Psychiatr. Pol. ONLINE FIRST Nr 402: 1–15
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/230958

Współwystępowanie schizofrenii i uzależnień – diagnoza i postępowanie. Wytyczne Grupy Ekspertów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Część I. Epidemiologia i diagnostyka

Co-occurrence of schizophrenia and substance use disorders – diagnosis and management. Guidelines from the Expert Group of the Polish Psychiatric Association. Part I. Epidemiology and 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

This article presents the guidelines of the Polish Psychiatric Association regarding the co-occurrence of schizophrenia and substance use disorders (so-called dual diagnosis). This problem affects 40–60% of people with schizophrenia, and the most commonly used substances are nicotine, alcohol, cannabis, and stimulants. The co-occurrence of substance use disorder worsens the course of the illness, increases the number of relapses and hospitalizations, and raises the risk of suicide, violence, homelessness, and social exclusion, while also making it more difficult to adhere to treatment recommendations.

The document emphasizes the need for integrated diagnosis, including a clinical interview, toxicological testing, information from family members, and standardized tools such as the SCID, PANSS, BPRS, AUDIT, DUDIT, DAST, and ASSIST. It is particularly important to

differentiate schizophrenia from psychoses induced by psychoactive substances. Primary schizophrenia is indicated by the persistence of psychotic symptoms for at least one month after the end of intoxication or substance withdrawal. The guidelines recommend using the ICD-10/11 or DSM-5 criteria and conducting regular, integrated psychiatric and addiction assessments. The authors also point to the need to improve the organization of care and the implementation of comprehensive treatment for patients with dual diagnosis.

Słowa klucze: podwójna diagnoza, wytyczne

Key words: dual diagnosis, guidelines

Wprowadzenie

Na podstawie badań szacuje się, że 50% pacjentów, u których zdiagnozowano schizofrenię, cierpi na co najmniej jedno dodatkowe współwystępujące zaburzenie psychiczne. Najczęstszym zaburzeniem współwystępującym jest zaburzenie związane z używaniem substancji psychoaktywnych (*Substance Use Disorder* – SUD), które dotyka 42–49% pacjentów. Najczęstsze SUD obejmują nikotynę (60–95%), alkohol (20–86%), konopie indyjskie (12–80%) i kokainę (15–50%). Ponadto zaburzenia związane z używaniem wielu substancji zostały zidentyfikowane jako częste zjawisko u pacjentów, przez których alkohol, konopie indyjskie i inne substancje były prawdopodobnie używane jednocześnie [1].

Niektóre określenia diagnostyczne mogą mieć duży wpływ m.in. na to, czy osoby dotknięte zaburzeniami będą szukać pomocy, oraz na jakość otrzymywanego leczenia. W piśmiennictwie wobec osób, u których schizofrenia współwystępuje z SUD, proponowany jest termin „podwójna diagnoza" (*Dual Diagnosis* – DD) jako trafny opis tej jednostki klinicznej. W tych zaleceniach przedstawiamy uzasadnienie naszej rekomendacji dotyczącej jego przyjęcia jako standardowej nomenklatury. Uważamy, że ułatwi to publiczną i profesjonalną dyskusję w tej dziedzinie oraz pomoże zmniejszyć piętno i dyskryminację związane z chorobami psychicznymi ogólnie, a z SUD i uzależnieniami behawioralnymi w szczególności [2].

Wiele badań epidemiologicznych wykazało, że DD są raczej regułą niż wyjątkiem: znaczna część pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne w pewnym momencie swojego życia doświadcza również zaburzeń związanych z używaniem substancji i odwrotnie, co w zależności od różnych czynników demograficznych i konkretnych par zaburzeń może oznaczać od około 40% do 60% przypadków w tej populacji. Podwójna diagnoza jest czymś, czego należy się spodziewać, lecząc osoby z różnymi zaburzeniami psychicznymi, a częstość jej występowania zwiększa się wraz ze wzrostem nasilenia zaburzeń psychicznych [2].

Jeśli spojrzymy z perspektywy osób poszukujących terapii uzależnień, to mimo że dane są dość zróżnicowane, blisko 70% z nich będzie miało inne zaburzenia psychiczne. Dane te najprawdopodobniej są niedoszacowane, ponieważ w ocenie wykorzystano tylko kategorie diagnostyczne, a nie wymiary objawowe. Tego rodzaju informacje są mocno niedoceniane przez ekspertów do spraw zdrowia psychicznego, niezależnie od tego, czy pracują w sieci opieki zdrowotnej, czy w sieci leczenia uzależnień [2].

Zgromadzone dowody sugerują, że DD odzwierciedlają nakładanie się czynników etiologicznych, wspólne czynniki przyczyniające się do ich wystąpienia oraz dwukierunkowe związki między powiązanymi schorzeniami.

Co ważne, DD są często niedostatecznie zgłaszane i niewystarczająco leczone, w dużym stopniu z powodu utrzymujących się trudności w ich zrozumieniu i klasyfikacji. Wysoka częstość ich występowania, w połączeniu z ogromnymi lukami diagnostycznymi i terapeutycznymi, powoduje znaczne obciążenie dla pacjentów, ich rodzin i całego społeczeństwa. Jedną z najbardziej szkodliwych konsekwencji tych systemowych niedoskonałości jest tzw. zjawisko niewłaściwych drzwi, charakterystyczne dla utrzymującej się fragmentaryczności systemu opieki zdrowotnej, a dotyczące pacjentów z DD, którzy nie są pewni, gdzie znaleźć odpowiednie leczenie [1].

