

Peter Falkai
Néstor Szerman
János Kálmán
Mihaela Osadci

OTEVŘENÁ KNIHA 2

**PRO RODINY,
VE KTERÝCH ŽIJÍ LIDÉ SE SCHIZOFRENIÍ
A PORUCHAMI SPOJENÝMI
S UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK**

editor

PETER FALKAI

tato kniha je
doporučena
asociací



WADD
World Association
on Dual Disorders

s podporou



GEDEON RICHTER

Otevřená kniha 2

Pro rodiny, ve kterých žijí lidé se schizofrenií a poruchami spojenými s užíváním návykových látek

Vydáno Inspira Research Ltd.
H-1132 Budapest, Váci Road 18. www.inspira.hu

První vázané vydání srpen 2025.
ISBN 978-615-02-4411-2

Copyright © 2025 Inspira Research Ltd.

Příspěvatelé:

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této knihy nesmí být reprodukována, uchovávána v informačním systému ani přenášena jakýmkoli způsobem bez písemného souhlasu držitele autorských práv, nebo pokud to výslovně neumožňuje zákon, licence či dohoda s příslušnou organizací pro reprografická práva. Pro dotazy týkající se povolení k reprodukci kontaktujte info@inspira.hu.

Informace uvedené v této knize nejsou určeny k diagnostice, léčbě, vyléčení ani prevenci jakéhokoli onemocnění či zdravotního stavu.

Před uplatněním rad, doporučení nebo návrhů uvedených v této knize se prosím poradte se svým lékařem nebo jiným kvalifikovaným zdravotnickým odborníkem.

Autoři, vydavatel, příspěvatelé a další zástupci nenesou odpovědnost ani právní závazky za případné textové chyby nebo škody vzniklé v souvislosti s používáním této knihy. Berte na vědomí, že tato kniha není náhradou konzultace se zdravotnickým pracovníkem nebo licencovaným odborníkem. Než zahájíte jakýkoli zdravotní program nebo provedete změny ve svém životním stylu, poradte se se svým lékařem či jiným kvalifikovaným odborníkem, abyste se ujistili, že jste ve vhodném zdravotním stavu a že příklady uvedené v této knize vám neublíží.

Tato kniha obsahuje informace týkající se fyzického a/nebo duševního zdraví. Použitím této knihy vyjadřujete svůj souhlas s tímto prohlášením o vyloučení odpovědnosti.

Odkazy na webové stránky třetích stran jsou uvedeny autory v dobré víře a pouze pro informační účely. Autoři, příspěvatelé ani jejich zástupci nenesou žádnou odpovědnost za obsah jakýchkoli webových stránek třetích stran, na které je v této knize odkazováno.

Všechna jména uvedená v této knize jsou fiktivní. Jakákoli podobnost se skutečnými osobami, živými či mrtvými, nebo se skutečnými událostmi je čistě náhodná.

Odborné lékařské texty:



Diana Osadci, MD, PhD, je odborná lékařská autorka s praxí v přípravě vědeckých článků, recenzovaných publikací a vzdělávacích materiálů pro pacienty. Je zakladatelkou společnosti DOminoMedical, která se specializuje na oblast medicínských záležitostí a psaní. Diana žije v Budapešti v Maďarsku.

Umělecké zpracování:



Joel Jacob Quinn je grafický designér, ilustrátor a fotograf. Studoval grafický design na Kingston University. Joel žije v Manchesteru ve Velké Británii.

Vydavatelská podpora:



Dóra Szerencsés je certifikovaná ekonomka a výzkumnice v oblasti zdravotnictví, která se věnuje studiu, porozumění a podpoře při řešení problémů, jimž čelí pacienti a jejich pečující rodinní příslušníci. Jejím hlavním výzkumným zaměřením je zlepšování komunikace a spolupráce mezi pacienty, zdravotnickými odborníky a rodinnými pečovateli. Dóra žije v Budapešti v Maďarsku.

