άγχος. Μικρές ποσότητες αλκοόλ μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση της κατάθλιψης και του άγχους, έτσι ώστε άτομα που βιώνουν ένα από τα δύο να καταναλώνουν αλκοόλ, σύμφωνα με την υπόθεση αυτοχορήγησης φαρμακευτικής αγωγής (self-medication hypothesis) που αναφέρθηκε παραπάνω.^{38,39} Από την άλλη όμως, μακρόχρονη χρήση αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του άγχους και της κατάθλιψης, είτε ως στερητικό σύμπτωμα, είτε ως ψυχολογική αντίδραση κατά την ενεργή φάση της κατάχρησης αλκοόλ.^{78,79}

Οι Driessen et al⁸⁰ βρήκαν ότι η κατάθλιψη επηρεάζει το πέρασμα από τη χρήση αλκοόλ στην εξάρτηση από αυτό, αλλά όχι τα μετέπειτα στάδια όταν η εξάρτηση από το αλκοόλ έχει πλέον αναπτυχθεί. Οι Preuss et al⁸¹ βρήκαν ότι άτομα με εξάρτηση από αλκοόλ και διάγνωση κατάθλιψης ως ανεξάρτητη διαταραχή είχαν κάνει περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας, ήταν λιγότερο πιθανόν να πίνουν κατά τη διάρκεια της σοβαρότερης απόπειράς τους και είχαν λιγότερο σοβαρή εξάρτηση από το αλκοόλ απ' ό,τι άτομα με εξάρτηση από αλκοόλ και διάγνωση δευτερεύουσας κατάθλιψης προκαλούμενης από το αλκοόλ. Ωστόσο, άλλες έρευνες δεν βρήκαν καμία αλληλεπίδραση μεταξύ κατάθλιψης και αλκοόλ, σε follow-up ατόμων με εξάρτηση από αλκοόλ.⁸²

Η αξία του συγκεκριμένου μοντέλου έγκειται στο ότι η συνεμφάνιση κυρίας ψυχικής διαταραχής και διαταραχής χρήσης ουσιών μπορεί να αλλάξουν την παρουσία η μία της άλλης, κάνοντας τη διάγνωση και τη θεραπεία πιο δύσκολη.⁷ Έτσι, αυτό το μοντέλο επίσης τονίζει την αξία των μελετών για την επιδημιολογία και τη θεραπεία της διπλής διάγνωσης και δίνει έμφαση στο ότι η θεραπεία της μιας των δύο διαταραχών θα βελτίωνε την πορεία της άλλης.⁸³

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Τα χαρακτηριστικά της κλινικής εικόνας των ατόμων με διπλή διάγνωση και η δυσκολία τους να

εμπλακούν και να δείξουν συμμόρφωση με τη θεραπεία έχει ήδη παρουσιαστεί παραπάνω. Πρόκειται για ένα πληθυσμό που έχει αυξημένα προβλήματα, αλλά αντιστέκεται στη θεραπεία και επομένως η παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών για τα άτομα αυτά είναι ζωτικής σημασίας. Μέχρι σήμερα όμως δεν υπάρχει κάποιο μοντέλο θεραπείας που να είναι παγκόσμια αποδεκτό. Οι διαφορετικές προσεγγίσεις γύρω από την θεραπεία της διπλής διάγνωσης παρουσιάζονται παρακάτω με τα εξής μοντέλα:

1. Μοντέλο αλληλοδιαδοχής & παράλληλο μοντέλο.
2. Ενιαίο (ολοκληρωμένο) μοντέλο.

Το μοντέλο αλληλοδιαδοχής και το παράλληλο μοντέλο

Το μοντέλο αλληλοδιαδοχής αναφέρεται σε προγράμματα που παρέχουν αρχικά το ένα είδος θεραπείας (είτε για την ψυχιατρική διαταραχή είτε για τη διαταραχή εξάρτησης ουσιών) και στη συνέχεια προσφέρουν το επόμενο. Με άλλα λόγια υπάρχει διαδοχική παροχή υπηρεσιών για την ψυχική υγεία και για την κατάχρηση ουσιών. Το ποιο είδος θεραπείας παρέχεται πρώτο, εξαρτάται από την κάθε περίπτωση.

Στο παράλληλο μοντέλο, η φροντίδα του ασθενή παρέχεται ταυτόχρονα από τα δύο είδη υπηρεσιών, αυτών για την ψυχική υγεία και αυτών για τις διαταραχές χρήσης ουσιών. Η καλή επικοινωνία μεταξύ των διαφορετικών υπηρεσιών είναι απαραίτητο στοιχείο για την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας. Συχνή επαφή και ομοφωνία για τα βασικά στοιχεία του θεραπευτικού πλάνου αναμένεται να επιτυγχάνεται από αυτούς που παρέχουν την κάθε υπηρεσία. Ο ίδιος φορέας ή διαφορετικός μπορεί να παρέχει και τα δύο είδη υπηρεσίας.^{76,84}

Τα παραπάνω μοντέλα όμως έχουν σημαντικές αδυναμίες, ιδιαίτερα το μοντέλο αλληλοδιαδοχής. Το πιο ανησυχητικό γύρω από μοντέλο αυτό είναι ότι αγνοεί πως τα δύο είδη διαταραχών αλληλεπιδρούν και επομένως αν το ένα από τα δύο μείνει χωρίς θεραπεία μπορεί να επιδεινώσει την υπό θεραπεία διαταραχή. Μάλιστα το συγκεκριμένο μοντέλο έχει κατηγορηθεί ότι προσφέρει «δικαιολογίες» για την αποφυγή παροχής υπηρεσιών στον ασθενή. Για παράδειγμα ο ασθενής με διπλή διάγνωση μέχρι να λύσει το πρόβλημα χρήσης ουσιών που αντιμετωπίζει

δεν γίνεται δεκτός για θεραπεία από ομάδα επαγγελματιών για την ψυχική υγεία.

