Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 404: 1–17
Published ahead of print 15 October 2026
www.psychiatriapolska.pl
ISSN 0033-2674 (PRINT), ISSN 2391-5854 (ONLINE)
DOI: https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/230956

Współwystępowanie schizofrenii i uzależnień – diagnoza i postępowanie. Wytyczne Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Część III. Postępowanie w sytuacjach szczególnych. Polskie wytyczne dotyczące leczenia pacjentów z podwójną diagnozą

Co-occurrence of schizophrenia and substance use disorders – diagnosis and management. Guidelines of the Expert Group of the Polish Psychiatric Association. Part III. Management in special situations. Polish guidelines for the treatment of patients with dual diagnosis

Agata Szulc[1], Adam Wichniak[2], Dominika Dudek[3], Piotr Gałecki[4], Napoleon Waszkiewicz[5], Marcin Wojnar[6], Jerzy Samochowiec[7]

[1] Klinika Psychiatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

[2] III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

[3] Katedra Psychiatrii i Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

[4] Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

[5] Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

[6] Katedra i Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny

[7] Katedra i Klinika Psychiatrii, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

Summary

The third part of the guidelines of the Polish Psychiatric Association presents principles for the management of patients with schizophrenia and co-occurring substance use disorder (dual diagnosis). The authors emphasize that effective treatment requires an integrated care model

led by a single multidisciplinary team, ensuring continuity of care, assessment of adherence to treatment recommendations, and consideration of psychosocial factors. A key element is relapse prevention through monitoring early warning signs, implementing individualized action plans, appropriate pharmacotherapy (including long-acting antipsychotics for patients with poor adherence), concurrent treatment of substance use disorder, and active family support. The guidelines also discuss management in specific situations, such as pregnancy, adolescence, advanced age, and comorbid somatic diseases, highlighting the need for individualized therapy and close collaboration among specialists. Treatment effectiveness should be assessed in a multidimensional manner – through control of schizophrenia symptoms, reduction in substance use, and improvement in quality of life and social functioning. The document concludes with a set of practical recommendations covering diagnosis, pharmacotherapy, psychotherapy, safety monitoring, and strategies for harm reduction and relapse prevention.

Słowa klucze: zalecenia, podwójna diagnoza

Key words: guidelines, dual diagnosis

Ocena ryzyka i planowanie terapii

Współwystępowanie zaburzeń psychicznych i uzależnienia (podwójna diagnoza; *Dual Diagnosis* – DD) często wiąże się z gorszymi wynikami klinicznymi, takimi jak wyższy odsetek nawrotów i ponownych hospitalizacji, co znajduje też odzwierciedlenie w większym nasileniu choroby. Badania sugerują również możliwość gorszego przestrzegania zaleceń terapeutycznych w grupie pacjentów ze współwystępującymi zaburzeniami spowodowanymi używaniem substancji psychoaktywnych (*Substance Use Disorder* – SUD) – potwierdzają tę obserwację większa liczba przepisanych leków przeciwpsychotycznych i krótszy czas do przerwania leczenia w porównaniu z grupą bez SUD. Inne dane wykazały, że schizofrenia współwystępująca z SUD wiąże się nie tylko z gorszym przestrzeganiem zaleceń dotyczących przyjmowania leków, lecz także z gorszą tolerancją i reakcją na leki w zakresie objawów pozytywnych, negatywnych, ogólnej psychopatologii, depresji i ogólnego funkcjonowania [1]. Może to skutkować przepisywaniem przez lekarzy większej liczby leków przeciwpsychotycznych w celu znalezienia najlepszej kombinacji dla tych pacjentów. Spośród używanych substancji zaburzenia związane z używaniem konopi indyjskich łączyły się z większym nasileniem choroby w momencie rozpoczęcia leczenia i przepisywaniem bardziej specyficznych leków przeciwpsychotycznych, co może wskazywać na gorszą tolerancję leków w porównaniu ze schizofrenią bez SUD.

Postawiono hipotezę, że pacjenci ze schizofrenią i SUD mogą szybciej osiągnąć stabilizację podczas hospitalizacji w stanie ostrym w porównaniu z pacjentami bez SUD, ponieważ nadużywanie substancji psychoaktywnych może tymczasowo nasilać objawy albo też pacjenci ze współwystępującymi zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych częściej mają schizofrenię z lepszym rokowaniem.

Biorąc pod uwagę wysoką częstość występowania schizofrenii z towarzyszącymi SUD, istotne jest, aby leczenie pacjentów z DD było ukierunkowane na objawy obu zaburzeń. Tradycyjne interwencje dotyczące zaburzeń psychicznych różnią się od programów terapii dedykowanych SUD. Interwencje dla pacjentów z DD często nie

są realizowane w ramach jednego podmiotu świadczącego usługi w zakresie zdrowia psychicznego, co powoduje, że pacjenci sami muszą koordynować opiekę między różnymi podmiotami świadczącymi usługi, a to prowadzi do wysokiego odsetka osób rezygnujących z leczenia. Badania podkreślają znaczenie świadczenia usług w zakresie kompleksowej opieki nad pacjentami zamiast specjalistycznych terapii ukierunkowanych na pojedyncze zaburzenie, gdyż współwystępowanie zaburzeń psychicznych jest często normą, a nie wyjątkiem [2].

Jako że nie ma wyraźnej granicy oddzielającej problemy związane z SUD od problemów społecznych i objawowych związanych ze schizofrenią, leczenie DD musi być zintegrowane z szerszym i opartym na współpracy podejściem, które prawdopodobnie poprawi wyniki i obniży koszty. Ten zintegrowany model wymaga multidyscyplinarnej obserwacji, aby jednocześnie zająć się aspektami psychologicznymi, medycznymi i społecznymi pacjentów i ich rodzin, zwiększając w ten sposób ciągłość wsparcia.