Knižní design: Melinda Vince

Tištěno u: Masterdruck Ltd.

S podporou:



GEDEON RICHTER



Prof. Peter Falkai je profesorem a předsedou Katedry psychiatrie a psychoterapie na Univerzitní nemocnici Ludwiga Maximiliána v Mnichově v Německu, a zároveň předsedou Institutu Maxe Plancka pro obor psychiatrie.

V oblasti psychiatrie působí více než 30 let, přičemž jeho hlavním výzkumným zaměřením je neurobiologie psychotických poruch, zejména schizofrenie. Prof. Peter Falkai zastával vedoucí funkce v řadě významných vědeckých společností – mimo jiné byl v letech 2021–2023 prezidentem Evropské psychiatrické asociace (EPA) a v současnosti je prezidentem Světové federace biologických psychiatrických společností (WFSBP). Je také dlouholetým členem Mezinárodní výzkumné společnosti pro schizofrenii (SIRS) a dalších mezinárodních i německých vědeckých organizací. Prof. Falkai vede multidisciplinární výzkumné týmy, které se zaměřují na zkoumání neurobiologických příčin, patomorfologických aspektů a léčebných strategií psychotických poruch, přičemž propojuje klinickou odbornost s translačním výzkumem. Prof. Falkai žije v Mnichově v Německu.



Dr. Néstor Szerman je mezinárodně uznávaný průkopník v oblasti výzkumu závislostí a duálních poruch.

V současnosti zastává funkci prezidenta Světové asociace pro duální poruchy (World Association on Dual Disorders, 2024–2027), předsedy Sekce pro duální poruchy při Světové psychiatrické asociaci (World Psychiatric Association), prezidenta Nadace pro duální poruchy (Dual Disorders Foundation) a působí jako vedoucí výzkumník ve skupině pro neurovědy a duševní zdraví při Výzkumném institutu zdraví Gregorio Marañón v Madridu. Dříve působil jako zakládající prezident Španělské společnosti pro duální poruchy (2005–2016) a dlouholetý vedoucí Oddělení duševního zdraví „Retiro“ při Univerzitní nemocnici Gregorio Marañón.

Dr. Szerman je autorem více než 100 vědeckých publikací, několika odborných knih a nespočtu přednášek na mezinárodních konferencích. Je rovněž členem státních rad Španělska pro závislosti a bezpečné a regulované herní chování. Žije v Madridu ve Španělsku.



Prof. János Kálmán je od roku 2014 vedoucím Katedry psychiatrie na Lékařské fakultě Univerzity Alberta Szent-Györgyiho v Szegedu, Maďarsko.

Jeho klinická a akademická kariéra trvá více než čtyři desetiletí a zahrnuje působení ve Vědecké radě pro klinické neurovědy Maďarské akademie věd, v národním psychiatrickém panelu a v Maďarské psychiatrické asociaci. Prof. Kálmán se věnuje výzkumu v oblasti neurověd, biologické psychiatrie, psychofarmakologie a jazykových (řečových) biomarkerů duševních poruch. Je autorem více než 290 vědeckých publikací. Je uznávaný pro svůj trvalý vědecký přínos, za který obdržel mimo jiné Zlatou medaili Richter (Richter Gold Medal) za celoživotní přínos neurovědám. Žije v Szegedu v Maďarsku.



Mihaela Osadci získala titul Master of Science v oboru klinické psychologie a duševního zdraví na Univerzitě v Sussexu.

Její výzkumná práce se zabývala nervovými mechanismy, které stojí za podmíněnými reakcemi na prostředí spojené s užíváním drog. Má klinické zkušenosti jako psychologická asistentka v zařízeních Conifer Lodge a Venture-People v Brightonu ve Velké Británii, která poskytují rezidenční péči dospělým osobám s duševními obtížemi, během zotavování i při souvisejících potřebách či komorbiditách. Mihaelin hlavní odborný zájem se zaměřuje na souvislost mezi závažnými duševními onemocněními a užíváním návykových látek, zejména na praktické přístupy k zotavení a prevenci relapsu. V současnosti žije v Brightonu ve Velké Británii.