Schizofrenia ze współwystępującym SUD wiąże się z wyższym odsetkiem nawrotów i ponownych hospitalizacji w porównaniu ze schizofrenią bez SUD. U osób starszych współwystępujące SUD łączyły się z dłuższym czasem pobytu w szpitalu i współwystępującymi schorzeniami pozapsychiatrycznymi. Niedawna metaanaliza wykazała, że schizofrenia ze współwystępującym zaburzeniem związanym z używaniem konopi indyjskich korelowała ze słabszym stosowaniem się do leczenia farmakologicznego w porównaniu z osobami nieużywającymi konopi [3]. Pomimo słabych wyników leczenia schizofrenii ze współwystępującymi zaburzeniami związanymi z używaniem substancji psychoaktywnych brakuje badań dotyczących skuteczności leczenia farmakologicznego i czynników wspierających przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w tej konkretnej grupie pacjentów. W rzeczywistości pacjenci ze schizofrenią i współwystępującymi zaburzeniami związanymi z używaniem substancji są często wykluczani z badań farmakologicznych, aby uniknąć efektów zakłócających i wysokiego wskaźnika rezygnacji [1].

Podwójna diagnoza jest silnie związana z czynnikami społeczno-ekonomicznymi, które mogą utrudniać powrót do zdrowia, takimi jak słabe wsparcie rodzinne i społeczne, bezrobocie, bezdomność i zachowania niezgodne z prawem. Chociaż profile pacjentów z DD są bardzo zróżnicowane, w populacji tej przeważają mężczyźni, którzy doświadczają wcześniejszego wystąpienia choroby psychicznej, cięższych objawów (głównie pozytywnych i afektywnych) i zachowań związanych z głodem, gorszego funkcjonowania przed chorobą oraz zwiększonej oporności na leczenie. Niektóre raporty wykazały, że nikotyna (pierwsza pod względem rozpowszechnienia), alkohol, kannabinoidy i kokaina są najczęściej używanymi substancjami psychoaktywnymi [4].

Aktualnie dostępne wytyczne (opisane w dalszej części niniejszych rekomendacji) na temat leczenia współistniejących zaburzeń nie są miarodajne i kompleksowe i także wymagają aktualizacji [5]. W związku z tym grupa ekspertów Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego postanowiła opracować wytyczne dotyczące leczenia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i współistniejącego uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Metody opracowania wytycznych

Zalecenia zostały przygotowane przez grupę ekspertów wskazaną do ich opracowania przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP). Pierwsza wersja zaleceń została opracowana przez zespół składający się ze specjalistów psychiatrii, posiadających doświadczenie kliniczne i prowadzących badania w obszarze leczenia zaburzeń psychotycznych i uzależnień. Każdy z ekspertów został poproszony o opracowanie i przedstawienie powierzonego mu fragmentu zaleceń na podstawie przeglądu piśmiennictwa, analizy opublikowanych zaleceń dotyczących danego obszaru oraz własnego doświadczenia klinicznego. Następnie zalecenia zostały przedłożone do oceny i dyskusji wielodyscyplinarnemu zespołowi ekspertów, w którego skład weszli: psycholog kliniczny, specjalista psychoterapii uzależnień, specjalista pielęgniarstwa psychiatrycznego oraz przedstawiciele pacjentów.

Proces opracowania wytycznych oparto na aktualnych standardach metodycznych. Zastosowano system oceny klasy zaleceń oraz poziomu wiarygodności dowodów naukowych oparty na klasyfikacji European Society of Cardiology (ESC) [6], ale bez podziału na poziomy B1 i B2 (tab. 1).

Tabela 1. **Opis klas i poziomu wiarygodności dowodów naukowych [6]**

Klasy zaleceń
Klasa I: Dowody naukowe i/lub ogólne porozumienie wskazują, że dana procedura lub leczenie są korzystne, użyteczne i skuteczne. Zaleca się ich stosowanie
Klasa II: Istnieją sprzeczne dowody naukowe lub rozbieżne opinie na temat użyteczności/skuteczności danej metody
Klasa IIa: Przewaga dowodów/opinii przemawia za użytecznością lub skutecznością. Należy rozważyć zastosowanie
Klasa IIb: Użyteczność lub skuteczność jest słabiej potwierdzona dowodami/opiniami. Można rozważyć zastosowanie
Klasa III: Dowody naukowe lub ogólne porozumienie wskazują, że dana procedura/leczenie nie są skuteczne, a w niektórych przypadkach mogą być szkodliwe. Nie zaleca się ich stosowania
Poziomy wiarygodności (jakość dowodów)
A: Dane pochodzące z wielu badań klinicznych z randomizacją lub z metaanaliz
B: Dane pochodzące z jednego badania z randomizacją lub dużych badań bez randomizacji
C: Konsensus ekspertów i/lub małe badania, badania retrospektywne, rejestry

Niezależnie od powyższej klasyfikacji, eksperci dokonali oceny siły wytycznych zgodnie z systemem GRADE, aby sformułować zalecenia podsumowujące wytyczne. System ten pozwala na oddzielenie jakości dostępnych dowodów naukowych od siły samego zalecenia. W procesie tym brano pod uwagę nie tylko wyniki badań, ale także: (1) bilans korzyści i ryzyka dla pacjenta, (2) pewność co do efektów działań medycznych, (3) wartości i preferencje pacjentów, (4) zasoby i koszty niezbędne do wdrożenia zalecenia [7].

Opracowane wytyczne zostały opisane i zweryfikowane zgodnie z międzynarodowym instrumentem AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation*).

System ten umożliwia ocenę jakości metodologicznej wytycznych w sześciu kluczowych obszarach: (1) zakres i cel wytycznych, (2) udział interesariuszy, (3) rzetelność opracowania, (4) przejrzystość prezentacji, (5) możliwość zastosowania, (6) niezależność redakcyjna [8].

Po opracowaniu wytyczne zostały przedłożone do oceny Zarządowi Głównemu PTP i po ich przedyskutowaniu przyjęte jako zalecenie Towarzystwa.