Επιπλέον, η προσέγγιση αυτή επιτρέπει στο σύστημα για την ψυχική υγεία και την κατάχρηση ουσιών να υπάρχουν ξεχωριστά, χωρίς να απαιτείται από το προσωπικό του κάθε χώρου να μάθει νέες δεξιότητες, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά και τα δύο είδη προβλημάτων.

Από την άλλη, το παράλληλο μοντέλο αποσκοπεί στον παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και είναι ένα βήμα μπροστά σε σχέση με το προηγούμενο μοντέλο. Ένα από τα πλεονεκτήματά του είναι ότι οι θεραπευτές που εμπλέκονται στο κάθε πεδίο, αρχίζουν να γίνονται πιο ενήμεροι και για το τι συμβαίνει στο άλλο.

Ωστόσο, το μεγάλο μειονέκτημα αυτού του μοντέλου είναι ότι συχνά η έλλειψη αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των ομάδων, έχει ως αποτέλεσμα να μην καλύπτονται αποτελεσματικά οι ανάγκες του ασθενή. Ένας από τους λόγους που η επικοινωνία μεταξύ των διαφορετικών υπηρεσιών εμφανίζεται δύσκολη είναι η διαφορετική φιλοσοφία τους. Υπάρχουν θεμελιώδεις διαφορές μεταξύ των υπηρεσιών για την ψυχική υγεία και για την κατάχρηση ουσιών, καθώς χρησιμοποιούν διαφορετικά είδη παρέμβασης. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας παρέχονται σε όλους ανεξαρτήτως, ενώ το ζήτημα της προσωπικής ευθύνης είναι κεντρικό για την παροχή υπηρεσιών για κατάχρηση ουσιών.

Άλλα προβλήματα σχετίζονται με τη χρηματοδότηση, καθώς σε κάποια συστήματα παροχής υπηρεσιών, απαγορεύεται κάποιος να κάνει χρήση δύο υπηρεσιών ταυτόχρονα. Μπορεί να υπάρχουν διοικητικά προβλήματα λόγω του ότι οι διαφορετικές υπηρεσίες ανήκουν σε διαφορετικούς οργανισμούς, δυσκολία όσον αφορά τη μετακίνηση και λόγω της μεγάλης απόστασης μεταξύ των υπηρεσιών, και της διαφορετικής κατάρτισης του προσωπικού. Γενικά, το μοντέλο αυτό δουλεύει καλύτερα σε μικρότερα συστήματα που περιλαμβάνουν και τα δύο είδη υπηρεσιών, έτσι ώστε διοικητικές και γραφειοκρατικές δυσκολίες να αποφεύγονται. Ένα τελευταίο μειονέκτημα είναι ότι μπορεί να δημιουργήσει στρες στον ασθενή σχετικά με το μεγάλο φόρτο θεραπείας που χρειάζεται να παίρνει ταυτόχρονα.^{10,76}

Τα παραπάνω εμπόδια των παραπάνω μοντέλων στην αποτελεσματική θεραπεία των ατόμων με δι-

πλή διάγνωση φαίνονται να στηρίζονται και ερευνητικά. Σε διαχρονικές μελέτες σε μεγάλο κλινικό δείγμα, βρέθηκε ότι τα θεραπευτικά προγράμματα για την κατάχρηση ουσιών πετυχαίνουν καλύτερα αποτελέσματα για τα άτομα με διπλή διάγνωση όταν έχουν έναν προσανατολισμό για τη θεραπεία αυτής της συγκεκριμένης ομάδας απ' ό,τι αυτά που δεν είχαν.^{85,86} Αντιστρόφως, η θεραπεία ατόμων με διπλή διάγνωση σε γενικό ψυχιατρικό τμήμα δεν επιφέρει τα επιθυμητά αποτελέσματα.⁸⁷

Ενιαίο (ολοκληρωμένο) μοντέλο

Το ενιαίο μοντέλο είναι αυτό που θεωρείται ότι μπορεί να ξεπεράσει τα εμπόδια και τους περιορισμούς των άλλων δύο μοντέλων στη θεραπεία της διπλής διάγνωσης. Τα ολοκληρωμένα προγράμματα θεραπείας ή προγράμματα για τα άτομα με διπλή διάγνωση συνδυάζουν ή ενσωματώνουν παρεμβάσεις για την ψυχική υγεία και την τοξικοεξάρτηση. Οι διαφορετικές αυτές υπηρεσίες γίνονται μέρος του ίδιου συνολικού κλινικού πακέτου και παρέχονται από τον ίδιο θεραπευτή ή ομάδα θεραπευτών σε μία συγκεκριμένη υπηρεσία που έχει τη δική της προσέγγιση και φιλοσοφία.