Otevřená kniha 2 je druhým svazkem v sérii, která byla vytvořena s cílem nabídnout upřímné a spolehlivé informace všem, kdo pečují o člověka žijícího se schizofrenií. První díl této série byl koncipován tak, aby pomohl čtenářům porozumět samotné nemoci a poskytl rodinám průvodce na jejich cestě péče o blízkého.

Otevřená kniha o 2 se zaměřuje na častou a náročnou skutečnost – schizofrenii, která se vyskytuje současně s užíváním návykových látek. Jejím cílem je nabídnout pravdivé, na důkazech založené informace a praktická doporučení laskavě poskytnutá uznávanými odborníky v oblasti duševního zdraví.

Co najdete v Otevřené knize 2

1. ZÁKLADNÍ INFORMACE

(Kapitoly 1-6)

- Jak se schizofrenie a užívání návykových látek vzájemně ovlivňují
- Účinky tabáku, alkoholu, konopí, stimulantů a jejich dopad na duševní i celkové zdraví člověka
- Proč je integrovaná péče účinnější než samostatné léčení jednotlivých problémů

2. PRAKTICKÉ RADY PRO PEČOVATELE

(Kapitoly 7-8)

Užitečné tipy pro

- Řešení krizí, prevenci relapsu a dodržování léčby (medikace)
- Vedení rozhovorů, otevírání citlivých témat a budování důvěry v komunikaci

3. JAK PEČOVAT O SEBE, KDYŽ PEČUJETE O DRUHÉ

(Kapitoly 9-10)

Užitečné tipy

- Self-care pečovatele a zvládnání stresu
- Skutečné příběhy lidí, kteří žijí se schizofrenií a se současným užíváním návykových látek, odhalující první překážky, přetrvávající výzvy i společné úspěchy dosažené díky koordinovanému úsilí.



PRO KOHO JE TATO KNIHA

6

Rodiče, partneři, sourozenci, blízcí přátelé, profesionální pečovatelé i pracovníci ve zdravotnictví zde najdou aktuální informace, praktické rady a skutečné příklady ze života, které pomáhají zvládat složité výzvy spojené se schizofrenií a užíváním návykových látek.



Otevřená kniha 2 je navržena tak, aby vám pomohla:

7

VIDĚT CELÝ OBRAZ

Pochopit, proč se duševní poruchy a užívání návykových látek tak často vyskytují společně, co tuto souvislost způsobuje a jak ovlivňuje léčbu a zotavení.

OPŘÍT SE O ODBORNÉ POZNATKY

Každá kapitola vychází z odborných znalostí mezinárodně uznávaných specialistů na duševní zdraví, takže se můžete spolehnout na jejich rady.

SPOLUPRACOVAT S BLÍZKOU OSOBOU

Najdete zde informace a praktická doporučení, jak podpořit tvorbu individuálního léčebného plánu, předcházet relapsům a zvládat krizové situace.

PEČOVAT O SEBE

Když stojíte uprostřed všech povinností a náročných situací, je nesmírně důležité dbát také na své fyzické a duševní zdraví. Péče o sebe není sobecká – je nezbytná, abyste zůstali v rovnováze a mohli dál pomáhat těm, kteří vás potřebují.

POUČIT SE Z PŘÍBĚHŮ ZE ŽIVOTA

Skutečné případy ukazují, jak se jiné rodiny vyrovnávají s nezdary, oslavují malá vítězství a pokračují dál na cestě k uzdravení.

Schizofrenie je

složitá duševní porucha, která zasahuje do mnoha oblastí každodenního života. Může narušovat emoce, zatemňovat myšlení a měnit běžné chování, což ztěžuje dodržování plánů nebo sledování dlouhodobých cílů. Tyto široké dopady se dotýkají i rodiny a přátel, kteří často musí přizpůsobit svůj život, aby mohli poskytovat potřebnou podporu.