Współwystępowanie schizofrenii i uzależnień – diagnoza i postępowanie. Dane dotyczące częstości współwystępowania schizofrenii i uzależnień

Zależność między schizofrenią a uzależnieniami ma charakter dwukierunkowy. Z jednej strony pacjenci mogą sięgać po substancje psychoaktywne w ramach „samoleczenia", próbując łagodzić objawy negatywne, izolację socjalną, apatię, dysforię, zaburzenia snu czy działania niepożądane leków, np. poprawiając funkcje poznawcze i redukując stężenia niektórych leków przeciwpsychotycznych za pomocą nikotyny czy redukując ich efekty pozapiramidowe za pomocą kokainy [9, 10]. Osoby chorujące na schizofrenię najczęściej przyjmują substancje psychoaktywne, aby obniżyć poziom depresji (72%), napięcia (64%), zintensyfikować uczucie przyjemności (62%), poprawić zdolność do nauki i pracy (17%), znieść efekty uboczne stosowanych leków (15%), wyeliminować omamy (11%) lub zredukować podejrzliwość (4%) [9]. Z drugiej strony substancje psychoaktywne mogą zwiększać ryzyko wystąpienia psychozy, szczególnie u osób predysponowanych [10].

Osoby z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, np. ze schizofrenią lub innymi zaburzeniami psychotycznymi czy zaburzeniami dwubiegunowymi, mają krótszą oczekiwaną długość życia o 10–20 lat, a większość zgonów w tej grupie jest spowodowana chorobami fizycznymi [11]. Czynnikami ryzyka schorzeń fizycznych są przede wszystkim siedzący tryb życia, palenie papierosów i nadużywanie alkoholu, a brak aktywności i alkohol są również czynnikami ryzyka chorób psychicznych. W praktyce klinicznej jednak współistniejące fizyczne schorzenia są często pomijane u pacjentów psychiatrycznych [11].

Badania epidemiologiczne wskazują, że osoby chorujące na schizofrenię są istotnie bardziej narażone na rozwój uzależnień niż populacja ogólna. Szacuje się, że 40–60% pacjentów ze schizofrenią spełnia w ciągu życia kryteria co najmniej jednego zaburzenia związanego z używaniem substancji psychoaktywnych, podczas gdy w populacji ogólnej odsetek ten wynosi 15–20%. Daje to ponad 4-krotnie większą częstość używania substancji psychoaktywnych u osób ze schizofrenią niż w populacji ogólnej [12, 13]. Oprócz nikotyny, której palenie jest niezwykle częste w schizofrenii (60–90% pacjentów) [14], częstość występowania SUD wynosi średnio 41% dla: nielegalnych substancji – 27%, marihuany – 17–83%, alkoholu – 21–86%, stymulantów (np. amfetaminy, kokainy) – 7–50%, opioidów (np. heroiny) – 5% [12, 15, 16]. Uzależnienie od nikotyny, mimo powszechności, jest rzadko diagnozowane i umieszczane w kartach informacyjnych.

Bardziej predysponowani do używania substancji psychoaktywnych w schizofrenii są pacjenci płci męskiej (48% vs. 22%), osoby w młodszym wieku i mniej wyeduko-

wane [10, 15]. O ile mężczyźni częściej eksperymentują z substancjami aktywnymi, o tyle kobiety częściej używają ich do „samoleczenia" – redukcji stresu, objawów depresji i objawów związanych z traumą [15].

U pacjentów z SUD schizofrenia ujawnia się wcześniej w wypadku zażywania narkotyków niż przy używaniu legalnych substancji, takich jak alkohol [15]. Wśród pacjentów z pierwszym epizodem psychozy 30–70% korzysta z substancji psychoaktywnych, głównie kannabinoidów [12]. Ogólnie stosowanie nielegalnych substancji i kannabinoidów jest częstsze u pacjentów z pierwszym epizodem psychozy niż u pacjentów przewlekłych (36% vs. 22%) [10, 12]. Z kolei sięganie po kannabinoidy jest silnym predyktorem używania stymulantów u chorych z pierwszym epizodem; kombinacja ta z kolei przyczynia się do większej zapadalności na psychozy. Łączny odsetek przejścia z psychozy wywołanej substancją do schizofrenii wynosi 25%, w porównaniu z 36% w wypadku krótkotrwałych, atypowych i nieokreślonych psychoz bez towarzyszących substancji [17]. Najwyższe ryzyko przejścia z psychozy po substancjach psychoaktywnych do schizofrenii jest związane z używaniem marihuany (34%), halucynogenów (26%) i amfetamin (22%). Niższe ryzyko odnotowano dla psychoz wywołanych opioidami (12%), alkoholem (10%) i lekami uspokajającymi (9%) [17]. Poza tym ryzyko to było nieco niższe w starszych grupach i nie miały na nie wpływu płeć, kraj badania, lokalizacja szpitala lub społeczności, środowisko miejskie lub wiejskie, metody diagnostyczne ani czas trwania obserwacji.

Uzależnienia behawioralne również są częstsze u osób ze schizofrenią niż w populacji ogólnej. Uzależnienie od hazardu dotyka 8–15% osób ze schizofrenią (w porównaniu z 1–6% w populacji ogólnej), a nadmierne korzystanie z Internetu dotyczy 22–26% (w porównaniu z 1–10% w populacji ogólnej). Mniej dowodów natomiast potwierdza wyższą częstość występowania w tej populacji uzależnień behawioralnych, takich jak zaburzenia związane z grami, kompulsywne zachowania seksualne lub kompulsywne zakupy [18, 19].