Ωστόσο, πρέπει να γίνει σαφές ότι δεν γίνεται απλά συνδυασμός των διαφορετικών παρεμβάσεων. Συχνά οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να τροποποιηθούν για να καλύψουν τις ανάγκες του συγκεκριμένου πληθυσμού. Για παράδειγμα, η ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων θα έχει διπλό νόημα, αφού δεν θα αποσκοπεί μόνο στη βελτίωση των σχέσεων αλλά και στην αποφυγή καταστάσεων με υψηλό κίνδυνο χρήσης ουσιών. Ο στόχος των υπηρεσιών αυτών θα πρέπει να είναι η θεραπεία και των δύο διαφορετικών καταστάσεων που το άτομο αντιμετωπίζει.⁴

Διαφορετικά είδη ολοκληρωμένων προγραμμάτων

Ένας μεγάλος αριθμός τέτοιων προγραμμάτων περιγράφεται στη βιβλιογραφία τα τελευταία 20 χρόνια. Από τα πρώτα ήταν του Minkoff⁸⁸ που πρότεινε το συνδυασμό του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου για την ψυχική ασθένεια με αυτό των 12 βημάτων για τις εξαρτήσεις. Ένα πιο πρόσφατο μοντέλο για άτομα με ψυχωτική διαταραχή και διαταραχή χρήσης ουσιών προτείνει την ενσωμάτωση γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας με την ψυχολογική και φαρμακολογι-

κή θεραπεία για τα ψυχωτικά συμπτώματα.⁸⁹ Μία διαφορετική πρόταση είναι η ενσωμάτωση προγράμματος για διπλή διάγνωση σε θεραπευτική κοινότητα.⁹⁰

Οι Oshoer & Kofoed⁹¹ έχουν προτείνει την ύπαρξη διαφορετικών σταδίων στα θεραπευτικά προγράμματα της διπλής διάγνωσης και η ίδια ιδέα προτάθηκε πρόσφατα σε σχετική καθοδήγηση που εκδόθηκε από το αγγλικό υπουργείο υγείας.⁹² Τα διαφορετικά αυτά στάδια περιλαμβάνουν:

- **Δέσμευση σε θεραπεία:** Η ανάπτυξη και διατήρηση μίας θεραπευτικής συμμαχίας μεταξύ προσωπικού και πελάτη
- **Αύξηση κινήτρου:** Συνέντευξη παροχής κινήτρων και συζήτηση μπορεί να δυναμώσει το κίνητρο και τη δέσμευση σε αλλαγή
- **Ενεργός θεραπεία:** Γίνεται συμφωνία με τον πελάτη για το ποιοι είναι οι αναμενόμενοι στόχοι θεραπείας και ακολουθεί ολοκληρωμένη θεραπεία για τα προβλήματα ψυχικής υγείας και κατάχρησης ουσιών
- **Πρόληψη της υποτροπής:** Όταν ο πελάτης απέχει από τις ουσίες ή τουλάχιστον έχει μειώσει τη χρήση τους, παρεμβάσεις για την πρόληψη και τη διαχείριση μελλοντικών υποτροπών (κατάχρησης ουσιών και ψυχικών προβλημάτων) πρέπει να ακολουθούν.

Αποτελεσματικότητα

Σε μία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, οι Drake et al⁴ εντόπισαν οχτώ στοιχεία που φαίνονται να έχουν σημασία στα προγράμματα διπλής διάγνωσης:

- **Στάδια θεραπείας:** Τα στάδια που περιγράφονται παραπάνω να βρίσκονται ενσωματωμένα στα προγράμματα αυτά
- **Δυναμικό street-working:** Σημαντικό για τη δέσμευση στη θεραπεία, ειδικά άστεγων ή γενικά αυτών που αποφεύγουν την επαφή με τις υπηρεσίες
- Παρεμβάσεις για την αύξηση κινήτρου
- **Συμβουλευτική:** ατομική, ομαδική ή θεραπεία οικογένειας
- **Παρεμβάσεις κοινωνικής υποστήριξης:** Ενδυνάμωση του κοινωνικού περιβάλλοντος των ασθενών, ώστε να υποστηρίξει την ενδυνάμωση συμπεριφοράς
- **Προοπτική μακροπρόθεσμης θεραπείας:** Η δυνατότητα συνέχισης της θεραπείας στην κοινότητα με

παρεμβάσεις αποκατάστασης, για πρόληψη της υποτροπής και άλλα επιπλέον οφέλη συνίσταται

- **Συνολική προσέγγιση:** Η αλλαγή πολλών τομέων στη ζωή του ασθενή, πέρα από τα συμπτώματα των δύο κύριων προβλημάτων, όπως: δραστηριότητα και συνήθειες, κατοικία, αντιμετώπιση του στρες, φίλοι
- Ευαισθησία στις διαφορετικές κουλτούρες.