Když se schizofrenie vyskytuje zároveň s užíváním návykových látek, zátěž pro rodinu se výrazně zvyšuje. Tato kombinace není nijak vzácná – naopak, a mnohonásobně zvyšuje obtíže, kterým čelí jak samotný člověk, tak i jeho blízcí.





Klinický význam souběžně se vyskytujících poruch

NA KŘIŽOVATCE: Přibližně jedno procento dospělých žije s diagnózou schizofrenie. Příznaky se obvykle objevují v dospívání nebo těsně po dvacátém roku života. Tato kombinace citlivého období života a nemoci může vést k nepředvídatelnému rozhodování a jednání, které bývá často prudké a nerozvážné a může člověka ohrozit. Patří sem například sebepoškození, sebevražedné úmysly nebo užívání různých látek – tabáku, konopí, alkoholu, stimulantů a dalších. Sáhnutí po návykových látkách za účelem uklidnění se může snadno změnit v závislost.

Příznaky samotného onemocnění a užívání látek se navzájem překrývají – jeden stav může spouštět nebo zhoršovat druhý a náhle měnit směr lidského života.

SDÍLENÁ RIZIKA: Mnoho biologických i sociálních faktorů se může překrývat jako možné rizikové faktory pro obě onemocnění. To pomáhá vysvětlit, proč se schizofrenie a užívání návykových látek tak často vyskytují společně.

DOPAD: Souběžný výskyt může urychlit rozvoj příznaků, zkomplikovat výsledky léčby a zvýšit bezpečnostní i emoční zátěž pro rodinu.

Schizofrenie je léčitelná

Stejně jako u jiných dlouhodobých onemocnění lze i u schizofrenie dosáhnout zlepšení při správné péči. Léčba je neúčinnější tehdy, když pacient, lékaři a rodina spolupracují – prostřednictvím přijetí léčby, jejího dodržování a pravidelného sledování. Zotavení nemusí probíhat přímočaře, ale pokrok je možný a dosažitelný.



ZÁKLADNÍ PRINCIPY

ŽÁDNÁ VINA, ŽÁDNÝ STUD

Schizofrenie i užívání návykových látek jsou duševní onemocnění, nikoli morální selhání.

INTEGROVANÁ PÉČE

Individuálně nastavený léčebný plán, který se zaměřuje na schizofrenii i poruchy spojené s užíváním návykových látek současně, bývá účinnější než řešení každého problému zvlášť.

SDÍLENÁ ODPOVĚDNOST

Pokrok přichází rychleji, když zdravotníci, pacient a rodina spolupracují jako jeden tým.

PÉČE O PEČUJÍCÍ

Vzdělávání, odpočinek, podpora a vlastní duševní i tělesná péče jsou pro pečující nezbytné.

Obsah kapitol

Část I: Základní informace



Kapitola 1

Více než náhoda

Schizofrenie a poruchy spojené s užíváním návykových látek

Kapitola 2

Jak čelit dvojí výzvě





Kapitola 3

Užívání tabáku při schizofrenii

Kapitola 4

Užívání alkoholu při schizofrenii



Kapitola 5

Užívání konopí při schizofrenii

Kapitola 6

Užívání stimulantů při schizofrenii



Obsah kapitol

Část II: Praktické rady pro pečovatele



Kapitola 7 Podpora na cestě k zotavení

Kapitola 8 Slova, která nás spojují



Část III: Péče o pečujícího



Kapitola 9 Podpora pro ty, kteří sami podporují

Kapitola 10 Skutečné příběhy



V kapitole 1 najdete

Tato kapitola zkoumá souvislost mezi schizofrenií a poruchami spojenými s užíváním návykových látek (SUD) a klíčové faktory, které stojí za jejich překrýváním. Přestože tyto stavy přinášejí mnoho obtíží, pochopení jejich složitého vztahu otevírá cestu k lepší podpoře a úspěšnější léčbě jak pro jednotlivce, tak pro jejich rodiny.