Ponieważ nieprzestrzeganie zaleceń lub częściowe ich przestrzeganie może prowadzić do zwiększonego ryzyka nawrotu i (ponownej) hospitalizacji, dodatkową wartościową strategią w wypadku DD może być przepisywanie leków o długim okresie półtrwania, w uproszczonych dawkach i drogach podania, które ułatwiają przestrzeganie zaleceń terapeutycznych [3].

Podwójna diagnoza łączy się z niekorzystnymi skutkami społecznymi lub psychopatologicznymi, takimi jak obniżona jakość życia związana ze zdrowiem psychicznym (*Health-related Quality of Life* – HRQOL), traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa, wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie, diagnozy dotyczące konkretnych narkotyków, próby samobójcze, problemy medyczne, wielokrotne diagnozy SUD, zaniedbanie w dzieciństwie, powtarzające się traumy w wieku dorosłym oraz ograniczone wsparcie społeczne [4–8].

W związku z tym planowanie terapii powinno uwzględniać wszystkie ryzyka, z których jednym z najważniejszych jest brak współpracy w leczeniu schizofrenii, a co za tym idzie, w leczeniu uzależnienia. Problemy socjalne są również tego konsekwencją. Stąd konieczność kompleksowej oceny stanu psychicznego, nasilenia choroby, współpracy w terapii, stopnia uzależnienia i sytuacji psychologiczno-społecznej pacjenta.

Podstawą skuteczności leczenia jest integracja wszystkich oddziaływań w ramach jednego zespołu i jednej placówki (tab. 1).

Tabela 1. **Zalecenia kliniczne dotyczące modeli opieki i planowania terapii**

Obszar	Zalecenie kliniczne	Klasa	Poziom
Model opieki	Priorytetowe traktowanie modelu zintegrowanego (jednoczesne leczenie obu zaburzeń w jednej placówce) nad sekwencyjnym	I	A
Personel medyczny	Prowadzenie opieki przez jeden zespół wielospecjalistyczny; wymóg wiedzy specjalistycznej personelu z obu dziedzin (leczenie schizofrenii i uzależnień)	I	B
Ciągłość opieki	Zapewnienie stabilnego, długofalowego prowadzenia pacjenta i unikanie przerw w leczeniu	I	B

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Ocena psychospołeczna	Rozszerzenie wywiadu o historię doświadczeń traumatycznych w dzieciństwie, bezdomności oraz ocenę jakości życia (HRQOL)	IIa	B
Adherencja	Aktywna ocena stopnia adherencji do zaleceń terapeutycznych jako kluczowego predyktora ryzyka nawrotu i rehospitalizacji	I	B

HRQOL (*Health-related Quality of Life*) – jakość życia związana ze zdrowiem

Legenda:

- Klasa I: zaleca się (postępowanie korzystne i skuteczne).
- Klasa IIa: należy rozważyć (postępowanie użyteczne).
- Poziom A: dane z wielu RCT/metaanaliz.
- Poziom B: dane z jednego RCT lub dużych badań bez randomizacji.
- Poziom C: konsensus ekspertów/małe badania.

Zapobieganie nawrotom w podwójnej diagnozie: schizofrenia i zaburzenia używania substancji

Założenia i cele długoterminowej prewencji nawrotów

Nawrót w DD ma zwykle charakter sprzężenia zwrotnego: nawrót używania substancji zwiększa ryzyko dekompensacji psychotycznej, a pogorszenie stanu psychicznego nasila podatność na kompensacyjne używanie substancji (*self-medication*), obniża adherencję i zwiększa ekspozycję na czynniki środowiskowe związane z używaniem substancji. Z tego powodu strategie prewencji nawrotów powinny być uwzględniane od początku leczenia jako element zintegrowanego planu terapeutycznego, obejmującego równolegle: (1) stabilizację stanu psychicznego, (2) leczenie SUD, (3) redukcję szkód i leczenie powikłań somatycznych, (4) wsparcie funkcjonowania i reintegracji społecznej [9–12].

Celem długoterminowej prewencji jest ograniczenie: (1) nawrotów psychozy (zwykle manifestujących się nasileniem objawów pozytywnych, dezorganizacją i pogorszeniem funkcjonowania), (2) nawrotów SUD (wzrost *cravingu*, powrót do używania, zmiana wzorca używania, utrata kontroli), oraz (3) tzw. nawrotów funkcjonalnych (obniżenie aktywności, wycofanie społeczne, utrata pracy/edukacji, pogorszenie relacji). Skuteczna prewencja wymaga równoczesnego monitorowania wszystkich trzech domen i szybkich interwencji w fazie prodromalnej [10–13].

Strategie długoterminowej prewencji nawrotów – komponenty kliniczne

Wytyczne i modele opieki nad DD podkreślają kilka stałych komponentów skutecznej prewencji nawrotów, takich jak: ciągłość i koordynacja opieki (*case management*), minimalizacja przerw w leczeniu, planowanie opieki kryzysowej, systematyczne monitorowanie ryzyka oraz stabilna, możliwie prosta farmakoterapia z naciskiem na adherencję [9–12].

Monitorowanie, wczesne wykrywanie i plan działania

Podstawą jest zdefiniowanie indywidualnej „sygnatury nawrotu" (*relapse signature*), czyli zestawu wczesnych sygnałów ostrzegawczych po stronie psychozy i uzależnienia. Typowe wskaźniki prodromalne obejmują: pogorszenie snu, narastanie lęku i drażliwości, wycofanie społeczne, spadek aktywności, wzrost podejrzliwości, nasilenie używania (częściej/więcej), wzrost *cravingu*, powrót do kontaktów ze „środowiskiem używania", zaniechanie wizyt i/lub zmiany w przyjmowaniu leków. Dla każdego pacjenta należy opracować prosty plan działania: kto kontaktuje się z kim, w jakim czasie, jakie interwencje są wdrażane (np. pilna wizyta, modyfikacja dawki leku, zwiększenie częstości kontaktów, detoksykacja/oddział dzienny) oraz jakie są progi eskalacji do leczenia całodobowego [10–13].

