Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 403: 1–16
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/230957

Współwystępowanie schizofrenii i uzależnień – diagnoza i postępowanie. Wytyczne Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Część II. Przegląd dostępnych wytycznych

Co-occurrence of schizophrenia and substance use disorders – diagnosis and management. Guidelines from the Expert Group of the Polish Psychiatric Association. Part II. A review of available guidelines

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

This article provides an overview of international guidelines for the treatment of the co-occurrence of schizophrenia and substance use disorders (dual diagnosis, DD). The authors emphasize that the available guidelines recommend a comprehensive assessment of both disorders and integrated treatment; however, there is a lack of clear recommendations regarding the selection of antipsychotic medications. The choice of pharmacotherapy should take into account the symptom profile, the risk of interactions with psychoactive substances, safety, adverse effects, and adherence to treatment. For patients with low adherence, long-acting antipsychotics (LAIs) are recommended, and cariprazine may be beneficial in patients with severe negative symptoms and substance craving. Addiction treatment should proceed

in parallel with schizophrenia treatment and include both pharmacotherapy and psychosocial interventions. The integrated model, in which a single therapeutic team provides simultaneous treatment for both disorders, is considered the standard of care. Psychoeducation, motivational interviewing, cognitive-behavioral therapy, family support, and harm reduction programs play a key role. This approach increases treatment retention, improves functioning, and reduces the risk of psychosis relapse and substance use recurrence.

Słowa klucze: zalecenia, podwójna diagnoza

Key words: guidelines, dual diagnosis

Przegląd wytycznych

W przeglądzie opublikowanym w 2021 roku przez Alsuhaibaniego i wsp. [1] przeanalizowano najważniejsze wytyczne dotyczące postępowania w razie współwystępowania uzależnienia i zaburzeń psychicznych (podwójnej diagnozy; *Dual Diagnosis* – DD). Spośród 21 uwzględnionych w analizie wytycznych trzy odnosiły się do zaburzeń współwystępujących, a siedem do zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych (*Substance Use Disorder* – SUD), w tym alkoholu i opioidów. Jedenaście wytycznych dotyczyło poważnych zaburzeń psychicznych (*Serious Mental Illness* – SMI) – sześć z nich dotyczyło schizofrenii, a pięć zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Większość uwzględnionych wytycznych została opracowana przez National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w Anglii, a kolejne wytyczne zostały opracowane przez British Association of Psychopharmacology w Wielkiej Brytanii. Dwie z uwzględnionych wytycznych opublikowało Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychological Association – APA) w Stanach Zjednoczonych, dwie zostały opracowane przez World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), które zostało utworzone przez grupę ekspertów z różnych krajów, a dziewięć wytycznych zostało opublikowanych przez departamenty zdrowia.

Wszystkie zawarte tutaj wytyczne podkreślają, że należy przeprowadzić kompleksową ocenę pacjentów z SMI lub SUD w celu ustalenia rozpoznania DD. Wszystkie wytyczne dotyczące współwystępujących zaburzeń wymagały od pracowników służby zdrowia odbycia szkolenia i pozyskania wiedzy specjalistycznej od innych specjalistów w zakresie SMI lub SUD.

Wszystkie wytyczne odnoszące się do SMI lub współwystępujących zaburzeń opisują znaczenie jednoczesnego badania przesiewowego i/lub leczenia obu problemów. Tylko dwie z 11 (18%) wytycznych dotyczących SMI zawierały zalecenia dostosowania leczenia w wypadku DD. Przykłady dostosowania leczenia obejmowały – w miejsce regularnego stosowania leków przeciwpsychotycznych – podawanie długo działających leków przeciwpsychotycznych w postaci zastrzyków w przypadkach, gdy w przeszłości występowało nieprzestrzeganie zaleceń co do przyjmowania leków.

Na przykład wytyczne NICE z 2011 roku zalecają zachowanie ostrożności podczas przepisywania leków pacjentom wykazującym nadużywanie substancji, w szczególności alkoholu, ponieważ alkohol wpływa na metabolizm innych leków i albo zmniejsza ich skuteczność, albo zwiększa ryzyko wystąpienia skutków ubocznych

[2]. Wszystkie wytyczne dotyczące zaburzeń współwystępujących, siedem (64%) wytycznych dotyczących SMI oraz trzy (43%) wytyczne dotyczące SUD wspominały o znaczeniu ciągłości opieki.

Większość wytycznych odnoszących się do pojedynczych zaburzeń uwzględnionych w niniejszym przeglądzie podkreślała znaczenie oceny DD. Rzadko jednak opisywano dostosowanie leczenia do DD. Bariery w dostępie do leków, problemy z przestrzeganiem zaleceń wymagające długo działających zastrzyków depot oraz interakcje między lekami (w tym interakcje z lekami i substancjami uzależniającymi) to kluczowe kwestie, które wymagają dalszego rozważenia w wytycznych z zakresu pojedynczych zaburzeń. Należy położyć większy nacisk na zintegrowaną i integracyjną opiekę nad pacjentami z DD. Dowody wskazują na znaczne zmniejszenie używania substancji psychoaktywnych, poprawę objawów psychiatrycznych, jakości życia, a także wyników społecznych po wdrożeniu zintegrowanych modeli leczenia.

Postępowanie terapeutyczne w podwójnej diagnozie. Uzasadnienie kliniczne i metodologiczne

Podwójna diagnoza, rozumiana jako współwystępowanie schizofrenii z SUD, stanowi regułę, a nie wyjątek w populacji pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Dane epidemiologiczne wskazują, że częstość współwystępowania SUD u pacjentów ze schizofrenią sięga 30–66%, co wiąże się z gorszym rokowaniem, większym ryzykiem nawrotów i hospitalizacji oraz obniżeniem funkcjonowania społecznego i zawodowego [3, 4].