1.1

Jak spolu souvisejí schizofrenie a poruchy spojené s užíváním návykových látek?



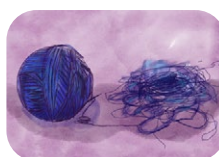
1.2

Proč se schizofrenie a poruchy spojené s užíváním návykových látek překrývají?



1.3

Rozluštění závislosti: klíčové pojmy a jejich význam



1.4

Od návyku k poruše: spektrum závažnosti užívání návykových látek



1.5

Společná cesta k uzdravení: ochranné strategie při duální diagnóze

Více než náhoda

Schizofrenie a poruchy spojené s
užíváním návykových látek





Fakta

Vysoký výskyt komorbidity

Téměř 50% lidí se schizofrenií zároveň trpí poruchami spojenými s užíváním návykových látek, což výrazně komplikuje proces zotavení a zdůrazňuje potřebu integrované léčby.

Složitá souvislost

Současný výskyt schizofrenie a poruch spojených s užíváním návykových látek je výsledkem složitého propojení poruch mozkových funkcí, biologických rizik, snahy o samoléčbu a působení sociálních i environmentálních faktorů.

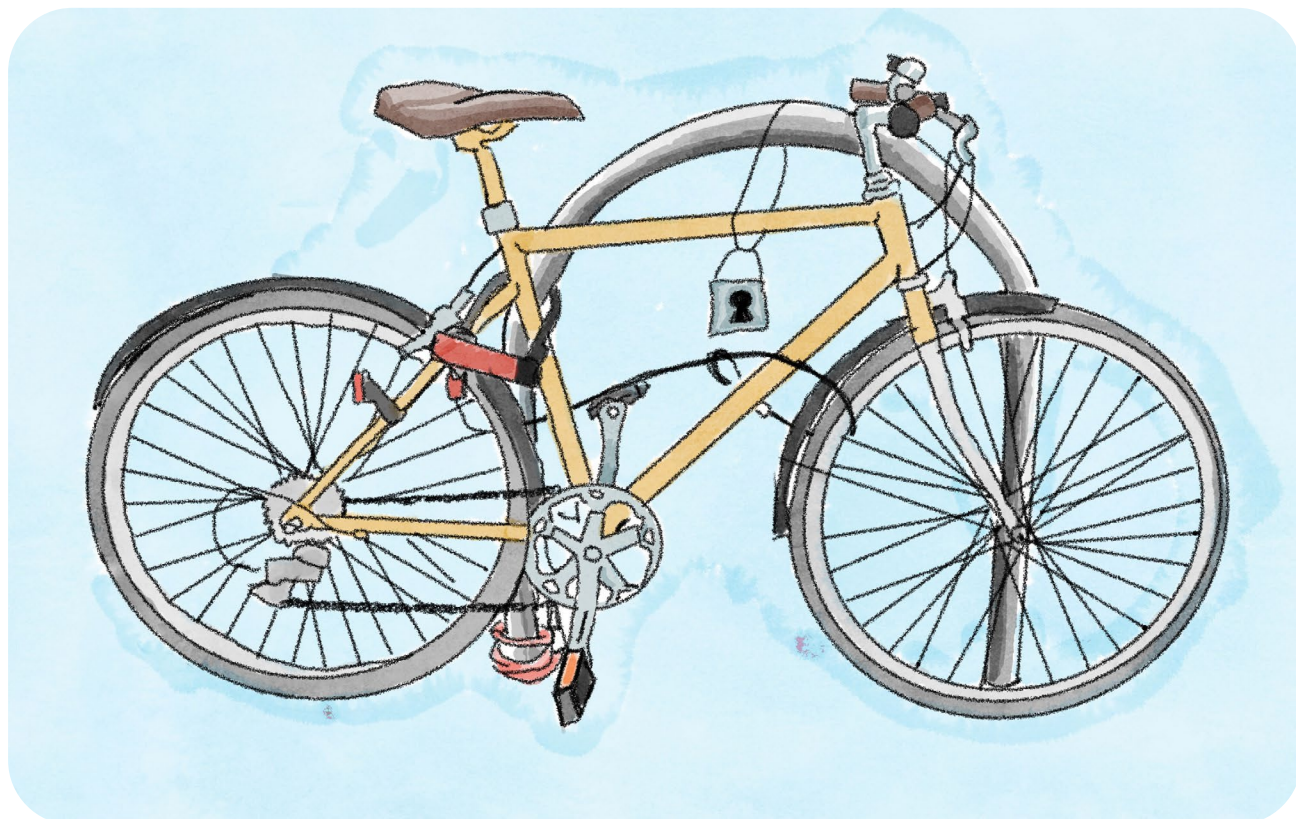
Ochranné strategie mohou podpořit zotavení