W praktyce warto stosować krótkie narzędzia monitorujące (checklista tygodniowa) oraz regularną ocenę ryzyka co 4–8 tygodni w stabilnym okresie i częściej w okresach zwiększonego ryzyka (zmiany życiowe, stres, pogorszenie snu, konflikty rodzinne, zmiana leczenia). Monitorowanie powinno obejmować również parametry somatyczne (metabolizm, wątroba, serce), ponieważ pogorszenie stanu somatycznego zwiększa ryzyko przerwania leczenia i używania substancji [9, 10].

Farmakoterapia jako filar prewencji nawrotów (adherencja, leki w postaci o przedłużonym działaniu, bezpieczeństwo)

Najsilniejszym, modyfikowalnym czynnikiem ryzyka nawrotu psychozy pozostaje przerwanie lub nieregularne przyjmowanie leczenia przeciwpsychotycznego. U pacjentów z DD ryzyko nieadherencji jest szczególnie wysokie, dlatego wytyczne akcentują konieczność strategii wzmacniających ciągłość farmakoterapii, w tym rozważenia iniekcji o przedłużonym działaniu (*Long-acting Injections* – LAI) u pacjentów z nawrotami związanymi z przerwami w leczeniu lub chaotycznym stylem życia [9, 10, 12, 14].

Dobór leku powinien dodatkowo uwzględniać profil tolerancji w długim okresie (metabolizm, sedacja, objawy pozapiramidowe/akatyzja, prolaktyna) oraz ryzyko interakcji z substancjami psychoaktywnymi. Działania niepożądane zwiększają ryzyko samowolnych przerw i w konsekwencji nawrotów. W praktyce klinicznej prewencja nawrotów obejmuje: systematyczne pytanie o adherencję, upraszczanie schematów, leczenie działań niepożądanych, psychoedukację farmakologiczną oraz – gdy to zasadne – zmianę leku na lepiej tolerowany. U pacjentów z nawracającymi psychozami indukowanymi substancją, nasilonym *cravingiem* i dominacją objawów negatywnych można rozważać strategie mechanistyczne ukierunkowane na domeny nagrody/impulsywności (uwzględniające działanie na receptory D3) jako element wspierający stabilność długoterminową [15–18].

Leczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych i redukcja szkód jako element prewencji nawrotów

Prewencja nawrotów w DD wymaga równoległego planu ograniczającego ryzyko nawrotu SUD. W zależności od substancji obejmuje to: farmakoterapię specyficzną (np. w AUD), leczenie substytucyjne (w OUD), działania ukierunkowane na sen i lęk (bezpieczne w DD) oraz interwencje niefarmakologiczne zwiększające stabilność (m.in. strukturyzacja dnia, aktywizacja, ograniczenie ekspozycji na bodźce wyzwalające). W podejściu *harm reduction* ważne jest definiowanie etapowych celów (redukcja szkód → redukcja używania → abstynencja), co zmniejsza ryzyko utraty kontaktu z leczeniem i pośrednio redukuje nawroty psychozy [9–12].

U pacjentów z wysokim ryzykiem nawrotów należy rozważyć „plan środowiskowy": ograniczenie dostępu do substancji psychoaktywnych, zmianę wzorca kontaktów, strategie unikania sytuacji wysokiego ryzyka, a także szybkie ścieżki interwencji w razie nawrotu (np. detoksykacja, programy dzienne, krótkoterminowe leczenie stacjonarne).

Wsparcie rodziny i środowiska pacjenta

Wsparcie rodziny i najbliższego otoczenia jest jednym z kluczowych czynników w procesie utrzymania leczenia i redukcji nawrotów w DD. Wytyczne akcentują konieczność włączania rodziny (za zgodą pacjenta) w plan opieki, zwłaszcza w takich obszarach, jak: rozpoznawanie wczesnych sygnałów pogorszenia, wspieranie adherencji, organizacja bezpiecznego środowiska oraz szybkie reagowanie na kryzysy [9, 10, 12, 14].

Praktyczne elementy wsparcia rodziny i środowiska obejmują: (1) krótką psychoedukację dotyczącą przebiegu choroby, wpływu substancji psychoaktywnych na objawy psychozy i ryzyko nawrotu; (2) uzgodnione zasady komunikacji w kryzysie (kogo informować, kiedy wzywać pomoc); (3) wspólne opracowanie planu ograniczania ekspozycji na substancje (np. unikanie sytuacji wysokiego ryzyka, zabezpieczenie leków, ograniczenie dostępu do alkoholu w domu); (4) wsparcie logistyczne (transport na wizyty, przypomnienia o lekach, pomoc w organizacji dnia); (5) wsparcie w reintegracji społecznej (praca/edukacja, mieszkanie, świadczenia).

Należy jednocześnie pamiętać o ryzyku przeciążenia opiekunów oraz o potrzebie wsparcia dla rodziny (np. konsultacje, grupy wsparcia, opieka wytchnieniowa). Utrzymanie stabilności środowiskowej i redukcja konfliktów rodzinnych zmniejszają ryzyko nawrotów oraz wspierają trwałość efektów leczenia [10, 14].

Podsumowanie – pakiet minimum prewencji nawrotów w podwójnej diagnozie

W praktyce klinicznej użyteczne jest sformułowanie „pakietu minimum" dla każdego pacjenta z DD: (1) zdefiniowana sygnatura nawrotu plus plan działania (kroki i kontakty); (2) strategia ciągłości farmakoterapii (w tym rozważenie LAI i łagodzenia działań niepożądanych); (3) równoległy plan leczenia SUD z celami etapowymi

i elementami redukcji szkód; (4) regularny monitoring ryzyka oraz szybka ścieżka eskalacji opieki; (5) włączenie rodziny/środowiska w rozpoznawanie wczesnych sygnałów i reagowanie. Tak zorganizowana prewencja nawrotów odpowiada na lukę wytycznych w obszarze farmakoterapii i zwiększa szanse utrzymania stabilności klinicznej i funkcjonalnej w długim okresie (tab. 2) [9–12, 14].