Σε άλλη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, τα πιο αποτελεσματικά θεραπευτικά προγράμματα είναι αυτά που συνδυάζουν φαρμακολογική θεραπεία, εντατική διαχείριση κατά περίπτωση, συνέντευξη παροχής κινήτρων, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία και συμμετοχή της οικογένειας.⁹³

Όσον αφορά την αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων γενικότερα, κριτήρια απέναντι στα οποία έχουν βρεθεί αποτελεσματικά είναι: μείωση των εισαγωγών στο νοσοκομείο, της σοβαρότητας των ψυχιατρικών συμπτωμάτων, της συχνότητας χρήσης ουσιών, βελτίωση της ποιότητας ζωής και των συνθηκών κατοικίας.⁹⁴⁻⁹⁶ Ωστόσο, δεν βρέθηκε κάποιο συγκεκριμένο είδος ολοκληρωμένου προγράμματος να είναι πιο αποτελεσματικό από τα υπόλοιπα.⁹⁷

Σε μετα-ανάλυση που έγινε από το Cochrane Collaboration, βρέθηκε ότι τα προγράμματα που είναι σχεδιασμένα ειδικά για τα άτομα με διπλή διάγνωση, δεν φάνηκε να υπερτερούν από τη συνήθη περίθαλψη.⁹⁸ Τα αποτελέσματα αυτά σε συνδυασμό με το υψηλό κόστος τους αρχίζουν να θέτουν σε αμφισβήτηση την υπεροχή των ολοκληρωμένων προγραμμάτων για τη διπλή διάγνωση, ειδικά όταν απουσιάζουν τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες που να συγκρίνουν τα διαφορετικά μοντέλα. Ωστόσο, πρέπει να διευκρινιστεί ότι μόνο 6 μελέτες, από τις οποίες οι 4 ήταν μικρές, συμπεριλήφθηκαν στην παραπάνω μετα-ανάλυση.

Εφαρμογές

Ο τρόπος που η ολοκληρωμένη προσέγγιση παρέχεται στα άτομα με διπλή διάγνωση στην πράξη μπορεί να διαφέρει σημαντικά και εξαρτάται πολύ από διοικητικά και οργανωτικά θέματα. Εδώ αναφέρεται ενδεικτικά το παράδειγμα των ΗΠΑ και της Αγγλίας.

Στις ΗΠΑ το δημόσιο σύστημα ψυχικής υγείας και αυτό της τοξικοεξάρτησης είναι ανεξάρτητα μεταξύ

τους. Η εφαρμογή ολοκληρωμένης θεραπείας γίνεται με δύο τρόπους. Σε κάποιες Πολιτείες των ΗΠΑ γίνεται ενσωμάτωση παρεμβάσεων για τη διαταραχή χρήσης ουσιών σε ομάδες ψυχικής υγείας. Οι πρακτικές με τις οποίες γίνεται αυτό περιλαμβάνουν: εκπαίδευση του υπάρχοντος προσωπικού σε θέματα διαταραχής χρήσης ουσιών και πρόσληψη νέου προσωπικού, εξειδικευμένου στη χρήση ουσιών που προστίθεται στην υπάρχουσα ομάδα. Σε άλλες πολιτείες όμως, δημιουργούνται εξειδικευμένες νέες ομάδες εκπαιδευμένες ειδικά για τη διπλή διάγνωση.¹⁰

Στην Αγγλία, η θεραπευτική προσέγγιση βρίσκεται μεταξύ του παράλληλου και του ολοκληρωμένου μοντέλου. Το πλεονέκτημα αυτής της χώρας είναι ότι ένα σημαντικό μέρος των υπηρεσιών για τις διαταραχές χρήσης ουσιών παρέχονται από το σύστημα ψυχικής υγείας. Η Προσέγγιση του Προγράμματος Φροντίδας (Care Programme Approach) που έχει αναπτυχθεί εκεί, επιδιώκει το συντονισμό μεταξύ των ομάδων ψυχικής υγείας και των ομάδων για τη διαταραχή χρήσης ουσιών.^{99,15} Το πρόγραμμα αυτό βασίζεται μεταξύ άλλων σε ένα πρόγραμμα διαχείρισης των αναγκών του ασθενή που έχει αμοιβαία συμφωνηθεί και συχνές ανασκοπήσεις της προόδου του ασθενή.⁷⁶

Εμπόδια και πραγματιστικές παρεμβάσεις

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που δυσκολεύουν την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών για τη διπλή διάγνωση και τα περισσότερα προβλήματα υπάρχουν σε διεθνές επίπεδο. Σε πολλές χώρες, υπάρχει διαχωρισμός της χρηματοδότησης μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αυτών για τις διαταραχές χρήσης ουσιών. Δεν υπάρχει καλά εκπαιδευμένο προσωπικό και για τα δύο είδη διαταραχών, ενώ συχνά εντοπίζεται απροθυμία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα άτομα με συννοσηρότητα.

Χρειάζεται να υπάρξει δράση ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα υπηρεσιών που προσφέρεται για τα άτομα με διπλή διάγνωση. Απαιτείται στενή συνεργασία και συντονισμός μεταξύ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και αυτών για τη διαταραχή χρήση ουσιών. Η εκπαίδευση γύρω από τα θέματα διπλής διάγνωσης σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά προγράμματα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας μπορεί επίσης να φανεί ωφέλιμη.¹⁰⁰

Για παράδειγμα, θα οδηγήσει σε κατάλληλα καταρτισμένο προσωπικό και στην αλλαγή μη ευνοϊκών στάσεων για αυτήν την ομάδα ασθενών. Η πραγματοποίηση αποτελεσματικής αξιολόγησης απαιτείται ώστε και τα δύο είδη προβλημάτων να εκτιμώνται, με ιδιαίτερη έμφαση στους κινδύνους για τον κάθε ασθενή και στην ανάπτυξη σχεδίου για τη διαχείριση των ρίσκων αυτών. Τέλος, το ότι αυτός ο πληθυσμός έχει συχνά σοβαρά προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένων ηπατίτιδας Β, ηπατίτιδας C και λοίμωξης HIV, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη και χρειάζεται η υποβολή των ασθενών αυτών στις ανάλογες εξετάσεις και εμβόλια για την ανίχνευση και την πρόληψή τους.