Konsekwencje kliniczne i społeczne współwystępowania

Używanie substancji psychoaktywnych przez osoby cierpiące na schizofrenię prowadzi często do ich gorszego ogólnego funkcjonowania z konsekwencjami klinicznymi, np. gorszym rokowaniem i bardziej przewlekłym przebiegiem choroby, częstszymi i cięższymi nawrotami psychozy z towarzyszącymi objawami negatywnymi, dezorganizacji, agresji, autoagresji, wysokim ryzykiem samobójstwa, zaburzeniami poznawczymi, obniżoną skutecznością farmakoterapii, słabszą adherencją do leczenia, częstszymi infekcjami ludzkim wirusem niedoboru odporności oraz wirusami zapalenia wątroby. Do najważniejszych skutków społecznych używania substancji psychoaktywnych w schizofrenii należą bezrobocie i marginalizacja społeczna, bezdomność, konflikty z prawem, obciążenie rodzin i systemu opieki społecznej. Z kolei z ekonomicznego punktu widzenia pacjenci z DD generują wyższe koszty leczenia szpitalnego, większe zużycie zasobów systemu ochrony zdrowia oraz pośrednie koszty związane z utratą produktywności, częściej wymagają hospitalizacji i rehospitalizacji psychiatrycznych, a ich pobyty są zwykle dłuższe i bardziej kosztowne [4, 12, 15].

Ponadto substancje psychoaktywne znacznie utrudniają diagnostykę schizofrenii. I tak np. przewlekłe palenie marihuany może skutkować utrzymywaniem się aktywnych kannabinoidów w moczu nawet przez kilka miesięcy [20]. Z kolei przewlekłe picie alkoholu może zaburzać funkcje poznawcze nawet do pół roku po jego odstawieniu [21]. Wśród pacjentów ze schizofrenią około 13% popełnia co najmniej jedno przestępstwo z użyciem przemocy w porównaniu z 5% w populacji ogólnej. Ryzyko agresji jest jednak ograniczone głównie do pacjentów ze współistniejącym używaniem substancji psychoaktywnych (27%), podczas gdy u pacjentów ze schizofrenią bez współistniejącego używania substancji ryzyko to wynosi zaledwie około 8%. Używanie substancji psychoaktywnych podnosi więc ryzyko agresji u tych pacjentów ponad 4-krotnie [22].

Mimo tak częstego współwystępowania schizofrenii i zaburzeń związanych z używaniem substancji psychoaktywnych oraz tak wielkiej skali negatywnych następstw tego współwystępowania zadziwiające jest, że wciąż tylko 7% osób na świecie otrzymuje skuteczne leczenie współwystępujących zaburzeń psychicznych i używania substancji psychoaktywnych [23].

Postępowanie diagnostyczne w razie współwystępowania schizofrenii i uzależnień

W celu ustalenia rozpoznania DD – schizofrenii współwystępującej z uzależnieniem – powinniśmy się posługiwać obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi obu współwystępujących zaburzeń. W naszym obszarze posługujemy się zazwyczaj kryteriami rozpoznania według klasyfikacji międzynarodowej ICD-10 (wkrótce ICD-11), rzadziej według klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM. Rozpoznanie schizofrenii jest oparte na obecności charakterystycznych objawów psychotycznych, czasie ich trwania oraz wykluczeniu innych przyczyn.

Zgodnie z kryteriami ICD-10 rozpoznanie schizofrenii wymaga obecności co najmniej jednego z tzw. objawów pierwszorzędowych (np. echo myśli, urojenia oddziaływania, głosy komentujące) lub co najmniej dwóch objawów z listy objawów drugorzędowych (np. utrwalone omamy, rozkojarzenie, negatywizm, objawy katatoniczne, objawy negatywne) przez większość czasu przez co najmniej miesiąc. Muszą być wykluczone zaburzenia afektywne oraz zaburzenia o etiologii organicznej [24, 25]. W klasyfikacji ICD-11 kryteria schizofrenii są zbliżone, ale uproszczone: wymagane są typowe objawy psychotyczne (urojenia, omamy, rozkojarzenie myślenia, objawy negatywne) utrzymujące się przez co najmniej miesiąc, z wyraźnym upośledzeniem funkcjonowania. Klasyfikacja ICD-11 zrezygnowała z wyodrębniania podtypów schizofrenii i podkreśliła wymiarowy charakter objawów [24–26].

W klasyfikacji DSM-5 rozpoznanie schizofrenii wymaga obecności co najmniej dwóch z pięciu objawów (urojenia, omamy, rozkojarzenie myślenia, znacznie rozkojarzone lub katatoniczne zachowanie, objawy negatywne), z których przynajmniej jeden powinien być urojeniem, omamem lub rozkojarzeniem. Objawy muszą trwać co najmniej 6 miesięcy (w tym co najmniej miesiąc aktywnych objawów) i powodować istotne upośledzenie funkcjonowania [26–28].

W kryteriach diagnostycznych ICD-10 uzależnienie może być rozpoznane wtedy, gdy w okresie ostatnich 12 miesięcy wystąpią co najmniej trzy z następujących objawów: silna potrzeba użycia substancji, utrata kontroli, objawy abstynencyjne, tolerancja, zaniedbanie innych zainteresowań i kontynuacja używania mimo szkód [29]. W klasyfikacji ICD-11 kryteria uzależnienia obejmują wzorzec nawracającego epizodycznego lub ciągłego przyjmowania substancji psychoaktywnej z upośledzoną regulacją jej używania manifestującą się co najmniej dwoma z wymienionych objawów: utratą kontroli nad używaniem substancji (np. początkiem, ilością, czasem trwania, zakończeniem, częstością, okolicznościami); wzrastającym priorytetem używania substancji wobec innych aspektów życia (włączając codzienne aktywności i obowiązki, dbanie o zdrowie), skutkującym tym, że substancje są wciąż używane mimo szkodliwych następstw i negatywnych konsekwencji; objawami fizjologicznymi wskazującymi na neuroadaptację do substancji, w tym: tolerancją, zespołem abstynencyjnym lub powtarzanym używaniem substancji czy przyjmowaniem leków w celu zapobiegania objawom lub złagodzenia objawów abstynencyjnych. Rozpoznanie uzależnienia można ustalić po roku utrzymywania się wymienionych objawów, ale w wypadku ciągłego używania substancji – codziennego lub prawie codziennego – już po 3 miesiącach [30].