Tabela 2. **Zalecenia kliniczne dotyczące zapobiegania nawrotom i monitorowania**

Obszar	Zalecenie kliniczne	Klasa	Poziom
Wczesne rozpoznanie	Indywidualne zdefiniowanie „objawów zwiastunowych" i opracowanie pisemnego planu działania w razie ich wystąpienia	I	B
Monitorowanie	Ocena czynników ryzyka i stanu somatycznego. Kontrola parametrów wątrobowych, nerkowych i EKG	IIa/I	B
Parametry metaboliczne	Monitorowanie masy ciała, glikemii i profilu lipidowego (zespół metaboliczny)	I	A
Monitorowanie przyjmowania leków	Korzystanie z obiektywnych metod (np. oznaczenia stężenia leku w surowicy) przy niewyjaśnionym pogorszeniu stanu klinicznego	IIa	B
Badania toksykologiczne	Rutynowe, niekonfrontacyjne testy na obecność substancji psychoaktywnych	IIa	B
Interwencje kryzysowe	Ustalenie „szybkiej ścieżki" intensyfikacji opieki (np. oddziały dzienne) jako alternatywy dla hospitalizacji	IIa	B

EKG – badanie elektrokardiograficzne

Legenda:

- Klasa I: zaleca się (postępowanie korzystne i skuteczne).
- Klasa IIa: należy rozważyć (postępowanie użyteczne).
- Poziom A: dane z wielu RCT/metaanaliz.
- Poziom B: dane z jednego RCT lub dużych badań bez randomizacji.
- Poziom C: konsensus ekspertów/małe badania.

Postępowanie w sytuacjach szczególnych

Pacjenci ze współwystępowaniem schizofrenii i zaburzeń związanych z używaniem substancji (DD) należą do populacji o szczególnie wysokim ryzyku klinicznym. Wystąpienie „sytuacji szczególnych" – takich jak ciąża, wiek rozwojowy, wiek podeszły czy istotna chorobowość somatyczna – dodatkowo zwiększa podatność na działania niepożądane leczenia, nasila ryzyko nawrotów psychozy i używania substancji oraz ogranicza możliwość stosowania standardowych schematów terapeutycznych.

W kontekście tworzenia wytycznych kluczowe jest zatem wyodrębnienie praktycznych zasad postępowania, aby ograniczyć kliniczną „improwizację", która w DD wiąże się z wysokim ryzykiem szkód jatrogennych.

Ciąża i okres okołoporodowy

Specyfika kliniczna

Ciąża u pacjentki z DD jest sytuacją podwójnego zagrożenia: dla zdrowia psychicznego matki (ryzyko nawrotu psychozy, destabilizacji, zachowań autoagresywnych) oraz dla płodu (ekspozycja na substancje psychoaktywne, nieregularne odżywianie, zaniedbania somatyczne, gorsza współpraca z opieką prenatalną).

Zasady postępowania

1. Unikanie nagłego odstawienia leków przeciwpsychotycznych. Nagłe przerwanie farmakoterapii zwiększa ryzyko gwałtownego nawrotu psychozy; w wielu sytuacjach ryzyko nieleczenia przewyższa ryzyko racjonalnie prowadzonej farmakoterapii w ciąży [19].
2. Preferowanie monoterapii i najniższej skutecznej dawki. Zaleca się minimalizację ekspozycji płodu (monoterapia, dawka minimalna skuteczna, unikanie nieuzasadnionej polifarmakoterapii) oraz systematyczną ocenę wskazań do każdej modyfikacji leczenia [19].
3. Intensywne leczenie uzależnienia i redukcja szkód. Substancje psychoaktywne stanowią istotny czynnik ryzyka położniczego i rozwojowego; redukcja używania jest warunkiem stabilizacji psychicznej i ograniczenia powikłań [20, 21].
4. Model opieki interdyscyplinarnej. Wskazana jest stała współpraca psychiatry z ginekologiem-położnikiem (a w razie potrzeby neonatologiem i specjalistą terapii uzależnień). Pozwala to uniknąć sprzecznych zaleceń, poprawia adherencję i bezpieczeństwo [19].
5. Monitorowanie metaboliczne. U pacjentek przyjmujących leki przeciwpsychotyczne należy prowadzić przesiew w kierunku cukrzycy ciążowej zgodnie ze standardową opieką prenatalną (z uwzględnieniem zwiększonego ryzyka metabolicznego) [19].

Wiek rozwojowy (młodzież)

Specyfika kliniczna

Młodzież z DD częściej prezentuje: wcześniejszy początek psychozy (gorsze rokowanie), większą impulsywność, mniejszą zdolność przewidywania konsekwencji oraz szczególną podatność mózgu na toksyczny wpływ substancji.

Substancje mogą wyzwalać, nasilać albo maskować pierwsze objawy psychozy, opóźniając ustalenie rozpoznania i pogarszając przebieg [22].

Zasady postępowania

1. Rzetelna diagnostyka różnicowa (psychoza pierwotna vs. indukowana substancją), z oceną dynamiki objawów oraz ich związku czasowego z używaniem [22].
2. Ostrożna farmakoterapia (wrażliwość na działania niepożądane metaboliczne, hormonalne i neurologiczne; unikanie nadmiernej sedacji ograniczającej funkcjonowanie szkolne i współpracę) [23].
3. Aktywne włączenie rodziny do monitorowania objawów, adherencji i używania substancji; w tej grupie wsparcie środowiskowe jest jednym z kluczowych czynników prognostycznych [22].
4. Preferowanie interwencji motywujących nad konfrontacyjnymi, aby ograniczać opór, ryzyko przerwania leczenia i utraty kontaktu z systemem opieki [24].