Συμπεράσματα

Η συννοσηρότητα είναι ένα φαινόμενο που αποτελεί κλινική πραγματικότητα και όχι απλά μια θεωρητική κατασκευή και έχει σημαντικές επιπτώσεις στην κλινική πρακτική. Τα επιδημιολογικά στοιχεία, άλλωστε, δείχνουν ότι τα ποσοστά συννοσηρότητας είναι ιδιαίτερα υψηλά, για να μπορούν να αποδοθούν στην τύχη.

Οστόσο, είναι ένας πληθυσμός με πολλαπλές ανάγκες και κινδύνους και η ανάπτυξη αποτελεσματικών θεραπευτικών μοντέλων και παρεμβάσεων είναι ζωτικής σημασίας. Η κατανόηση των αιτιολογικών σχέσεων μεταξύ των δύο διαφορετικών διαταραχών είναι ένα ακόμα βήμα προς αυτήν την κατεύθυνση. Μεγάλη ερευνητική προσπάθεια λαμβάνει χώρα σε διεθνές επίπεδο γύρω από αυτό το θέμα τις δύο τελευταίες δεκαετίες.

Οι επαγγελματίες που δουλεύουν στον κλινικό χώρο οφείλουν να έχουν γνώση της στενής σχέσης των δύο διαταραχών και να δίνουν έμφαση στη διαχείριση των προβλημάτων γύρω από τη χρήση ουσιών. Η ανάπτυξη κατάλληλων δεξιοτήτων, η προσεκτική αξιολόγηση των αναγκών του κάθε ασθενούς και πάνω από όλα η στενή συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και αυτών στο χώρο των εξαρτήσεων είναι που μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερα αποτελέσματα.

Ευχαριστίες: Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το King's College, UK, που μας επέτρεψε την πρόσβαση στο έντυπο και ηλεκτρονικό υλικό που χρησιμοποιήθηκε για το παρόν άρθρο.

Comorbidity of substance use with mental disorders

V. Leonidaki and M. Maliori

A΄ Psychiatric Department, University of Athens, Eginition Hospital, Athens, Greece

Psychiatriki 2009, 20:17–34

This contribution reviews the international literature about dual diagnosis, meaning patients who have simultaneously mental health problems and substance use disorders and discusses epidemiology, clinical characteristics, but primarily etiopathogenesis and different treatment models and interventions. The epidemiological data coming from large-scale studies in the general population in USA, Australia and UK demonstrate the close relationship between mental health problems and substance use disorders. Also, the results from Greek research projects support this close relationship, but their research designs have significant limitations. Multiple and high risks are common in this population, like violent or suicidal behavior, self-harm, physical problems, while they appear less responsive to treatment. Subsequently, different models for etiopathogenesis of dual diagnosis have been suggested: (a) Causal relationship: secondary substance use disorder is subsequent of primary mental illness (self-medication hypothesis, supersensitivity model) or vice versa (alcohol, cannabis, and cocaine use trigger or contribute to development of mental illness). (b) Third factor as the cause of both mental and substance use disorders (genetic factor, neuropathology, traumatic experience, personality characteristics, multiple factors). (c) Comorbidity is due to chance. (d) Each disorder mutually exacerbates the other, regardless the cause. Here, the relationship between alcohol and depression is discussed further as example. The ideas and the research-evidence which support each of these models are presented. Also there is an overview of different treatment models: (a) Consecutive treatment: mental health treatment and substance misuse treatment are provided consecutively. (b) Parallel treatments: the patient attends programs of both mental health and substance use services simultaneously. (c) Integrated treatment: the same clinical team addresses both mental health issues and substance use disorders. The first two models have significant weaknesses due to lack of focus on the interaction of the different disorders or to administrative and managerial barriers. On the other hand, integrated programs appear to overcome these limitations. They use modified interventions provided by the same team in order to address the multiple needs of the patients. Different types of integrated programs are discussed. More pragmatist interventions should also be taken into consideration. It is expected that some direction for research and clinical practice to Greece will emerge from this contribution.

Key words: Dual diagnosis, comorbidity, mental disorders, substance use disorders.

References

1. Schmetzer AD. Deinstitutionalization and dual diagnosis. *J Dual Diagn* 2007, 3:95–102
2. Hall T, Lynskey M, Degenhardt L. The 12-month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian adults: Findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Addiction* 1999, 94:1541–1550
3. Kokkevi A, Loukadakis M, Plagianakou S, Politikou K, Stefanis C. Sharp increase in illicit drug use in Greece: Trends from a general population survey on licit and illicit drug use. *Eur Addict Res* 2000, 6:42–49
4. Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L et al. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001, 52:469–76
5. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophren Bull* 1998, 24:589–608
6. Thomson L. Clinical management of forensic psychiatry. *J Forens Psychiatry Psychol* 1999, 10:367–390