Amerykańska klasyfikacja DSM-5 zamiast uzależnienia wprowadza pojęcie zaburzenia używania substancji, które może być rozpoznane, gdy w ciągu 12 miesięcy wystąpią co najmniej dwa z jedenastu objawów (m.in. utrata kontroli, duży nakład czasu na zdobycie/zażywanie substancji, głód substancji, porzucenie innych aktywności, tolerancja, objawy abstynencyjne, kontynuacja używania mimo doświadczanych szkód). Stopień nasilenia zaburzenia określa się na podstawie liczby stwierdzonych objawów [28, 31]. Wszystkie systemy klasyfikacyjne wymagają wykluczenia innych przyczyn objawów oraz uwzględniają wymiarowy charakter zaburzeń psychicznych [24–26].

W diagnostyce współwystępowania schizofrenii i zaburzeń związanych z używaniem substancji u pacjentów z DD zaleca się stosowanie zintegrowanych narzędzi przesiewowych, wywiadu klinicznego oraz skal oceny, które umożliwiają identyfikację współistniejących zaburzeń i ich wzajemnych interakcji. Do najważniejszych narzędzi przesiewowych należy skala K6 (*Kessler Psychological Distress Scale*), która jest krótka, łatwa w użyciu i wykazuje dobrą trafność w wykrywaniu poważnych zaburzeń psychicznych, w tym schizofrenii, u osób z zaburzeniami używania substancji [32]. W praktyce klinicznej szeroko stosuje się także ustrukturowany wywiad SCID (*Structured Clinical Interview for DSM Disorders*), który pozwala na systematyczną ocenę zarówno objawów psychotycznych, jak i zaburzeń używania substancji, z wysoką zgodnością diagnostyczną [33]. Wywiad kliniczny powinien być pogłębiony, obejmować szczegółową analizę czasu pojawienia się objawów względem użycia substancji, historię wcześniejszych epizodów psychotycznych oraz ocenę funkcjonowania społecznego i poznawczego [34–36].

Do oceny nasilenia objawów psychotycznych rekomendowane są takie skale, jak PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) oraz BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*), które umożliwiają monitorowanie dynamiki objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii w kontekście współwystępowania zaburzeń używania substancji [37, 38]. Do oceny wzorców używania substancji stosuje się takie narzędzia, jak AUDIT

(*Alcohol Use Disorders Identification Test*), DUDIT (*Drug Use Disorders Identification Test*), DAST (*Drug Abuse Screening Test*) oraz ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) [38, 39].

Zalecane jest łączenie różnych metod diagnostycznych: wywiadu klinicznego, skal oceny, testów toksykologicznych oraz informacji od osób trzecich, co zwiększa trafność rozpoznania DD [33, 40, 41]. Diagnostyka powinna być prowadzona w sposób zintegrowany i powtarzany w czasie, z uwzględnieniem zmienności objawów oraz wpływu substancji na obraz kliniczny [34, 36, 41].

Różnicowanie objawów psychotycznych (pozytywnych i negatywnych) z objawami związanymi z używaniem substancji (objawy intoksykacji, objawy abstynencyjne) u pacjentów z DD opiera się na kilku kluczowych kryteriach klinicznych. Objawy psychotyczne pierwotne (np. w schizofrenii) charakteryzują się utrzymywaniem się przez dłuższy czas (≥1 miesiąc po zakończeniu intoksykacji lub po odstawieniu substancji), obecnością objawów negatywnych (anhedonia, wycofanie społeczne, spłycenie afektu), typowym wiekiem zachorowania oraz często dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku zaburzeń psychotycznych. Objawy pierwotnych zaburzeń psychotycznych występują niezależnie od używania substancji i nie są ograniczone do okresu intoksykacji czy odstawienia [28, 42, 43]. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne podkreśla, że utrzymywanie się objawów psychotycznych przez co najmniej miesiąc po ustaniu działania substancji przemawia za pierwotnym zaburzeniem psychotycznym [28].

Objawy psychotyczne związane z używaniem substancji (w indukowanych zaburzeniach psychotycznych) pojawiają się w trakcie intoksykacji lub tuż po odstawieniu substancji, są zwykle krótkotrwałe, mają nagły początek i ustępują po eliminacji substancji. Często towarzyszą im zachowany krytycyzm wobec objawów (lepszy wgląd), mniej nasilone objawy negatywne, a objawy pozytywne (omamy i urojenia) dominują w obrazie klinicznym. Typowe są także inne objawy towarzyszące intoksykacji lub odstawieniu substancji (np. pobudzenie, lęk, zaburzenia świadomości) [28, 42–44]. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zaleca, by rozpoznanie indukowanych zaburzeń psychotycznych stawiać wtedy, gdy objawy pojawiają się w bezpośrednim związku czasowym z użyciem lub odstawieniem substancji i ustępują po jej całkowitej eliminacji [28].

W praktyce klinicznej, szczególnie u pacjentów z DD, konieczne są dynamiczna obserwacja i powtarzana ocena objawów po okresie abstynencji, aby ustalić charakter zaburzenia [36, 43, 44]. Pomocne są także: wywiad dotyczący czasu pojawienia się objawów względem użycia substancji; obiektywne badania toksykologiczne (np. testy moczu na obecność substancji psychoaktywnych) [45, 46]; ocena obecności objawów typowych dla intoksykacji/odstawienia (np. drżenie, tachykardia, zaburzenia świadomości) [28].