Jednocześnie analiza jakości międzynarodowych wytycznych dotyczących leczenia DD, przeprowadzona z wykorzystaniem narzędzia AGREE II (*Appraisal of Guidelines For Research & Evaluation II*), wskazuje na istotną lukę w obszarze farmakoterapii: brak hierarchii leków przeciwpsychotycznych, brak rekomendacji typu *first-line* oraz niską użyteczność kliniczną w domenie „możliwość zastosowania" (*applicability*) [5, 6]. W konsekwencji decyzje farmakologiczne w DD muszą być podejmowane na podstawie podejścia pragmatycznego i oparte na mechanizmach działania leku, z równoległą oceną bezpieczeństwa, interakcji, adherencji i celów funkcjonalnych.

Ograniczenia wytycznych międzynarodowych jako punkt wyjścia decyzji farmakologicznych

Ocena jakości międzynarodowych wytycznych dotyczących leczenia zaburzeń psychicznych i zaburzeń używania substancji, przeprowadzona z wykorzystaniem narzędzia AGREE II, jednoznacznie wskazuje na ograniczenia publikacji w obszarze farmakoterapii DD (tab. 1). Dwa niezależne przeglądy systematyczne (odpowiednio 21 prac i 24 prace zawierające wytyczne światowych towarzystw) wykazały, że choć cele i zakres wytycznych są zazwyczaj jasno określone, to domeny kluczowe z punktu widzenia praktyki klinicznej – rygor metodologiczny oraz możliwość zastosowania – uzyskują najniższe oceny jakościowe [5, 6].

Tabela 1. **Ocena jakości międzynarodowych wytycznych leczenia DD według AGREE II (synteza)**

Domena AGREE II	Wspólny obraz	Typowy problem	Skutek kliniczny
Zakres i cel	Wysokie	Dobrze zdefiniowane cele	Łatwa identyfikacja populacji
Interesariusze	Niskie–umiarkowane	Mały udział pacjentów/rodzin	Mniejsza „wdrażalność”
Rygor metodologiczny	Niski–umiarkowany	Dominacja konsensusu nad RCT	Ograniczona siła zaleceń
Przejrzystość	Zwykle wysoka	Zalecenia opisowe	Brak operacyjnych algorytmów
Zastosowalność	Bardzo niska	Brak hierarchii leków, brak ścieżek	Konieczne podejście pragmatyczne
Niezależność	Umiarkowana–niska	Niejednolite COI	Potrzeba krytycznej oceny

COI (*Conflict of Interest*) – konflikt interesów; RCT (*Randomized Controlled Trial*) – randomizowane badanie kliniczne

W efekcie większość wytycznych nie zawiera hierarchii leków przeciwpsychotycznych w DD, nie formułuje zaleceń *first-line*/*second-line*, rzadko odnosi się systematycznie do interakcji z substancjami psychoaktywnymi oraz nie uwzględnia specyfiki pacjentów z aktywnym używaniem substancji, niestabilnością kliniczną i obciążeniami somatycznymi. Oznacza to, że decyzje kliniczne w DD nie mogą być oparte wyłącznie na prostym transferze wytycznych do praktyki – wymagają indywidualizacji i podejścia mechanistycznego.

Konsekwencje braku hierarchii farmakoterapii w podwójnej diagnozie

Brak jednoznacznych rekomendacji farmakologicznych w wytycznych nie oznacza braku danych naukowych, lecz odzwierciedla heterogeniczność populacji DD, niedostateczną liczbę badań randomizowanych obejmujących jednocześnie schizofrenię (i inne poważne zaburzenia psychiczne) i SUD oraz dominację konsensusu ekspertów nad dowodami wysokiej jakości [5, 6]. W praktyce wytyczne ograniczają się do postulatu równoległego leczenia obu zaburzeń, bez wskazania, jakie strategie farmakologiczne są najbardziej racjonalne w konkretnych konfiguracjach klinicznych. Dla praktyki oznacza to konieczność rezygnacji z podejścia opartego wyłącznie na wytycznych (*guideline-driven*) na rzecz strategii opartej na mechanizmach farmakologicznego działania leków i zindywidualizowanej dla danego pacjenta.

Strategie leczenia schizofrenii u pacjentów z uzależnieniami

Dobór leczenia przeciwpsychotycznego w DD powinien uwzględniać: (1) dominujące domeny objawowe (pozytywne, negatywne, poznawcze, afektywne), (2) profil

tolerancji (sedacja, objawy pozapiramidowe/akatyzja, metabolizm, wpływ na stężenie prolaktyny i odstęp QT w elektrokardiogramie), (3) ryzyko interakcji z substancjami, (4) adherencję oraz (5) cele funkcjonalne. U pacjentów z aktywnym używaniem substancji szczególnie istotne jest unikanie strategii prowadzących do dysforii, nasilonej sedacji lub powikłań metabolicznych, które mogą obniżać współpracę i sprzyjać kompensacyjnemu używaniu substancji.

Praktyczne zasady doboru leku przeciwpsychotycznego w DD obejmują: (1) preferowanie leków o stabilnym profilu farmakokinetycznym oraz mniejszym potencjale sedatywnym, (2) uwzględnienie postaci o przedłużonym działaniu (*Long-acting Injections* – LAI) u pacjentów z niską adherencją, (3) minimalizację ryzyka wydłużenia odstępu QT u osób stosujących substancje proarytmiczne lub leki wpływające na przewodzenie, (4) wybór preparatu o korzystniejszym profilu metabolicznym u pacjentów z wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym, (5) ostrożną titrację (optymalizację dawkowania leków) i wczesne monitorowanie działań niepożądanych, zwłaszcza akatyzji.