7. Lehnman AF, Myers P, Corty E. Assessment and Classification of Patients With Psychiatric and Substance Abuse Syndromes. *Hosp Commun Psychiatry* 1989, 40:1019–1025
8. Maremmani I, Pacini M, Pani P. The mental status of 1090 heroin addicts at entry into treatment: Should depression be considered a "dual diagnosis"? *Ann Gen Psychiatry* 2007, 6:31
9. Adamowski T, Hadrys T, Kiejna A. Comorbidity of psychiatric disorders. Clinical practice or theoretical concepts? *Advanc Clin Experiment Med* 2007, 16:303–307
10. Mueser K, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice*. New York, The Guilford Press, 2003
11. Phillips P, Johnson S. Drug and alcohol misuse among inpatients with psychotic illnesses in three inner-London psychiatric units. *Psychiatr Bull* 2003, 27:217–220
12. Soyka M, Albus M, Kathmann N, Finelli A, Hofstetter S, Holzbach R et al. Prevalence of alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1993, 242:362–372
13. Nocon A, Berge D, Astals M, Martin-Santos R, Torrens M. Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *Eur Addict Res* 2007, 13:192–200
14. Bartels SJ, Blow FC, Van Citters AD, Brockmann LM. Dual diagnosis among older adults: Co-occurring substance abuse and psychiatric illness. *J Dual Diagn* 2006, 2:9–30
15. Strathdee G, Manning V, Best D. Dual diagnosis in a primary care group (PCG). *A step-by-step epidemiological needs assessment and design of a training and service response model*. London, Department of Health and National Treatment Agency for Substance Misuse, 2002
16. Anthenelli RM. The initial evaluation of dual diagnosis patient. *Psychiatr Ann* 1994, 24:427–431
17. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd EH, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990, 264: 2511–2518
18. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: Implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry* 1996, 66:17–31
19. Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Huhges M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders among persons aged 15–54 in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994, 51:8–19
20. Grant B, Stinson FS, Dawson DA, Chou P, Dufour MC, Compton W et al. Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:807–816
21. Farrell M, Howes S, Taylor C, Lewis G, Jenkins R, Bebbington P et al. Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey. *Int Rev Psychiatry* 2003, 15:43–49
22. Teesson M, Hall W, Lynskey M, Degenhardt L. Alcohol- and drug- use disorders in Australia: implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Austr N Zealand J Psychiatry* 2000, 34:206–213
23. Mueser K, Drake R, Wallach M. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav* 1998, 23: 717–34
24. Farrell M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G et al. Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *Br J Psychiatry* 2001, 179:432–437
25. Regier DA, Kaebler CT. The Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program: Studying the prevalence and incidence of psychopathology. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GE (eds) *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York, Willey-Liss, 1995:135–157
26. Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E, Kostogianni C. Personality disorders in drug abusers: Prevalence and their association with Axis I Disorders as predictors of treatment retention. *Addict Behav* 1998, 3:841–853
27. Kokkevi A, Stefanis C. Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehens Psychiatry* 1995, 36:329–337
28. Stefanis CN, Kokkevi A. Depression and drug use. *Psychopathology* 1986, 19:124–131
29. Madianos MG, Gefou-Madianou D, Stefanis CN. Symptoms of depression, suicidal behaviour and use of substances in Greece: A nationwide general population survey. *Acta Psychiatr Scand* 1994, 89:155–166
30. Kessler RC. Epidemiology of Psychiatric Comorbidity. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GE (eds) *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York, Willey-Liss, 1995:179–197
31. Najavits LM, Weiss RD, Shaw SR. A clinical profile of women with posttraumatic stress disorder and substance dependence. *Psychol Addict Behav* 1999, 13:98–104
32. Swartz MS, Swanson JW, Hiday VA, Borum R, Wagner HR, Burns BJ. Violence and mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *Am J Psychiatry* 1998,155:226–231
33. Weiss KA, Smith TE, Hull JW, Piper AC, Hubbert JD. Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophr Bull* 2002, 28:341–349
34. Drake RE, Brunette MF. Complications of severe mental illness related to alcohol and other drug use disorders. In: Galanter M (ed) *Recent developments in alcoholism*. New York, Plenum, 1998:285–299
35. Brems C, Johnson ME, Burns R et al. Dual diagnosis: Variations across differing comorbid diagnoses. *J Dual Diagn* 2006, 2:109–129
36. Mcfarlane AC, Epidemiological evidence about the relationship between PTSD and alcohol abuse: The nature of the association. *Addict Behav* 1998, 23:813–825
37. Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, Walters EE, Swendsen JD, Aguilar-Gaziola S et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: Results of the international consortium in psychiatric epidemiology. *Addict Behav* 1998, 23:893–907
38. Khantzian EJ. The Self-medication hypothesis revised: the dually diagnosed patient. *Prim Psychiatry* 2003, 10:47–48, 53–54
39. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorders: reconsideration and recent applications. *Harvard Rev Psychiatry* 1997, 4:231–244
40. Hall DH, Queener JE. Self-medication hypothesis of substance use: Testing Kantzian's updated theory. *J Psychoact Drugs* 2007, 39:151–158
41. Goldsmith RJ. An integrated psychology for the addictions: Beyond the self-medication hypothesis. *J Addict Dis* 1993, 12:139–154

42. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev* 2007, 27:494–510
43. Edwards G, Marshall EJ, Cook C. *The treatment of drinking problems: A guide for the helping professions*. Cambridge, Cambridge University Press, 2003
44. Raimo EB, Schuckit MA. Alcohol dependence and mood disorders. *Addict Behav* 1998, 23:933–946
45. Arsenault L, Cannon M, Witton J, Murray R. Cannabis as a potential factor in schizophrenia. In: Castle D, Murray R (eds) *Marijuana and madness: psychiatry and neurobiology*. Cambridge, Cambridge University Press, 2004:101–118
46. Arsenault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffit T. Cannabis use in adolescence and the risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *Br Med J* 2002, 325:1212–1213
47. Van Os J, Bak M, Bijl RV, De Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol* 2002, 156:319–327
48. Sundram S, Dean B, Copolov D. The endogenous cannabinoid system in schizophrenia. In: Castle D, Murray R (eds) *Marijuana and madness: psychiatry and neurobiology*. Cambridge, Cambridge University Press, 2004:127–141
49. Caspi A, Moffit TE, Cannon M, McClay J, Murray R, Harrington H et al. Moderation of the effects of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-o-methyltransferase gene: Longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry* 2005, 57:1117–1127
50. Stefanis NC, Delespaul P, Henquet C, Bakoula C, Stefanis CN, Van Os J. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction* 2004, 99:1333–1341
51. Leonard BE. *Fundamentals of psychopharmacology*. Chichester, John Wiley, 2003
52. Angelucci F, Ricci V, Pomponi M, Conte G, Mathe AA, Attilio Tonali P et al. Chronic heroin and cocaine abuse is associated with decreased serum concentrations of the nerve growth factor and brain derived neurotrophic factor. *J Psychopharmacol* 2007, 21:820–825
53. Stahl SM. *Essential pharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge, United States, 2000
54. Baron M, Endicott J, Ott J. Genetic linkage in mental illness. Limitations and prospects. *Br J Psychiatry* 1990, 157:645–655
55. Hurd YL. Perspectives on current directions in the neurobiology of addiction disorders relevant to genetic risk factors. *Cns Spectrums* 2006, 11:855–862
56. Gonzales JJ, Inzel TR. The conundrum of co-occurring mental and substance use disorders: Opportunities for research. *Biol Psychiatry* 2004, 56:723–725
57. Tracy JI, Josiassen RC, Bellack AS. Neuropsychology of dual diagnosis: Understanding the combined effects of schizophrenia and substance use disorders. *Clin Psychol Rev* 1995, 15:67
58. Franken IH, Booij J, van den Brink W. The role of dopamine in human addiction: from reward to motivated attention. *Eur J Pharmacol* 2005, 526:199–206
59. Kapur S, Mizrahi R, Ming L. From dopamine to salience to psychosis-linking biology, pharmacology and phenomenology of psychosis. *Schizophr Res* 2005, 79:59–68
60. Abi-Saab WM, D'Souza DC, Moghaddam B, Krystal JH. The NMDA antagonist model for schizophrenia: promise and pitfalls. *Pharmacopsychiatry* 1998, 31:104–109
61. Chambers RA, Krystal JH, Self DW. A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2001, 50:71–83
62. Kolodziej ME, Griifin ML, Najavitis LM, Otto MW, Greenfield SF, Weiss RD. Anxiety disorders among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders. *Drug Alcohol Depend* 2005, 80:251–257
63. Back S, Dansky BS, Coffey SF, Sonne S, Brady KT. Cocaine dependence with and without post-traumatic stress disorder: A comparison of substance use, trauma history and psychiatric comorbidity. *Am J Addict* 2000, 9:51–62
64. Chilcoat HD, Breslau N. Investigations of causal pathways between PTSD and drug use disorders. *Addict Behav* 1998, 23:827–840
65. Sarraon C, Verdoux HM, Schmitt L, Bourgeois M. Addiction and personality traits: Sensation seeking, anhedonia, impulsivity. *Encephale* 1999, 25:569–575
66. Stewart SH, Kusher MG. Introduction to the special issues on "Anxiety sensitivity and addictive behaviors". *Addict Behav* 2001, 26:775–785
67. Castellanos N, Conrod P. Brief interventions targeting personality risk factors for adolescent substance misuse reduce depression, panic and risk-taking behaviours. *J Mental Hlth* 2006, 15:645–658
68. Schmidt, NB, Lerew DR, Jackson RJ. The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *J Abnorm Psychol* 1997, 106:355–364
69. Martens WH. Dimensions of pathological lying in individuals with antisocial personality disorder. *Am J Forens Psychiatry* 2006, 27:59–71
70. Dom G, Wilde B, Hulstijn W, van Den Brink W, Sabbe B. Behavioural aspects of impulsivity in alcoholics with and without a cluster-B personality disorder. *Alc Alc* 2006, 41:412–420
71. Rudio G, Jimenez M, Rodriguez-Jimenez R, Martinez I, Iribarren MM, Jimenez-Arriero MA et al. Varieties of impulsivity in males with alcohol dependence: the role of cluster-B personality disorder. *Alc Clin Experiment Res* 2007, 31:1826–1832
72. Cohen P, Chen H, Crawford TN et al. Personality disorders in early adolescence and the development of later substance use disorders in the general population. *Drug Alc Depend* 2007, 88:S71–S84
73. Volkow ND. The reality of comorbidity: Depression and drug abuse. *Biol Psychiatry* 2004, 56:714–717
74. Manning V, Wanigaratne S, Best D, Strathdee G, Schrover I, Gossop M. Screening for cognitive functioning in psychiatric outpatients with schizophrenia, alcohol dependence, and dual diagnosis. *Schizophr Res* 2007, 91:151–158
75. Rhee SH, Hewitt JK, Corley R, Willcutt EG, Pennington BF. Testing hypotheses regarding the causes of comorbidity: examining the underlying deficits of comorbid disorders. *J Abn Psychol* 2005, 114:346–362
76. Ghodse H. *Drugs and addictive behavior: A guide to treatment*. Cambridge, Cambridge, 2002
77. Wittchen HU, Perkonig A, Reed V. Comorbidity of mental disorders and substance use disorders. *Eur Addict Res* 1996, 2:36–47