Aktualne kryteria diagnostyczne i algorytmy kliniczne, pozwalające na odróżnienie indukowanych zaburzeń psychotycznych od pierwotnych zaburzeń psychotycznych według najnowszych wytycznych (opublikowanych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w klasyfikacji DSM-5) oraz w klasyfikacji ICD-11, opierają się na kilku kluczowych elementach wymienionych w punktach poniżej.

1. Kryteria DSM-5 [28, 42]:
   – Objawy psychotyczne (urojenia, omamy) powinny pojawić się podczas lub wkrótce po intoksykacji, odstawieniu lub ekspozycji na substancję lub lek, i istnieją dowody (wywiad, badanie fizykalne, wyniki laboratoryjne) na obecność substancji zdolnej wywołać takie objawy.
   – Objawy nie są lepiej wyjaśnione przez pierwotne zaburzenie psychotyczne – objawy nie poprzedzają użycia substancji, nie utrzymują się przez ≥1 miesiąc po zakończeniu intoksykacji/odstawienia, brak wywiadu w kierunku wcześniejszych epizodów psychotycznych.
   – Objawy nie występują wyłącznie w przebiegu zaburzeń świadomości o typie majaczenia.
   – Objawy powodują istotne zaburzenia funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach.
   – Jeśli pacjent zachowuje krytycyzm wobec objawów (np. wie, że są wywołane przez substancję psychoaktywną), rozpoznaje się intoksykację lub zespół abstynencyjny z zaburzeniami percepcji, a nie zaburzenie psychotyczne indukowane substancją.
2. Kryteria ICD-11 [46]:
   – ICD-11 stosuje podobne zasady: objawy psychotyczne muszą być bezpośrednio związane czasowo z użyciem substancji, nie mogą być lepiej wyjaśnione innym zaburzeniem, a objawy muszą być wystarczająco nasilone, by uzasadniać rozpoznanie.
3. Kliniczny algorytm diagnostyczny [28, 42]:
   – Zbieranie szczegółowego wywiadu dotyczącego czasu pojawienia się objawów względem użycia substancji.
   – Ocena obecności objawów po okresie abstynencji (≥1 miesiąc) – utrzymywanie się objawów przemawia za pierwotnym zaburzeniem psychotycznym.
   – Badania toksykologiczne i laboratoryjne potwierdzające obecność substancji.
   – Wykluczenie innych przyczyn (np. majaczenie, choroby somatyczne).
   – W razie wątpliwości dynamiczna obserwacja i powtarzana ocena objawów po całkowitej eliminacji substancji.

Podsumowując – kluczowe jest powiązanie czasowe objawów z użyciem substancji, ich ustępowanie po eliminacji substancji oraz brak wcześniejszych epizodów psychotycznych. Wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-5) oraz ICD-11 są zgodne w tym zakresie [28, 46]. W wypadku pacjentów z DD zalecane jest powtarzane monitorowanie objawów po okresie abstynencji oraz integracja leczenia psychiatrycznego i uzależnień [36].

Do substancji psychoaktywnych najczęściej powodujących objawy przypominające objawy psychotyczne u pacjentów z DD należą przede wszystkim: kannabinoidy

(w tym syntetyczne), amfetaminy i pochodne, kokaina, alkohol, fencyklidyna (PCP), halucynogeny, syntetyczne katynony, opioidy (rzadko), benzodiazepiny oraz leki o działaniu antycholinergicznym [28, 39, 45, 47]. W grupie młodzieży i młodych dorosłych dominują kannabinoidy (zwłaszcza silnie działające i syntetyczne), które są silnie związane z ryzykiem rozwoju objawów psychotycznych, szczególnie przy codziennym używaniu lub ekspozycji w wieku nastoletnim [49, 50]. U dorosłych częściej obserwuje się psychotyczne reakcje po amfetaminach, kokainie, alkoholu oraz przy użyciu kilku substancji na raz [28, 45]. Syntetyczne kannabinoidy („Spice", „K2") oraz katynony (*bath salts*) charakteryzują się szczególnie wysokim ryzykiem wywołania ostrych i atypowych objawów psychotycznych, często z silnym pobudzeniem psychoruchowym i zaburzeniami percepcji [48].

Objawy psychotyczne po substancjach psychoaktywnych z reguły obejmują dominujące objawy pozytywne (omamy, urojenia, dezorganizacja myślenia), rzadziej objawy negatywne (anhedonia, wycofanie społeczne) [36, 47]. W wypadku intoksykacji i odstawienia alkoholu, benzodiazepin czy barbituranów objawy psychotyczne mogą być częścią zespołu majaczeniowego [28]. Według Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego do substancji najczęściej wywołujących zaburzenia psychotyczne należą: alkohol, kannabinoidy, halucynogeny (w tym PCP), środki wziewne, leki uspokajające i nasenne, amfetaminy, kokaina oraz nowe substancje psychoaktywne. W wypadku leków objawy psychotyczne mogą być wywołane m.in. przez leki antycholinergiczne, kortykosteroidy, leki przeciwparkinsonowskie czy niektóre leki przeciwnadciśnieniowe [28].

W różnicowaniu objawów psychotycznych u pacjentów z DD należy szczególną uwagę zwrócić na używanie kannabinoidów (w tym syntetycznych), amfetamin, kokainy, alkoholu, halucynogenów oraz katynonów, które najczęściej indukują objawy psychotyczne w różnych grupach wiekowych i klinicznych [28, 45, 47–51]. Proces diagnostyczny musi obejmować ocenę zarówno schizofrenii, jak i uzależnień (tab. 2).