Interakcje leków przeciwpsychotycznych z substancjami psychoaktywnymi – aspekty kliniczne

Interakcje w DD mają charakter farmakodynamiczny i farmakokinetyczny. Farmakodynamicznie szczególne znaczenie mają: (1) alkohol i opioidy – sumowanie działania sedatywnego oraz ryzyka depresji oddechowej, zwłaszcza w połączeniu z lekami o silnym działaniu uspokajającym; (2) stymulanty – ryzyko nasilenia pobudzenia, lęku, bezsenności i dekompensacji psychotycznej; (3) kannabinoidy – możliwe zaostrzenie psychozy oraz osłabienie efektu leczenia, przy jednoczesnej większej niestabilności objawowej. W praktyce klinicznej należy także uwzględniać ryzyko wydłużenia odstępu QT (niektóre substancje i leki stosowane jednocześnie) oraz ryzyko wystąpienia drgawek.

Farmakokinetycznie istotna jest modulacja enzymów CYP, zwłaszcza CYP3A4 i CYP2D6, przez leki stosowane jednocześnie lub substancje (np. indukcja lub hamowanie metabolizmu). W DD częste są stany somatyczne wpływające na metabolizm (choroby wątroby, niedożywienie), co dodatkowo zwiększa zmienność ekspozycji na leki. Z tego powodu zaleca się konserwatywną titrację, ocenę działań niepożądanych i w razie potrzeby modyfikację dawki na podstawie tolerancji i odpowiedzi klinicznej pacjenta [7].

Leczenie uzależnień w podwójnej diagnozie – farmakologiczne i niefarmakologiczne

Leczenie SUD w DD powinno być prowadzone równolegle do leczenia schizofrenii i obejmować interwencje farmakologiczne (tam, gdzie są dostępne i wskazane) oraz interwencje niefarmakologiczne ukierunkowane na redukcję szkód, stabilizację oraz utrzymanie poprawy. W praktyce cele terapii powinny być etapowe i realistyczne (od redukcji szkód do abstynencji), zależne od gotowości pacjenta, ryzyka somatycznego oraz stabilności psychiatrycznej.

Postępowanie terapeutyczne u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii współwystępującej z zaburzeniami używania substancji wymaga podejścia zintegrowanego, obejmującego jednoczesne leczenie objawów psychotycznych oraz interwencje ukierunkowane na uzależnienie.

Modele sekwencyjne, zakładające najpierw leczenie uzależnienia, a dopiero później zaburzenia psychicznego, uznawane są obecnie za niewystarczające i obarczone wysokim ryzykiem nawrotów, hospitalizacji oraz pogorszenia funkcjonowania społecznego [7].

Interwencje farmakologiczne w używaniu substancji psychoaktywnych

W zależności od rodzaju uzależnienia można rozważyć: (1) leczenie specyficzne, np. naltrekson/akamprozat w AUD (*Alcohol Use Disorder*); (2) leczenie substytucyjne w OUD (*Opioid Use Disorder*); (3) leczenie zespołów abstynencyjnych zgodnie ze standardami. U pacjentów z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi skuteczność leczenia specyficznego może być modyfikowana przez adherencję, niestabilność kliniczną oraz współchorobowość somatyczną. Kluczowe jest monitorowanie bezpieczeństwa terapii pod kątem funkcji wątroby, interakcji, ryzyka akatyzji i sedacji oraz planowanie leczenia w ścisłej współpracy z zespołem psychiatrycznym [7].

Interwencje niefarmakologiczne i organizacja opieki

W DD szczególne znaczenie mają interwencje środowiskowe i organizacyjne: model zintegrowany opieki, ciągłość leczenia, intensywna opieka ambulatoryjna/środowiskowa, programy niskoprogowe, wsparcie w kryzysie oraz leczenie powikłań somatycznych. Skuteczność leczenia zwiększa systematyczny monitoring używania substancji (wywiad, skale, w razie potrzeby testy), praca nad adherencją oraz interwencje ograniczające ryzyko szkód (*harm reduction*) [7].

Znaczenie receptorów D3 w terapii pacjentów z podwójną diagnozą – uzasadnienie mechanistyczne

Coraz więcej danych wskazuje na rolę receptorów dopaminowych D3 jako elementu wspólnego dla patofizjologii psychozy i uzależnienia. Receptory D3 są zlokalizowane głównie w strukturach mezolimbicznych (układ nagrody) i uczestniczą w procesach motywacji, uczenia nawykowego, reaktywności na bodźce nagradzające oraz w genezie głodu substancji (*craving*). W badaniach przedklinicznych modulacja receptorów D3 wiązała się z redukcją zachowań poszukiwawczych oraz zmniejszeniem podatności na nawroty, co czyni receptory D3 atrakcyjnym celem terapeutycznym w SUD [8–11].

Z perspektywy klinicznej podejście ukierunkowane na receptory D3 może być szczególnie istotne u pacjentów z DD, u których obserwuje się współwystępowanie objawów negatywnych, deficytów poznawczych i zachowań związanych z nagrodą. Mechanizm farmakologiczny i neurobiologiczny powiązania D3 z głodem substancji (*craving*) stanowi także pomost między neurobiologią uzależnień a pragmatycznym doborem farmakoterapii przeciwpsychotycznej.

Miejsce kariprazyny w leczeniu pacjentów ze współwystępującymi schizofrenią i uzależnieniem

Kariprazyna jest lekiem przeciwpsychotycznym III generacji o częściowym agonizmie w stosunku do receptorów dopaminowych D2/D3 i preferencyjnym powinowactwie do receptorów D3. Badania translacyjne z wykorzystaniem pozytonowej tomografii emisyjnej (*Positron Emission Tomography* – PET) wykazały istotne zajęcie receptorów D3 w strukturach limbicznych podczas stosowania kariprazyny w dawkach klinicznych, co odróżnia ją od innych częściowych agonistów dopaminowych [11].