Wiek podeszły

Specyfika kliniczna

U osób starszych częste są: wielochorobowość, polipragmazja, zwiększona wrażliwość na leki przeciwpsychotyczne, a także uzależnienie od alkoholu lub leków nasennych.

Objawy psychotyczne mogą być mylone z majaczeniem lub otępieniem; nawet niewielkie dawki substancji mogą prowadzić do dekompensacji.

Zasady postępowania

1. Zasada *start low – go slow* oraz regularna weryfikacja wskazań do każdego leku (minimalizacja obciążenia cholinolitycznego, sedacji i ryzyka upadków) [23].
2. Ocena poznawcza i somatyczna jako element diagnostyki psychiatrycznej (różnicowanie psychozy, majaczenia i otępienia; identyfikacja działań niepożądanych i interakcji).
3. Aktywna ocena używania alkoholu i leków nasennych (często ukrywane, z istotnymi konsekwencjami klinicznymi i interakcyjnymi); planowane leczenie uzależnienia z uwzględnieniem ograniczeń somatycznych i ryzyka farmakologicznego [25].
4. Częstsze wizyty kontrolne w okresach destabilizacji oraz plan kryzysowy (w tym ocena ryzyka samobójstwa i przemocy).

Choroby somatyczne współistniejące

Pacjenci z DD częściej chorują somatycznie, żyją krócej i rzadziej korzystają z opieki niepsychiatrycznej. Najczęstsze problemy obejmują choroby sercowo-

-naczyniowe, zaburzenia metaboliczne, choroby wątroby oraz zakażenia wirusowe (wirusem zapalenia wątroby typu B lub C, ludzkim wirusem niedoboru odporności) [20, 26]. Zaniedbanie stanu somatycznego może prowadzić do błędnej oceny „lekooporności" psychiatrycznej lub do eskalacji leczenia mimo możliwych odwracalnych przyczyn pogorszenia.

Zasady postępowania

1. Regularne badania somatyczne jako standard, nie wyjątek, z minimalnym pakietem monitorowania metabolicznego i kardiologicznego (masa ciała/obwód talii, ciśnienie, glikemia/HbA1c, lipidogram; w razie wskazań badanie elektrokardiograficzne) [23, 27].
2. Koordynacja leczenia między specjalistami oraz analiza interakcji: leki psychotropowe – substancje psychoaktywne – leki internistyczne [27, 25].
3. Uwzględnienie wpływu substancji na przebieg chorób przewlekłych (np. alkohol i choroba wątroby, stymulanty i ryzyko sercowo-naczyniowe) oraz plan redukcji szkód jako element terapii uzależnienia [20].

Specyficzne zagrożenia wymagają ukierunkowanych interwencji (tab. 3).

Tabela 3. **Zalecenia kliniczne dotyczące populacji i sytuacji szczególnych**

Obszar	Zalecenie kliniczne	Klasa	Poziom
Ryzyko samobójcze	Systematyczna ocena ryzyka na każdej wizycie, zwłaszcza przy i po wypisie ze szpitala oraz w nawrocie uzależnienia	I	B
Agresja	W ostrej fazie pobudzenia priorytetem jest deeskalacja i bezpieczeństwo	I	C
Ciąża	Koordynacja opieki między psychiatrą, ginekologiem i terapeutą	I	C

Legenda:

- Klasa I: zaleca się (postępowanie korzystne i skuteczne).
- Klasa IIa: należy rozważyć (postępowanie użyteczne).
- Poziom A: dane z wielu RCT/metaanaliz.
- Poziom B: dane z jednego RCT lub dużych badań bez randomizacji.
- Poziom C: konsensus ekspertów/małe badania.

Monitorowanie i ocena skuteczności terapii

Monitorowanie i ocena skuteczności terapii w DD stanowią integralną część leczenia, a nie element dodatkowy. Klasyczne, „jednowymiarowe" rozumienie skuteczności (np. jedynie redukcja objawów psychotycznych lub sama abstynencja) jest niewystarczające, ponieważ używanie substancji może maskować lub imitować objawy psychozy, a nawroty istotnie pogarszają rokowanie, zwiększając ryzyko rehospitalizacji, przemocy i samobójstw.

Definicja skuteczności – podejście wielowymiarowe

Skuteczność leczenia należy ujmować jako proces dynamiczny, oceniany równolegle w trzech domenach, takich jak: (1) nasilenie objawów schizofrenii (pozytywnych i negatywnych), (2) stopień kontroli używania substancji (abstynencja lub redukcja szkód) oraz (3) jakość życia i funkcjonowanie społeczne. Dopiero łączna poprawa w tych obszarach pozwala mówić o realnym sukcesie terapeutycznym [23, 24].

Objawy kliniczne schizofrenii

Objawy pozytywne

Monitorowanie powinno obejmować dynamikę urojeń, omamów, dezorganizacji myślenia i zachowania, z korelacją czasową względem używania substancji i objawów odstawiennych.

W praktyce zalecane jest stosowanie ustrukturyzowanych skal, np. *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS), *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), *Clinical Global Impression Scale of Severity* (CGI-S) / *Clinician Global Impression Scale of Improvement* (CGI-I), oraz dokumentowanie, czy poprawa jest trwała i niezależna od krótkotrwałej redukcji używania [23].

Objawy negatywne

Są one najsilniejszym predyktorem długoterminowego funkcjonowania, a w DD często nakładają się na konsekwencje używania substancji (np. zespół amotywacyjny po kannabinoidach) lub objawy depresyjne.

Zaleca się długofalową, systematyczną ocenę, np. z użyciem *Brief Negative Symptom Scale* (BNSS), oraz powiązanie wyniku z oceną funkcjonowania [28]. Brak poprawy mimo stabilizacji objawów pozytywnych i kontroli używania powinien skłaniać do modyfikacji farmakoterapii i intensyfikacji interwencji psychospołecznych [23, 24].