Tabela 2. **Zalecenia kliniczne dotyczące diagnozy i oceny stanu pacjenta**

Obszar	Zalecenie kliniczne	Klasa	Poziom
Kryteria rozpoznania	Stosowanie obowiązujących klasyfikacji ICD-10/11 lub DSM-5, w razie wątpliwości ustrukturyzowanego wywiadu klinicznego SCID, do równoległego rozpoznania obu zaburzeń	I	A
Ocena zintegrowana	Łączenie wywiadu, skal i kwestionariuszy klinicznych, informacji od osób trzecich oraz testów toksykologicznych	I	B
Narzędzia przesiewowe	Wykorzystanie skali K6 do identyfikacji zaburzeń psychicznych u osób uzależnionych	IIa	B
Ocena używania alkoholu i substancji psychoaktywnych	Stosowanie zwalidowanych narzędzi: AUDIT, DUDIT, DAST lub ASSIST do oceny stopnia używania alkoholu i substancji psychoaktywnych u pacjentów chorujących na schizofrenię	IIa	A
Różnicowanie	Przyjęcie kryterium 1 miesiąca utrzymywania się objawów po odstawieniu substancji jako wskaźnika pierwotnej psychozy	IIa	B

ASSIST – *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*; AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*; DAST – *Drug Abuse Screening Test;* DUDIT – *Drug Use Disorders Identification Test*; SCID – *Structured Clinical Interview for DSM Disorders*

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 II [52] oraz części III [53].

Piśmiennictwo

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Jüni P, Antoniou S, Arbelo E, Buccheri S, Cikes M, Costa da BR i wsp. *2024 Revision of the level of evidence grading system for ESC clinical practice guideline recommendations I: Therapy and prevention*. Eur. Heart J. 2025; 46(20): 1885–1894. Doi: 10.1093/eurheartj/ehaf009.
7. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P i wsp.; GRADE Working Group. *GRADE: An emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations*. BMJ 2008; 336(7650): 924–926. Doi: 10.1136/bmj.39489.470347.AD.
8. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G i wsp.; for the AGREE Next Steps Consortium. *AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care*. CMAJ 2010; 182(18): E839–E842. Doi: 10.1503/cmaj.090449.
9. Dixon L, Haas G, Weiden PJ, Sweeney J, Frances AJ. *Drug abuse in schizophrenic patients: Clinical correlates and reasons for use*. Am. J. Psychiatry 1991; 148(2): 224–230. Doi: 10.1176/ajp.148.2.224.
10. 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.
11. 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).

12. Khokhar JY, Dwiel LL, Henricks AM, Doucette WT, Green AI. *The link between schizophrenia and substance use disorder: A unifying hypothesis*. Schizophr. Res. 2018; 194: 78–85. Doi: 10.1016/j.schres.2017.04.016.
13. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL i wsp. *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study*. JAMA 1990; 264(19): 2511–2518.
14. Ding JB, Hu K. *Cigarette smoking and schizophrenia: Etiology, clinical, pharmacological, and treatment implications*. Schizophr. Res. Treatment 2021; 2021: 7698030. Doi: 10.1155/2021/7698030.
15. 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.
16. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TRE, Jones PB, Burke M i wsp. *Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review*. Lancet 2007; 370(9584): 319–328. Doi: 10.1016/S0140-6736(07)61162-3.
17. 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.
18. Corbeil O, Béchard L, Anderson É, Huot-Lavoie M, Desmeules C, Bachand L i wsp. *Prevalence of schizophrenia spectrum and other psychotic disorders in problem gambling: A systematic review and meta-analysis*. Eur. Psychiatry 2024; 67(1): e56. Doi: 10.1192/j.eurpsy.2024.1777.
19. Lee JY, Chung YC, Song JH, Lee YH, Kim JM, Shin IS i wsp. *Contribution of stress and coping strategies to problematic Internet use in patients with schizophrenia spectrum disorders*. Compr. Psychiatry 2018; 87: 89–94. Doi: 10.1016/j.comppsych.2018.09.007.
20. Galhenage J, Rodrigo A. *Prolonged detection of cannabis in urine of a consumer in a Forensic hospital, Victoria, Australia, up to 102 days of abstinence – A case report*. Psychiatry Res. Case Rep. 2023; 2(1): 100089. Doi: 10.1016/j.psycr.2022.100089.
21. Waszkiewicz N, Galińska-Skok B, Nestsiarovich A, Kułak-Bejda A, Wilczyńska K, Simonienko K i wsp. *Neurobiological effects of binge drinking help in its detection and differential diagnosis from alcohol dependence*. Dis. Markers 2018; 2018: 5623683. Doi: 10.1155/2018/5623683.
22. 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.
23. Vigo DV, Stein DJ, Harris MG, Kazdin AE, Viana MC, Munthali R i wsp.; World Mental Health Survey Collaborators. *Effective treatment for mental and substance use disorders in 21 countries*. JAMA Psychiatry 2025; 82(4): 347–357. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.4378.
24. Tandon R. *The nosology of schizophrenia: Toward DSM-5 and ICD-11*. Psychiatr. Clin. North Am. 2012; 35(3): 557–569. Doi: 10.1016/j.psc.2012.06.001.
25. Biedermann F, Fleischhacker WW. *Psychotic disorders in DSM-5 and ICD-11*. CNS Spectr. 2016; 21(4): 349–354. Doi: 10.1017/S1092852916000316.
26. Leucht S, Os van J, Jäger M, Davis JM. *Prioritization of psychopathological symptoms and clinical characterization in psychiatric diagnoses: A narrative review*. JAMA Psychiatry 2024; 81(11): 1149–1158. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.2652.
27. Marder SR, Cannon TD. *Schizophrenia*. N. Engl. J. Med. 2019; 381(18): 1753–1761. Doi: 10.1056/NEJMra1808803.

28. McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD. *Schizophrenia – An overview*. JAMA Psychiatry 2020; 77(2): 201–210. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.3360.
29. Jeste DV, Lieberman JA, Fassler D, Peele R, Benson RS, Young ML i wsp. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
30. Schuckit MA. *Alcohol-use disorders*. Lancet. 2009; 373(9662): 492–501. Doi: 10.1016/S0140-6736(09)60009-X.
31. Saunders JB, Degenhardt L, Reed GM, Poznyak V. *Alcohol Use Disorders in ICD-11: Past, present, and future*. Alcohol Clin. Exp. Res. 2019; 43(8): 1617–1631. Doi: 10.1111/acer.14128.
32. Grant BF, Saha TD, Ruan WJ, Goldstein RB, Chou SP, Jung J i wsp. *Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III*. JAMA Psychiatry 2016; 73(1): 39–47. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.2132.
33. Swartz JA, Lurigio AJ. *Screening for serious mental illness in populations with co-occurring substance use disorders: Performance of the K6 scale*. J. Subst. Abuse Treat. 2006; 31(3): 287–296. Doi: 10.1016/j.jsat.2006.04.009.
34. Desmarais SL, Van Dorn RA, Sellers BG, Young MS, Swartz MS. *Accuracy of self-report, biological tests, collateral reports and clinician ratings in identifying substance use disorders among adults with schizophrenia*. Psychol. Addict. Behav. 2013; 27(3): 774–787. Doi: 10.1037/a0031256.
35. Morojele NK, Saban A, Seedat S. *Clinical presentations and diagnostic issues in dual diagnosis disorders*. Curr. Opin. Psychiatry 2012; 25(3): 181–186. Doi: 10.1097/YCO.0b013e328351a429.
36. Ross S, Peselow E. *Co-occurring psychotic and addictive disorders: Neurobiology and diagnosis*. Clin. Neuropharmacol. 2012; 35(5): 235–243. Doi: 10.1097/WNF.0b013e318261e193.
37. Chiappini S, Mosca A, Miuli A, d'Andrea G, Cavallotto C, Semeraro F i wsp. *Exploring dual diagnoses: Psychopathological characteristics in the co-occurrence of schizophrenia and addiction – A scoping review*. Psychopathology 2025. Doi: 10.1159/000547322.
38. Carey KB. *Clinically useful assessments: Substance use and comorbid psychiatric disorders*. Behav. Res. Ther. 2002; 40(11): 1345–1361. Doi: 10.1016/s0005-7967(02)00039-6.
39. Reilly J, Meurk C, Heffernan E, Sara G. *Substance use disorder screening and brief intervention in routine clinical practice in specialist adult mental health services: A systematic review.* Aust. N. Z. J. Psychiatry 2023; 57(6): 793–810. Doi: 10.1177/00048674221148394.
40. RachBeisel J, Scott J, Dixon L. *Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: A review of recent research*. Psychiatr. Serv. 1999; 50(11): 1427–1434. Doi: 10.1176/ps.50.11.1427.
41. Drake RE, Mueser KT. *Psychosocial approaches to dual diagnosis*. Schizophr. Bull. 2000; 26(1): 105–118. Doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033429.
42. Caton CL, Drake RE, Hasin DS, Dominguez B, Shrout PE, Samet S i wsp. *Differences between early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychoses*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62(2): 137–145. Doi: 10.1001/archpsyc.62.2.137.
43. Fraser S, Hides L, Philips L, Proctor D, Lubman DI. *Differentiating first episode substance induced and primary psychotic disorders with concurrent substance use in young people*. Schizophr. Res. 2012; 136(1–3): 110–115. Doi: 10.1016/j.schres.2012.01.022.
44. Baldaçara L, Ramos A, Castaldelli-Maia JM. *Managing drug-induced psychosis*. Int. Rev. Psychiatry 2023; 35(5–6): 496–502. Doi: 10.1080/09540261.2023.2261544.
45. Lawrie SM, O'Donovan MC, Saks E, Burns T, Lieberman JA. *Towards diagnostic markers for the psychoses*. Lancet Psychiatry 2016; 3(4): 375–385. Doi: 10.1016/S2215-0366(16)00021-3.

46. Lieberman JA, First MB. *Psychotic disorders*. N. Engl. J. Med. 2018; 379(3): 270–280. Doi: 10.1056/NEJMra1801490.

47. Fiorentini A, Cantù F, Crisanti C, Cereda G, Oldani L, Brambilla P. *Substance-induced psychoses: An updated literature review*. Front. Psychiatry 2021; 12: 694863. Doi: 10.3389/fpsyt.2021.694863.

48. Ricci V, Chiappini S, Martinotti G, Maina G. *Novel psychoactive substances and psychosis: A comprehensive systematic review of epidemiology, clinical features, neurobiology, and treatment*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2025; 178: 106384. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2025.106384.

49. Hua LL; Committee on Adolescence. *Collaborative care in the identification and management of psychosis in adolescents and young adults*. Pediatrics 2021; 147(6): e2021051486. Doi: 10.1542/peds.2021-051486.

50. Myran DT, Harrison LD, Pugliese M, Solmi M, Anderson KK, Fiedorowicz JG i wsp. *Transition to schizophrenia spectrum disorder following Emergency Department Visits due to substance use with and without psychosis*. JAMA Psychiatry 2023; 80(11): 1169–1174. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.3582.

51. Samochowiec J. *Three cases of dual diagnosis: paranoid schizophrenia and cannabis use disorder – Case studies and literature review*. Psychiatria Spersonalizowana / Personalized Psychiatry 2025; 4(1): 71–75. Doi: 10.5114/psychs.2025.153197.

52. 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

53. 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