Taki profil farmakodynamiczny umożliwia stabilizację sygnalizacji dopaminergicznej bez nadmiernej blokady receptorów D2, co może mieć znaczenie u pacjentów z DD, u których silna blokada dopaminergiczna może być związana z dysforią, obniżeniem adherencji oraz kompensacyjnym sięganiem po substancje psychoaktywne [12, 13]. Kariprazyna może być szczególnie użyteczna u pacjentów z dominacją objawów negatywnych i poznawczych, nasilonym *cravingiem* i impulsywnością, a także przy nietolerancji sedacji lub obciążeń metabolicznych.

Randomizowane badania kliniczne oceniające kariprazynę w populacji DD są ograniczone, jednak rosnąca liczba opisów przypadków, serii klinicznych oraz badań obserwacyjnych dostarcza danych typu *real-world evidence* (pacjentów z codziennej praktyki klinicznej). Donoszono o redukcji objawów psychotycznych (w tym negatywnych), poprawie funkcjonowania oraz – w części obserwacji – zmniejszeniu używania wybranych substancji (m.in. kannabinoidów, stymulantów) [15–19]. Dane te, mimo ograniczeń metodologicznych, mają znaczenie praktyczne w obliczu luki wytycznych i wspierają rozważne zindywidualizowane stosowanie leku (tab. 2).

Tabela 2. **Poziomy dowodów dotyczących kariprazyny w DD (synteza pragmatyczna)**

Poziom dowodu	Przykładowe źródła	Główne obserwacje	Wartość praktyczna
Przedkliniczny	Kiss i wsp. 2010 [10]; Banks i wsp. 2023 [8]	Modulacja receptorów D3, ↓ zachowania poszukiwawcze	Uzasadnienie biologiczne
Translacyjny	Girgis i wsp. 2016 [11] (PET)	Zajęcie receptorów D3 w obszarach limbicznych	Most mechanizm–klinika
Opisy przypadków/serie przypadków	Rodriguez Cruz i wsp. 2021 [14]; Gentile i wsp. 2022 [15]; Montes i wsp. 2021 [16]	Poprawa objawów + sygnał ↓ używania	Dane generujące hipotezy
RWE/badania obserwacyjne	Szerman i wsp. 2025 [18]	Poprawa PANSS/CGI, funkcjonowanie	Najsilniejsze dane kliniczne
Zalecenia ekspertów	Neyra i wsp. 2024 [13]; Peris i Szerman 2021 [12]	Rozważenie agonistów D2/D3 w DD	Użyteczne pragmatycznie

RWE (*Real-world Evidence*) – dowody z praktyki klinicznej

W populacji pacjentów ze schizofrenią i SUD wybór leku III generacji powinien uwzględniać „dominujący problem kliniczny": *craving*/*relapse* i objawy negatywne (przewaga kariprazyny związana z preferencją w kierunku receptorów D3 i danymi typu *real-world*) vs. adherencja i potrzeba formy LAI (przewaga arypiprazolu). Brekspiprazol może być rozważany w sytuacjach ograniczających leczenie z powodu akatyzji lub potrzeby lepszej tolerancji, choć dowody specyficzne dla DD są bardziej ograniczone (tab. 3) [20].

Tabela 3. **Leki III generacji w DD – porównanie pragmatyczne**

Cecha	Kariprazyna	Arypiprazol	Brekspiprazol
Powinowactwo do receptorów D3	Wysokie (D3 > D2)	Umiarkowane	Umiarkowane
Atut w DD	Skuteczność w objawach negatywnych/ funkcjonowaniu; preferencja w stosunku do receptorów D3	LAI i adherencja	Tolerancja; mniej akatyzji
Ryzyka	Akatyzja (wczesna)	Akatyzja	Mniej danych w DD
Kiedy preferować	*Craving* + negatywne/poznawcze	Niska adherencja, potrzeba LAI	Nietolerancja/akatyzja po ARI/CARI

ARI – arypiprazol; CARI – kariprazyna; DD (*Dual Diagnosis*) – podwójna diagnoza; LAI (*Long-acting Injections*) – postać leku o przedłużonym działaniu

Miejsce kariprazyny w algorytmie postępowania – propozycja pragmatyczna

Wobec braku formalnych zaleceń opartych na RCT w populacji DD kariprazyna nie może być traktowana jako uniwersalny „lek z wyboru". Jej profil farmakologiczny uzasadnia jednak rozważenie zastosowania u pacjentów, u których współistnieją: (1) dominacja objawów negatywnych i/lub poznawczych, (2) nasilony *craving*/impulsywność, (3) nawrotowe psychozy indukowane substancją, (4) nietolerancja silnej blokady receptorów D2 i/lub (5) obciążenia metaboliczne. Wczesne monitorowanie powinno obejmować ocenę akatyzji (zwłaszcza w pierwszych 4–6 tygodniach leczenia), tolerancję leczenia oraz dynamikę używania substancji.

Podsumowanie

Leczenie DD wymaga podejścia zintegrowanego, etapowego i ukierunkowanego na cele funkcjonalne. Z powodu ograniczeń wytycznych decyzje farmakoterapeutyczne powinny łączyć krytyczną analizę bezpieczeństwa (interakcje, sedacja, wpływ na odstęp QT, metabolizm) z rozumieniem mechanizmu farmakologicznego działania leku. Rola receptorów D3 w układzie nagrody dostarcza spójnego uzasadnienia dla strategii ukierunkowanych na domeny *craving*/*relapse*. Kariprazyna jako częściowy agonista D2/D3 z preferencją w kierunku receptorów D3 i korzystnym profilem bezpieczeństwa stanowi racjonalną opcję u wybranych pacjentów z DD, szczególnie gdy

kluczowe są objawy negatywne, funkcjonowanie i komponent związany z głodem substancji (*craving*). Potrzebne są dalsze badania randomizowane, aby precyzyjnie określić miejsce kariprazyny w formalnych algorytmach postępowania.