78. Allan CA. Alcohol problems and anxiety disorders. A critical review. *Alc Alcohol* 1995, 30:145–151
79. Baving L, Olbrich H. Alcoholism and depression. *Eur Addict Res* 1996, 2:29–35
80. Driessen M, Arolt V, John U, Veltrup C, Dilling H. Psychiatric comorbidity in hospitalized alcoholics after detoxification treatment. *Eur Addict Res* 1996, 2:17–23
81. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, Danko GP, Dasher AC, Hesselbrock MN. A comparison of alcohol-induced and independent depression in alcoholics with histories of suicide attempts. *J Stud Alc* 2002, 63:498–502
82. Hodgins DC, El-Guebaly N, Armstrong S, Dufour M. Implications of depression on outcome from alcohol dependence: A 3-year prospective follow-up. *Alcohol Clin Experiment Res* 1999, 23:151–157
83. Nunes EV, Deliyannides DA. Research issues in dual diagnosis. In: Solomom J, Zimberg S, Shollar E (eds) *Dual diagnosis: Evaluation, treatment, training and program development*. New York, Plenum, 1993:287–309
84. Kranzler HR, Rosenthal RN. Dual diagnosis: Alcoholism and co-morbid psychiatric disorders. *Am J Addict* 2003, 12(Suppl 1):S26–S40
85. Moggi F, Ouimette PC, Finney JW, Moos RH. Effectiveness of treatment for substance abuse and dependence for dual diagnosis patients: A model of treatment factors associated with one-year outcomes. *J Stud Alc* 1999, 60:856–866
86. Grella CE, Stein JA. Impact of program services on treatment outcomes of patients with comorbid mental and substance use disorders. *Psychiatr Serv* 2006, 57:1007–1015
87. Case N. The dual-diagnosis patient in a psychiatric day treatment program: A treatment failure. *J Subst Abuse Treatm* 1991, 8:69–73
88. Minkoff K. An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hosp Commun Psychiatry* 1989, 40:1031–1036
89. Kavanagh DJ, Young R, Boyce L, Clair A, Sitharthan T, Clark D et al. Substance Treatment Options in Psychosis (STOP): A new intervention for dual diagnosis. *J Mental Hlth* 1998, 7:135–143
90. Kandel Y. Treatment program for dual-diagnosis substance abusers. *Arch Psychiatry Psychother* 2007, 9:61–67
91. Oshoer FC, Kofoed LL. Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance abuse disorders. *Hosp Commun Psychiatry* 1989, 40:1025–1030
92. Alcohol Concern: The National Agency on Alcohol Misuse, Mental Health & Alcohol Misuse Project Briefing: Dual Diagnosis and Alcohol: 2002. Available from: http://www.alcoholconcern.org.uk/files/20030811_172403_dualdiagnosisbriefing.pdf
93. Tsuang J, Fong TW. Treatment of patients with schizophrenia and substance abuse disorders. *Curr Pharmaceut Des* 2004, 10:2249–2261
94. Moggi F, Brodbeck J, Koltzsch K, Hirsbrunner HP, Bachmann KM. One-year follow-up of dual diagnosis patients attending a 4-month integrated inpatient treatment. *Eur Addict Res* 2002, 8:30–37
95. Granholm E, Anthenelli R, Monteiro R, Sevcik J, Stoler M. Brief integrated outpatient dual-diagnosis treatment reduces psychiatric hospitalizations. *Am J Addict* 2003, 12:306–313
96. Judd PH, Thomas N, Schwartz T, Outcalt A, Hough R. A dual diagnosis demonstration project: Treatment outcomes and cost analysis. *J Psychoact Drugs* 2003, 35(Suppl 1):181–192
97. Tiet QQ, Mausbach B. Treatments for patients with dual diagnosis: A review. *Alcohol Clin Experiment Res* 2007, 31:513–536
98. Jeffery DP, Ley A, McLaren S, Siegfied N. *Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse (Review)*. The Cochrane Collaboration, 2007:4 (Review)
99. Farrell M, Marshall J. Organization and delivery of treatment services for dual diagnosis. *Psychiatry* 2006, 6:34–36
100. Keys CB, Fletcher RJ, Holmes PA, Schloss PJ. Bridging the two cultures of dual diagnosis: Research and service. *Res Development Disabil* 1989, 10:277–284

Αλληλογραφία: Β. Λεωνιδάκη, Ψυχολόγος Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Βασ. Σοφίας 72, 115 28 Αθήνα
 Τηλ.: 0044 7760 3699 30
 e-mail: venetia.leonidaki@iop.kcl.ac.uk