Dodržování léčby, pevná síť podpůrných vztahů a integrovaná péče jsou klíčové pro zvládnání těchto souběžných poruch a pro zlepšení průběhu a výsledků léčby pro pacienty a jejich rodiny.

1.1

Jak spolu souvisejí schizofrenie a poruchy spojené s užíváním návykových látek?

19



Je všeobecně známo, že lidé žijící s duševním onemocněním často trpí poruchami spojenými s užíváním návykových látek – a platí to i naopak.

“Duální diagnóza”, uznávaný lékařský termín

Pochopení vzájemného vztahu mezi schizofrenií a poruchami spojenými s užíváním návykových látek bylo pro lékařskou komunitu dlouhodobě výzvou. Složitost této komorbidity často vede k rozdílným názorům mezi odborníky.

Používání různých a někdy matoucích termínů

situaci ještě víc komplikuje – zejména tehdy, když se lékaři snaží tyto poruchy diagnostikovat a léčit zároveň.

Nedostatek jednotné terminologie přispívá k ještě většímu zmatku a nejistotě. To vede také k tzv. „syndromu špatných dveří“ – situaci, kdy lidé marně hledají vhodnou péči, protože systémy pro duševní zdraví a léčbu závislostí fungují odděleně a jejich problémy nejsou řešeny komplexně.

Aby se tento problém překonal, Světová asociace pro duální diagnózy (WADD) doporučuje používat termín **“Duální diagnóza”**.

Tento termín může lidem usnadnit porozumění i komunikaci o těchto stavech **jednodušším a méně stigmatizujícím způsobem.**

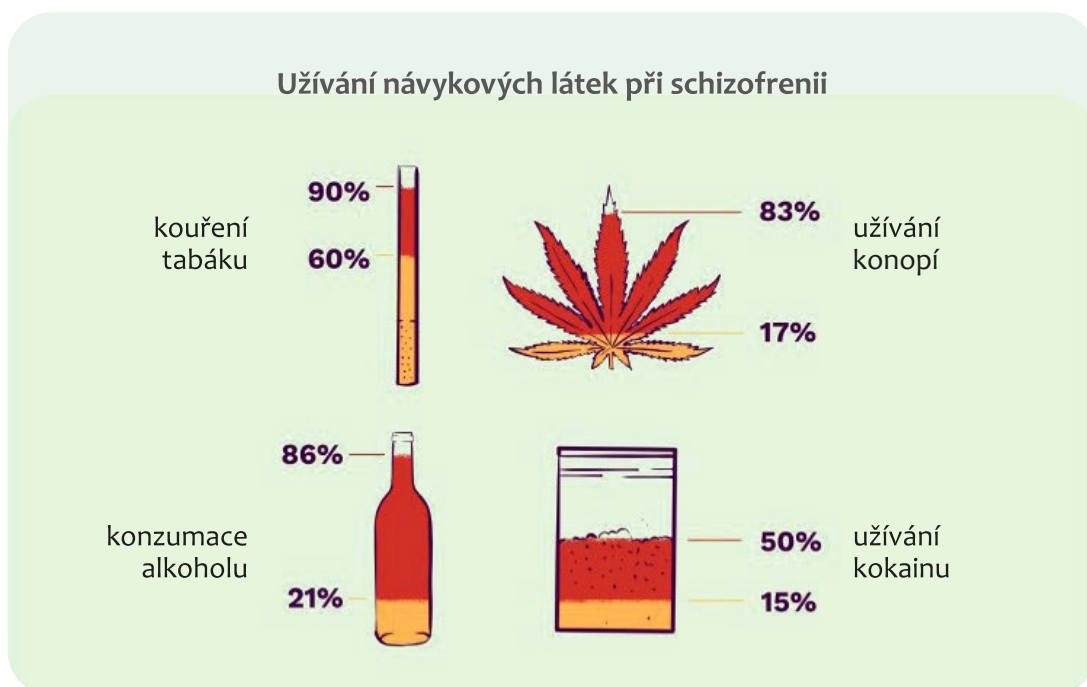
Užívání návykových látek při schizofrenii