Decyzje lekarskie powinny uwzględniać specyficzny profil bezpieczeństwa oraz ryzyko niskiej adherencji (tab. 4).

Tabela 4. **Zalecenia kliniczne dotyczące farmakoterapii**

Obszar	Zalecenie kliniczne	Klasa	Poziom
Adherencja	Stosowanie leków przeciwpsychotycznych w iniekcjach o przedłużonym działaniu (LAI) u pacjentów z niską adherencją, zdezorganizowanych, z zaburzeniami poznawczymi, z niskim poziomem wsparcia społecznego	I	B
Wybór leku	Wykorzystanie leków o wysokim powinowactwie do receptorów D3 (np. kariprazyna) w celu redukcji *cravingu* i objawów negatywnych	IIa	B/C
Interakcje	Ocena interakcji farmakodynamicznych (np. lek przeciwpsychotyczny, alkohol, opioidy) i farmakokinetycznych (modulacja CYP450)	I	B
Ryzyko kardiologiczne	Minimalizacja ryzyka wydłużenia odstępu QTc u osób stosujących substancje proarytmiczne	I	B
Bezpieczeństwo	Unikanie leków silnie sedatywnych, silnie dopaminolitycznych (akatyzja i objawy pozapiramidowe mogą nasilać dysforię) oraz uważna ocena i korygowanie działań niepożądanych	IIa	C
Leczenie uzależnienia	Równoległe wdrażanie farmakoterapii specyficznej dla uzależnień (np. naltrekson w uzależnieniu od alkoholu, leczenie substytucyjne w uzależnieniu od opioidów)	IIa/I	B/A
Stopniowe zwiększanie dawki (miareczkowanie)	Stosowanie stopniowego zwiększania dawki leków przeciwpsychotycznych z monitorowaniem akatyzji i objawów pozapiramidowych	I	C
Redukcja szkód	Integracja zasad redukcji szkód (harm reduction) i etapowych celów w procesie terapeutycznym uzależnienia dla utrzymania pacjenta w leczeniu	I/IIa	B

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.

Psychoterapia i interwencje psychospołeczne w podwójnej diagnozie

Współwystępowanie schizofrenii i zaburzeń używania substancji (DD) stanowi jedno z największych wyzwań współczesnej psychiatrii klinicznej.

Przez wiele lat dominowało podejście sekwencyjne lub równoległe, w którym leczenie zaburzeń psychotycznych i uzależnień odbywało się w odrębnych systemach opieki. Liczne badania wykazały jednak, że takie strategie są mało skuteczne i prowadzą do „wypadania" pacjentów z leczenia, zwłaszcza w okresach nawrotu używania substancji [21, 22]. W odpowiedzi na te ograniczenia rozwinięto model zintegrowany, który obecnie uznawany jest za standard postępowania w DD.

Celem niniejszej części jest przedstawienie roli i skuteczności kluczowych interwencji psychospołecznych w leczeniu DD – psychoedukacji, terapii motywującej, terapii poznawczo-behawioralnej oraz programów redukcji szkód – ze szczególnym uwzględnieniem ich integracji w spójnym, długoterminowym modelu leczenia.

Model zintegrowany jako fundament leczenia pacjentów z podwójną diagnozą

Model zintegrowany zakłada jednoczesne leczenie obu zaburzeń przez ten sam zespół terapeutyczny, w ramach jednej strategii klinicznej, z jasno określonymi celami krótko – i długoterminowymi [21, 23]. Klasyczne prace Drake'a i wsp. [21, 24] podkreślały, że brak poprawy w jednym obszarze (np. nawrót używania substancji) znacznie zwiększa ryzyko pogorszenia drugiego (nawrotu psychozy), co czyni leczenie sekwencyjne nieefektywnym.

Zintegrowane leczenie DD opiera się na kilku kluczowych zasadach:

- leczeniu etapowym: nawiązanie kontaktu i zaangażowanie → budowanie motywacji i przekonywanie do zmiany → aktywne leczenie → zapobieganie nawrotom (*engagement → persuasion → active treatment → relapse prevention*);
- długoterminowej perspektywie terapeutycznej;
- elastycznym podejściu do celów związanych z używaniem substancji;
- priorytecie utrzymania pacjenta w leczeniu psychiatrycznym [21, 24].

Przeglądy systematyczne i metaanalizy potwierdzają, że programy zintegrowane wiążą się z większą szansą utrzymania się w leczeniu, redukcją używania substancji oraz poprawą funkcjonowania psychospołecznego w porównaniu z leczeniem niezintegrowanym, jednak wciąż pojawiają się kontrowersje. Na przykład Chetty i wsp. [25] w przeglądzie systematycznym badań randomizowanych wykazali, że leczenie zintegrowane może mieć przewagę nad niezintegrowanym w redukcji objawów psychiatrycznych u pacjentów z DD, nie stwierdzono wszakże jednoznacznej przewagi tego modelu w zakresie redukcji używania substancji ani utrzymania pacjentów w leczeniu. Autorzy wskazali, że skuteczność interwencji może zależeć nie tylko od modelu organizacyjnego, ale też od konkretnych elementów terapii, takich jak techniki terapii poznawczo-behawioralnej (*Cognitive-behavioural Therapy* – CBT), *mindfulness*, samoregulacja, restrukturyzacja poznawcza, wywiad motywujący, relacja terapeutyczna i koordynacja opieki [25].

W praktyce klinicznej model zintegrowany najczęściej jest realizowany w ramach zespołów środowiskowych, oddziałów dziennych, programów leczenia środowiskowego oraz wyspecjalizowanych poradni leczenia DD.