Kontrola używania substancji i nawroty

W monitorowaniu uzależnienia należy odejść od myślenia zero-jedynkowego: skuteczność może obejmować pełną abstynencję, istotne ograniczenie używania, zmniejszenie szkód zdrowotnych i społecznych oraz wydłużanie okresów trzeźwości.

Zalecane jest rejestrowanie: liczby dni używania, wzorca (ciągi/epizody), kontekstu nawrotu (stres, bezsenność, pogorszenie objawów, czynniki środowiskowe), a także stopnia przestrzegania zaleceń.

W zależności od substancji i warunków klinicznych można rozważyć narzędzia przesiewowe (*Alcohol Use Disorders Identification Test* – AUDIT; *Drug Use Disorders Identification Test* – DUDIT; *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* – ASSIST) oraz obiektywizację (np. testy oddechowe, badania toksykologiczne moczu) – zawsze z uwzględnieniem relacji terapeutycznej i ryzyka „karzącego" charakteru kontroli [24].

Jakość życia i funkcjonowanie społeczne

Sama redukcja objawów i abstynencja nie przesądzają o powodzeniu terapii – pacjent może pozostawać bierny, w izolacji, bez powrotu do ról życiowych. Dlatego monitorowanie powinno obejmować: relacje rodzinne i społeczne, aktywność zawodową/edukacyjną, samodzielność, stabilność mieszkaniową oraz satysfakcję z leczenia. Pomocne są narzędzia oceny funkcjonowania, np. *Skala oceny funkcjonowania osobistego i społecznego* (*Personal and Social Performance Scale* – PSP), oraz oceny jakości życia, np. skrócona wersja *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-BREF) [29].

Bezpieczeństwo leczenia – minimum monitorowania

Ze względu na częstsze choroby somatyczne i ryzyko działań niepożądanych leków przeciwpsychotycznych zaleca się, aby minimalny standard monitorowania obejmował (tab. 4):

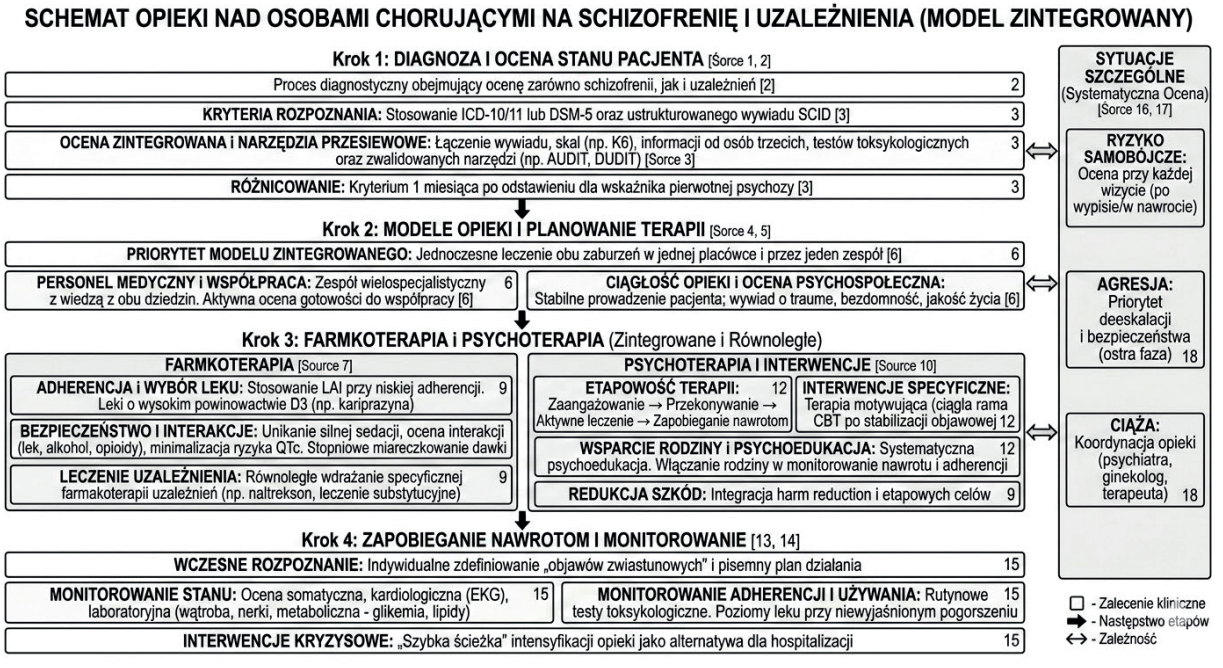
- parametry metaboliczne i sercowo-naczyniowe [3, 27];
- działania niepożądane neurologiczne, np. ocena z użyciem *Skali nieprawidłowych ruchów mimowolnych* (*Abnormal Involuntary Movement Scale* – AIMS) w kierunku dyskinez późnych; ocena parkinsonizmu polekowego [23];
- ryzyko samobójstwa i przemocy – oceniane cyklicznie, szczególnie w okresach nawrotu używania, bezsenności, zaostrzenia psychozy lub zmian terapeutycznych [24];
- adherencję i kontakt z miejscem terapii (regularność wizyt, przyjmowanie leków, realizacja planu terapii uzależnienia).

Tabela 4. **Minimum monitorowania**

Domena	Co monitorować	Częstość
Objawy pozytywne	Nasilenie, dynamika, wpływ substancji	Co 4–8 tygodni
Objawy negatywne	Motywacja, aktywność, relacje	Co 8–12 tygodni
Używanie substancji	Dni używania, wzorzec używania, nawroty	Każda wizyta
Bezpieczeństwo	Ryzyko samobójstwa, agresji	Ciągłe
Jakość życia	Subiektywna ocena pacjenta	Co 3–6 miesięcy
Funkcjonowanie	Praca, nauka, samodzielność	Co 3–6 miesięcy
Somatyka	Metabolizm, działania niepożądane	Według standardów

Rekomendacje Grupy Ekspertów PTP dotyczące leczenia pacjentów ze współwystępującą schizofrenią i uzależnieniem

Zalecenia dotyczące postępowania z chorymi z DD podsumowano na rysunku.



AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*; CBT (*Cognitive-behavioural Therapy*) – terapia poznawczo-behawioralna; DUDIT – *Drug Use Disorders Identification Test*; EKG – badanie elektrokardiograficzne; LAI (*Long-acting Injections*) – postać leku do iniekcji o przedłużonym działaniu; SCID – *Structured Clinical Interview for DSM Disorders*

Rysunek. Schemat **opieki nad osobami chorującymi na schizofrenię i uzależnienia (model zintegrowany)**

Zalecenia według GRADE

Zalecenia silne

- Zaleca się równoległe diagnozowanie schizofrenii i uzależnień według klasyfikacji ICD-10/11 lub DSM-5 oraz stosowanie ustrukturyzowanego wywiadu SCID (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*), jeśli konieczna jest dodatkowa weryfikacja kryteriów diagnostycznych.
- Powinno się stosować ocenę zintegrowaną, łączącą wywiad, skale i kwestionariusze kliniczne, informacje od osób trzecich i testy toksykologiczne.
- Zaleca się priorytet modelu zintegrowanego – leczenie obu zaburzeń w jednej placówce, prowadzone przez zespół wielospecjalistyczny.
- Należy zapewnić ciągłość opieki terapeutycznej oraz dążyć do wyeliminowania przerw w procesie leczenia.
- Zaleca się aktywną ocenę adherencji jako predyktora nawrotu oraz systematyczną ocenę ryzyka samobójczego na każdej wizycie.
- Zaleca się stosowanie leków przeciwpsychotycznych w iniekcjach o przedłużonym działaniu (LAI) przy niskiej adherencji oraz regularną ocenę tolerancji leczenia i interakcji pomiędzy stosowanymi lekami.
- Należy monitorować parametry kardiometaboliczne (ciśnienie krwi, tętno, odstęp QTc w EKG, masa ciała, glikemia, profil lipidowy).
- Zaleca się stopniowe zwiększanie dawki leku przeciwpsychotycznego z oceną tolerancji leczenia (ze szczególnym uwzględnieniem akatyzji) oraz włączenie strategii redukcji szkód w procesie terapii uzależnienia
- Zaleca się model etapowy terapii (zaangażowanie → przekonywanie → leczenie → zapobieganie nawrotom).
- Powinno się prowadzić psychoedukację pacjenta i rodziny oraz stosować dialog motywacyjny jako podstawę dalszych interwencji terapeutycznych.
- Zaleca się zdefiniowanie „objawów zwiastunowych" nawrotu i opracowanie pisemnego planu działania w razie ich wystąpienia.

Zalecenia warunkowe

- Sugerujemy wykorzystanie skali K6 do identyfikacji zaburzeń psychicznych u osób uzależnionych.
- Można rozważyć stosowanie zwalidowanych narzędzi (np. AUDIT, DUDIT) do oceny stopnia używania alkoholu i substancji psychoaktywnych u pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi oraz przyjęcie kryterium 1 miesiąca abstynencji dla diagnozy psychozy pierwotnej.
- Sugerujemy rozszerzenie wywiadu o doświadczenia traumatyczne z dzieciństwa, bycia w kryzysie bezdomności i ocenę jakości życia (HRQOL).

– Sugerujemy w leczeniu wybór leków o wysokim powinowactwie do receptorów D3 (np. kariprazyna) w celu redukcji *cravingu*.
– Można rozważyć równoległe do leków przeciwpsychotycznych wdrażanie farmakoterapii specyficznej dla uzależnień (np. naltrekson) oraz terapię poznawczo-behawioralną po stabilizacji stanu psychicznego.
– Sugerujemy regularną kontrolę stanu somatycznego oraz rutynowe, niekonfrontacyjne testy toksykologiczne.
– Można rozważyć obiektywne metody monitorowania leków (stężenie w surowicy) oraz stworzenie „szybkiej ścieżki" intensyfikacji opieki.

Zalecenia silnie negatywne

– Powinno się unikać leków silnie sedatywnych i dopaminolitycznych nasilających dysforię przez wywoływanie akatyzji i objawów pozapiramidowych.

Niniejsze wytyczne zostały opublikowane w trzech częściach; szczegółowe omówienie pozostałych zagadnień znajduje się w części I [30] oraz części II [31].

Piśmiennictwo

1. Green AI, Tohen MF, Hamer RM, Strakowski SM, Lieberman JA, Glick I i wsp.; HGDH Research Group. *First episode schizophrenia-related psychosis and substance use disorders: Acute response to olanzapine and haloperidol*. Schizophr. Res. 2004; 66(2–3): 125–135. Doi: 10.1016/j.schres.2003.08.001.
2. Patel R, Chan KMY, Palmer EOC, Valko M, Guruswamy G, Ker S i wsp. *Associations of comorbid substance use disorders with clinical outcomes in schizophrenia using electronic health record data*. Schizophr. Res. 2023; 260: 191–197. Doi: 10.1016/j.schres.2023.08.023.
3. Neyra A, Parro-Torres C, Ros-Cucurull E, Carrera I, Echarri E, Torrens M. *Management of schizophrenia and comorbid substance use disorders: Expert review and guidance*. Ann. Gen. Psychiatry 2024; 23(1): 40. Doi: 10.1186/s12991-024-00529-7.
4. Szerman N, Torrens M, Maldonado R, Balhara YPS, Salom C, Maremmani I i wsp.; World Association on Dual Disorders (WADD). *Addictive and other mental disorders: A call for a standardized definition of dual disorders*. Transl. Psychiatry 2022; 12(1): 446. Doi: 10.1038/s41398-022-02212-5.
5. Błachut M, Ścisło P, Jarząb M, Zając M, Piegza M, Badura-Brzoza K i wsp. *Impact of dual diagnosis in patients with schizophrenia and affective disorders during hospital treatment on the course of illness and outcomes of treatment – A preliminary report*. [*Wpływ podwójnej diagnozy u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzeń afektywnych hospitalizowanych psychiatrycznie na przebieg choroby i wyniki leczenia – doniesienie wstępne*]. Psychiatr. Pol. 2019; 53(6): 1237–1250. Doi: 10.12740/PP/OnlineFirst/103352.
6. Foglia E, Schoeler T, Klamerus E, Morgan K, Bhattacharyya S. *Cannabis use and adherence to antipsychotic medication: A systematic review and meta-analysis*. Psychol. Med. 2017; 47(10): 1691–1705. Doi: 10.1017/S0033291717000046.