Psychoedukacja jako podstawowa interwencja

Psychoedukacja stanowi fundament psychoterapii w DD i powinna być prowadzona systematycznie, od wczesnych etapów leczenia [26]. Jej celem nie jest wyłącznie przekazanie informacji, lecz budowanie realistycznego rozumienia choroby, mechanizmów nawrotów oraz wzmacnianie współpracy terapeutycznej. Psychoedukacja powinna być prowadzona przez zespół wielodyscyplinarny, a nie wyłącznie przez psychiatrę. W skład takiego zespołu oprócz lekarza mogą wchodzić: psycholog/psychoterapeuta, pielęgniarka psychiatryczna, terapeuta uzależnień oraz opcjonalnie pracownik socjalny lub *case manager* (koordynator terapii).

U pacjentów z DD psychoedukacja powinna obejmować następujące zagadnienia:

- naturę schizofrenii i zaburzeń używania substancji;
- wpływ alkoholu i narkotyków (szczególnie konopi) na przebieg psychozy;
- znaczenie farmakoterapii i adherencji;
- wczesne objawy ostrzegawcze nawrotu obu zaburzeń [26–28].

Szczególnie istotna jest psychoedukacja rodzinna, prowadzona w modelu jedno – lub wielorodzinnym. Metaanalizy wskazują, że interwencje rodzinne redukują ryzyko nawrotów schizofrenii, obniżają poziom wskaźnika ujawnianych emocji (*expressed emotion*) i poprawiają współpracę w leczeniu, również u pacjentów z DD [27–29].

Wytyczne i przeglądy podkreślają, że psychoedukacja jest interwencją niskoprogową, możliwą do prowadzenia przez różnych profesjonalistów po odpowiednim przeszkoleniu, co zwiększa jej dostępność i ciągłość. W modelach zintegrowanych psychoedukacja jest elementem pracy całego zespołu, a nie „oddzielną interwencją psychologiczną". Psychoedukacja nie powinna być ograniczona do konsultacji lekarskich; powinna być wbudowana w rutynową opiekę zespołową [26].

Dialog motywujący w podwójnej diagnozie

Dialog motywujący (*Motivational Interviewing* – MI) odgrywa kluczową rolę w leczeniu DD, zwłaszcza na wczesnych etapach terapii oraz u pacjentów z niską gotowością do zmiany [21, 29]. Nie powinien być traktowany jako krótka, jednorazowa interwencja, lecz jako ciągła rama komunikacji terapeutycznej, towarzysząca całemu procesowi leczenia [23]. Badania wskazują, że MI poprawia zaangażowanie pacjentów w leczenie, redukuje opór i ambiwalencję wobec zmiany, zwiększa retencję w programach zintegrowanych [30, 31].

W randomizowanym badaniu Barrowclough i wsp. [30] wykazali, że integracja MI z CBT u pacjentów z psychozą i współwystępującym używaniem substancji prowadziła do istotnej redukcji używania substancji oraz poprawy funkcjonowania w porównaniu z leczeniem standardowym.

Dialog motywujący może być prowadzony przez różnych członków zespołu terapeutycznego (psychiatra, psycholog/psychoterapeuta, terapeuta uzależnień, pie-

lęgniarka psychiatryczna, koordynator terapii – *case manager*), co zwiększa dostęp do interwencji i dobrze wpisuje się w opiekę środowiskową.

Terapia poznawczo-behawioralna

Terapia poznawczo-behawioralna w DD powinna być postrzegana nie jako leczenie „ostrej fazy", lecz jako narzędzie długoterminowej stabilizacji, ukierunkowane na redukcję objawów rezydualnych, poprawę funkcjonowania, zapobieganie nawrotom, wzmacnianie strategii radzenia sobie [32–34]. W DD jest interwencją drugiego etapu leczenia, wdrażaną po uzyskaniu względnej stabilizacji objawowej i podstawowej kontroli używania substancji. Metaanalizy i *umbrella reviews* wskazują, że CBT w schizofrenii zmniejsza ryzyko nawrotów i hospitalizacji w perspektywie 12 miesięcy, a w populacji DD jej skuteczność jest największa, gdy stanowi część programu zintegrowanego [32–34]. Terapia poznawczo-behawioralna w DD obejmuje m.in.: pracę nad przekonaniami dotyczącymi używania substancji, identyfikację stresorów wyzwalających nawroty, trening umiejętności radzenia sobie, elementy planowania nawrotów [33, 34].

Programy redukcji szkód

U pacjentów z DD podejście abstynencyjne „wszystko albo nic" często prowadzi do przerwania leczenia psychiatrycznego po nawrocie używania substancji [21, 23]. Z tego względu coraz większą rolę odgrywają programy redukcji szkód (*harm reduction*), których celem jest minimalizacja negatywnych konsekwencji używania substancji przy jednoczesnym utrzymaniu kontaktu z systemem leczenia [35, 36].

Zasady *harm reduction* w DD obejmują: realistyczne, etapowe cele terapeutyczne, priorytet bezpieczeństwa i ciągłości leczenia schizofrenii, unikanie konfrontacji i moralizowania, indywidualne plany na wypadek nawrotu [23, 35].

Raporty europejskie i przeglądy systematyczne wskazują, że integracja zasad redukcji szkód z leczeniem psychiatrycznym poprawia retencję w opiece i ogranicza poważne konsekwencje somatyczne i społeczne używania substancji [36].

Podsumowanie i implikacje kliniczne

Dostępne dane jednoznacznie wskazują, że psychoterapia i interwencje psychospołeczne w DD są skuteczne wyłącznie wtedy, gdy są prowadzone w modelu zintegrowanym. Psychoedukacja, MI, CBT i *harm reduction* nie stanowią konkurencyjnych podejść, lecz komplementarne elementy długoterminowej strategii leczenia. Kluczowe znaczenie ma odejście od krótkoterminowych, „technicystycznych" interwencji na rzecz ciągłej, relacyjnej i realistycznej pracy terapeutycznej, której nadrzędnym celem jest utrzymanie pacjenta w leczeniu i redukcja nawrotów obu zaburzeń. Klasyczne interwencje psychologiczne/psychoterapeutyczne wymagają modyfikacji poznawczych, aby były zrozumiałe i akceptowalne dla pacjentów z psychozą. Pomijanie deficytów poznawczych, obniżonej tolerancji stresu oraz trudności w myśleniu abstrakcyjnym

prowadzi do gorszego zaangażowania pacjentów, wyższych wskaźników przedwczesnego przerywania terapii oraz ograniczonej skuteczności leczenia w tej populacji. Należy też podkreślić, że skuteczność interwencji psychospołecznych w DD jest istotnie ograniczana przez czynniki charakterystyczne dla tej populacji, takie jak nasilone deficyty poznawcze, zaburzenia funkcji wykonawczych, niestabilność objawów psychotycznych, niska regularność uczestnictwa w sesjach oraz częste nawroty używania substancji. Obserwuje się wysokie wskaźniki przedwczesnego przerywania terapii, co dodatkowo utrudnia ocenę realnej efektywności psychoterapii w tej grupie pacjentów.

Skuteczność interwencji psychospołecznych w DD jest ściśle zależna od uzyskania stabilizacji objawowej za pomocą odpowiednio dobranej farmakoterapii przeciwpsychotycznej. Bez kontroli objawów psychotycznych i poprawy funkcji poznawczych możliwości prowadzenia skutecznej psychoterapii pozostają istotnie ograniczone. Interwencje muszą być dostosowane do możliwości poznawczych pacjenta i fazy jego gotowości do zmiany (tab. 5).

Tabela 5. **Zalecenia kliniczne dotyczące psychoterapii i interwencji psychospołecznych**

Obszar	Zalecenie kliniczne	Klasa	Poziom
Etapowość	Realizacja terapii w modelu: zaangażowanie → przekonywanie → aktywne leczenie → zapobieganie nawrotom	I	B
Psychoedukacja	Systematyczna psychoedukacja pacjenta i rodziny od wczesnych etapów leczenia	I	A
Dialog motywujący	Stosowanie dialogu motywującego jako ciągłej ramy komunikacji	I	A
CBT	Wdrażanie CBT po uzyskaniu wstępnej stabilizacji stanu psychicznego	IIa	B
Wsparcie rodziny	Aktywne włączanie rodziny w monitorowanie objawów zwiastunowych nawrotu i wspieranie adherencji	I	A/B

CBT (*Cognitive-behavioural Therapy*) – terapia poznawczo-behawioralna

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.

Niniejsze wytyczne zostały opublikowane w trzech częściach; szczegółowe omówienie pozostałych zagadnień znajduje się w części I [37] oraz części III [38].

Piśmiennictwo

1. Alsuhaibani R, Smith DC, Lowrie R, Aljhani S, Paudyal V. *Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: A systematic review*. BMC Psychiatry 2021; 21(1): 209.
2. Kendall T, Tyrer P, Whittington C, Taylor C; Guideline Development Group. *Assessment and management of psychosis with coexisting substance misuse: Summary of NICE guidance*. BMJ 2011; 342: d1351. Doi: 10.1136/bmj.d1351.
3. Torrens M, Mestre-Pintó JI, Domingo-Salvany A. *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA); 2015.
4. Ward HB, Nemeroff CB, Carpenter LL, Grzenda A, McDonald WM, Carolyn I. Rodriguez CI i wsp. *Substance use disorders in schizophrenia: Prevalence, etiology, biomarkers, and treatment*. Pers. Med. Psychiatry 2023; 39–40: 100106.
5. Alsuhaibani R, Smith DC, Lowrie R, Aljhani S, Paudyal V. *Scope, quality and inclusivity of international clinical guidelines on mental health and substance abuse in relation to dual diagnosis, social and community outcomes: a systematic review.* BMC Psychiatry. 2021 Apr 23;21(1):209. doi: 10.1186/s12888-021-03188-0.
6. 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.
7. Wojnar M, Habrat B, Samochowiec J, Bieńkowski P, Jakubczyk I, Malkowska-Szkutnik I i wsp. *Zaburzenia używania substancji – zasady leczenia farmakologicznego*. W: Jarema M. (red.) *Standardy leczenia farmakologicznego w niektórych zaburzeniach psychicznych*. Gdańsk: Via Medica; 2022. S. 250–287.
8. 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.
9. 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.2021.80320.
10. Kiss B, Horváth A, Némethy Z, Schmidt E, Laszlovszky I, Bugovics G i wsp. *Cariprazine (RGH-188), a dopamine D(3) receptor-preferring, D(3)/D(2) dopamine receptor antagonist-partial agonist antipsychotic candidate: In vitro and neurochemical profile*. J. Pharmacol. Exp. Ther. 2010; 333(1): 328–340.
11. Girgis RR, Slifstein M, D'Souza D, Lee Y, Periclou A, Ghahramani P i wsp. *Preferential binding to dopamine D3 over D2 receptors by cariprazine in patients with schizophrenia using PET with the D3/D2 receptor ligand [11C]-(+)-PHNO*. Psychopharmacology (Berl.). 2016; 233(19–20): 3503–3512. Doi: 10.1007/s00213-016-4382-y.
12. Peris L, Szerman N. *Partial agonists and dual disorders: Focus on dual schizophrenia*. Front. Psychiatry 2021; 12: 769623. Doi: 10.3389/fpsyt.2021.769623.
13. 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.
14. Rodriguez Cruz J, Sahlsten Schölin J, Hjorth S. *Case Report: Cariprazine in a patient with schizophrenia, substance abuse, and cognitive dysfunction*. Front. Psychiatry 2021; 12: 727666. Doi: 10.3389/fpsyt.2021.727666.