7. Bahji A. *Navigating the Complex Intersection of Substance Use and Psychiatric Disorders: A comprehensive review*. J. Clin. Med. 2024; 13(4): 999. Doi: 10.3390/jcm13040999.
8. Adan A, Capella MD, Prat G, Forero DA, López-Vera S, Navarro JF. *Executive functioning in men with schizophrenia and substance use disorders. Influence of lifetime suicide attempts*. PLoS One 2017; 12(1): e0169943. Doi: 10.1371/journal.pone.0169943.
9. Royal College of Psychiatrists. *Our invisible addicts: College Report CR243*. London: RC-Psych; 2025.
10. Department of Health, Australia. *Comorbidity Guidelines – Alcohol and Other Drug Treatment and Mental Health*, 3rd ed. Canberra; 2022.
11. Health Service Executive. *National Model of Care for Dual Diagnosis*. Dublin: HSE; 2023.
12. Hakobyan S, Vazirian S, Lee-Cheong S, Krausz M, Honer WG, Schutz CG. *Concurrent Disorder Management Guidelines. Systematic Review.* J Clin Med. 2020 Jul 28;9(8):2406. doi: 10.3390/jcm9082406.
13. NICE. *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management*. NICE guideline CG178; updated.
14. Mueser K, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. *Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice*. New York: Guilford Press; 2008.
15. Banks ML, Sprague JE. The dopamine 3 receptor as a candidate biomarker and therapeutic for opioid use disorder. Addict Biol. 2024 Feb;29(2):e13369. doi: 10.1111/adb.13369.
16. Grunze H, Csehi R, Born C, Barabássy Á. *Reducing Addiction in Bipolar Disorder via Hacking the Dopaminergic System*. Front. Psychiatry 2021; 12: 803208. Doi: 10.3389/fpsyt.2021.803208.
17. Peris L, Szerman N. *Partial agonists and dual disorders: Focus on dual schizophrenia*. Front. Psychiatry 2021; 12: 769623. Doi: 10.3389/fpsyt.2021.769623.
18. Neyra A, Parro-Torres C, Ros-Cucurull E, Carrera I, Echarri E, Torrens M. *Management of schizophrenia and comorbid substance use disorders: Expert review and practical guidance*. Ann. Gen. Psychiatry 2024; 23(1): 40. Doi: 10.1186/s12991-024-00529-7.
19. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline No. 5*. Obstet. Gynecol. 2023; 141(6): 1262–1288. Doi: 10.1097/AOG.0000000000005202.
20. Management of Physical Health Conditions in Adults with Severe Mental Disorders. World Health Organization, Geneva 2018. https://www.who.int/publications/i/item/978-92-4-155038-3 (dostęp: 11.01.2026).
21. Hunt GE, Large MM, Cleary M, Lai HMX, Saunders JB. *Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis*. Drug Alcohol Depend. 2018; 191: 234–258. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.07.011.
22. Murrie B, Lappin J, Large M, Sara G. *Transition of substance-induced, brief, and atypical psychoses to schizophrenia: A systematic review and meta-analysis*. Schizophr. Bull. 2020; 46(3): 505–516. Doi: 10.1093/schbul/sbz102.
23. The American Psychiatric Association. *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia*, 3rd ed. Washington, DC: APA; 2021.
24. National Institute for Health and Care Excellence. *Surveillance report 2016 – Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings (2011) NICE guideline CG120*. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2016.

25. Winklbaur B, Ebner N, Sachs G, Thau K, Fischer G. *Substance abuse in patients with schizophrenia*. Dialogues Clin. Neurosci. 2006; 8(1): 37–43. Doi: 10.31887/DCNS.2006.8.1/bwinklbaur.
26. Fazel S, Långström N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. *Schizophrenia, substance abuse, and violent crime*. JAMA 2009; 301(19): 2016–2023. Doi: 10.1001/jama.2009.675.
27. Al-Saati Y, Vijayakumar E, Khan E, Leong C, Hensel J, Kuzenko N. *Metabolic monitoring among patients with psychotic disorders taking antipsychotics: Results of a quality improvement project to address this challenging guideline-practice gap*. BMJ Open Qual. 2025; 14(3): e003400. Doi: 10.1136/bmjoq-2025-003400.
28. Ang MS, Rekhi G, Lee J. *Validation of the Brief Negative Symptom Scale and its association with functioning*. Schizophr. Res. 2019; 208: 97–104. Doi: 10.1016/j.schres.2019.04.005.
29. World Health Organization. *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. Geneva: WHO; 1996.
30. Szulc A, Wichniak A, Dudek D, Gałecki P, Waszkiewicz N, Wojnar M, Samochowiec J. *Współwystępowanie schizofrenii i uzależnień – diagnoza i postępowanie. Wytyczne Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Część I. Epidemiologia i diagnostyka*. Psychiatr. Pol., published online first, https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/230958
31. Szulc A, Wichniak A, Dudek D, Gałecki P, Waszkiewicz N, Wojnar M, Samochowiec J. *Współwystępowanie schizofrenii i uzależnień – diagnoza i postępowanie. Wytyczne Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Część II. Przegląd dostępnych wytycznych*. Psychiatr. Pol., published online first, https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/230957

Autor do korespondencji: Agata Szulc
e-mail: agata.szulc@wum.edu.pl