15. Gentile S, Marini S, Matarazzo I, De Berardis D, Ventriglio A. *Cariprazine in the treatment of psychosis with comorbid cannabis use: A case report*. Psychiatr. Res. Comm. 2022; 22(2): 100048. Doi: 10.1016/j.psycom.2022.100048.

16. Montes JM, Montes P, Hernandez D. *Cariprazine in Three Acute Patients with Schizophrenia: A Real-World Experience.* Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2021;17: 291 – 296. DOI:10.2147/NDT.S298005.

17. Csehi R, Dombi ZB, Sebe B, Molnár MJ. *Real-life clinical experience with cariprazine: A Systematic review of case studies*. Front. Psychiatry 2022; 13: 827744. Doi: 10.3389/fpsyt.2022.827744.

18. Szerman N, Vega P, Roncero C, Peris L, Grau-López L, Basurte-Villamor I. *Cariprazine as a maintenance treatment in dual schizophrenia: A 6-month observational study in patients with schizophrenia and cannabis use disorder*. Int. Clin. Psychopharmacol. 2025; 40(3): 167–175. Doi: 10.1097/YIC.0000000000000568.

19. Ricci V, De Berardis D, Maina G. *Third-generation antipsychotics and Lurasidone in the treatment of substance-induced psychoses: A narrative review*. Healthcare (Basel) 2024; 12(3): 339. Doi: 10.3390/healthcare12030339.

20. Martinotti G, Chiappini S, Mosca A, Miuli A, Santovito MC, Pettorruso M, Skryabin V, Sensi SL, Giannantonio MD. *Atypical Antipsychotic Drugs in Dual Disorders: Current Evidence for Clinical Practice.* Curr Pharm Des. 2022;28(27):2241-2259. doi: 10.2174/1381612828666220623092853. PMID: 35747956.

21. Drake RE, Osher FC, Noordsy DL, Hurlbut SC, Teague GB, Beaudett MS. *Diagnosis of alcohol use disorders in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1989; 15(4): 581–590. Doi: 10.1093/schbul/16.1.57.

22. Kelly TM, Daley DC. *Integrated treatment of substance use and psychiatric disorders*. Soc. Work Public Health 2013; 28(3–4): 388–406. Doi: 10.1080/19371918.2013.774673.

23. Kikkert M, Goudriaan A, Waal de M, Peen J, Dekker J. *Effectiveness of Integrated Dual Diagnosis Treatment (IDDT) in severe mental illness outpatients with a co-occurring substance use disorder*. J. Subst. Abuse Treat. 2018; 95: 35–42. Doi: 10.1016/j.jsat.2018.09.005.

24. Drake RE, Mueser KT. *Psychosocial approaches to dual diagnosis*. Schizophr. Bull. 2000; 26(1): 105–118. Doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033429.

25. Chetty A, Guse T, Malema M. *Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review*. Health SA Gesondheid. 2023; 28: a2094. Doi: 10.4102/hsag.v28i0.2094.

26. Subodh BN, Sharma MP, Shah R. *Psychosocial interventions in patients with dual diagnosis*. Indian J. Psychiatry 2018; 60(Suppl 4): S466–S473. Doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_18_18.

27. Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L i wsp. *Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: Systematic review and network meta-analysis*. Lancet Psychiatry 2022; 9(3): 211–221. Doi: 10.1016/S2215-0366(21)00437-5.

28. Hode Y, Padovani R, Hikmat W, Guillard-Bouhet N, Attal J, Bralet MC i wsp. *Family psychoeducation in schizophrenia and schizophrenia related disorder, treatment compliance, and suicidal risk reduction: Questions about their relationship from a naturalistic observation*. Front. Psychiatry 2024; 15: 1370566. Doi: 10.3389/fpsyt.2024.1370566.

29. Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J i wsp. *Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia:*

Systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2021; 8(11): 969–980. Doi: 10.1016/S2215-0366(21)00243-1.

30. Barrowclough C, Haddock G, Wykes T, Beardmore T, Conrod P, Craig T i wsp. *Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and substance misuse: Randomised controlled trial*. BMJ 2010; 341: c6325. Doi: 10.1136/bmj.c6325.
31. Martino S, Carroll KM, Kostas D, Perkins J, Rounsaville BJ. *Dual Diagnosis Motivational Interviewing: A modification of Motivational Interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders*. J. Subst. Abuse Treat. 2002; 23(4): 297–308. Doi: 10.1016/S0740-5472(02)00295-7.
32. Berendsen S, Berendse S, Torren van der J, Vermeulen J, Haan de L. *Cognitive behavioural therapy for the treatment of schizophrenia spectrum disorders: An umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials*. EClinicalMedicine 2024; 67: 102392. Doi: 10.1016/j.eclinm.2023.102392.
33. Nessbach D, Simpson A. *Cognitive behavioural therapy and dual diagnosis: A systematic review exploring its effectiveness and implications for nursing practice*. Int. J. Ment. Health Nurs. 2025; 34(5): e70129. Doi: 10.1111/inm.70129.
34. Siddiqui S, Mehta D, Coles A, Selby P, Solmi M, Castle D. *Psychosocial interventions for individuals with comorbid psychosis and substance use disorders: Systematic review and meta-analysis of randomized studies*. Schizophr. Bull. 2024; 28: sbae101. Doi: 10.1093/schbul/sbae101.
35. Ganetsky VS, Feder KA, Burke KN, Desai IK, Harris SJ, Krawczyk N. *Integration of harm reduction principles and practices within specialty substance use treatment programs in New Jersey: A qualitative study of program leadership*. J. Subst. Use Addict. Treat. 2025; 174: 209703. Doi: 10.1016/j.josat.2025.209703.
36. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *European Drug Report 2025: Trends and Developments*. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2025.
37. 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
38. 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 III. Postępowanie w sytuacjach szczególnych. Polskie wytyczne dotyczące leczenia pacjentów z podwójną diagnozą*. Psychiatr. Pol., published online first, https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/230956

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