Pokud mluvíme o poruchách spojených s užíváním návykových látek, lidé trpící schizofrenií často zápasí s užíváním tabáku, konopí, alkoholu a kokainu.

Celoživotní výskyt užívání těchto látek se pohybuje přibližně mezi 60 až 90 % u kouření tabáku, 17 až 83 % u užívání konopí, 21 až 86 % u konzumace alkoholu a 15 až 50 % u užívání kokainu.

Tyto hodnoty jsou více než trojnásobné ve srovnání s výskytem v běžné populaci.

21



Může psychotická epizoda spustit užívání návykových látek?

Prožití psychotické epizody – zejména té první – a projevy jejích příznaků (například sluchové či zrakové halucinace, neuspořádaná řeč nebo myšlení) mohou být pro člověka bezpochyby **VELMI STRESUJÍCÍ**

A ZNEKLIDŇUJÍCÍ.

Zvláště ve chvíli, kdy na místo dorazí záchranné složky nebo policie, může situace vyvolat šok.

Takto emočně i psychicky náročné události mohou vést k nutkavému rozhodnutí vyzkoušet nebo začít užívat návykové látky.

Jsou lidé s poruchou užívání návykových látek (SUD) náchylnější k rozvoji psychotických poruch?

Lidé s psychotickými poruchami, včetně těch, kteří prožívají svou první psychotickou epizodu, mají ve srovnání s běžnou populací **výrazně vyšší pravděpodobnost**, že se u nich rozvine porucha spojená s užíváním návykových látek.

Výzkumy ukazují, že užívání návykových látek je u lidí s první epizodou psychózy velmi časté – vyskytuje se přibližně u **30% až 70%**.

Ve srovnání se zdravou populací je u těchto osob vyšší pravděpodobnost každodenního užívání konopí a také toho, že jej kouří déle než pět let. Navíc se u lidí se schizofrenií častěji zjišťuje, že začali kouřit tabák ještě před propuknutím onemocnění, než je tomu u lidí bez této poruchy.

Mnoho výzkumů také naznačuje, že užívání konopí může přispívat ke zvýšenému riziku rozvoje schizofrenie.

V jakém období života se tyto dvě poruchy nejčastěji protínají?

Přestože k užívání drog a rozvoji závislosti může dojít v jakékoli fázi života, **často začíná právě v dospívání**, tedy v období, kdy se nejčastěji objevují i první příznaky duševního onemocnění.

Souběžný výskyt schizofrenie a poruch spojených s užíváním návykových látek se objevuje často u mladých lidí. Přibližně **64 až 88%** dospívajících má kromě poruchy spojené s užíváním návykových látek alespoň jedno další duševní onemocnění.

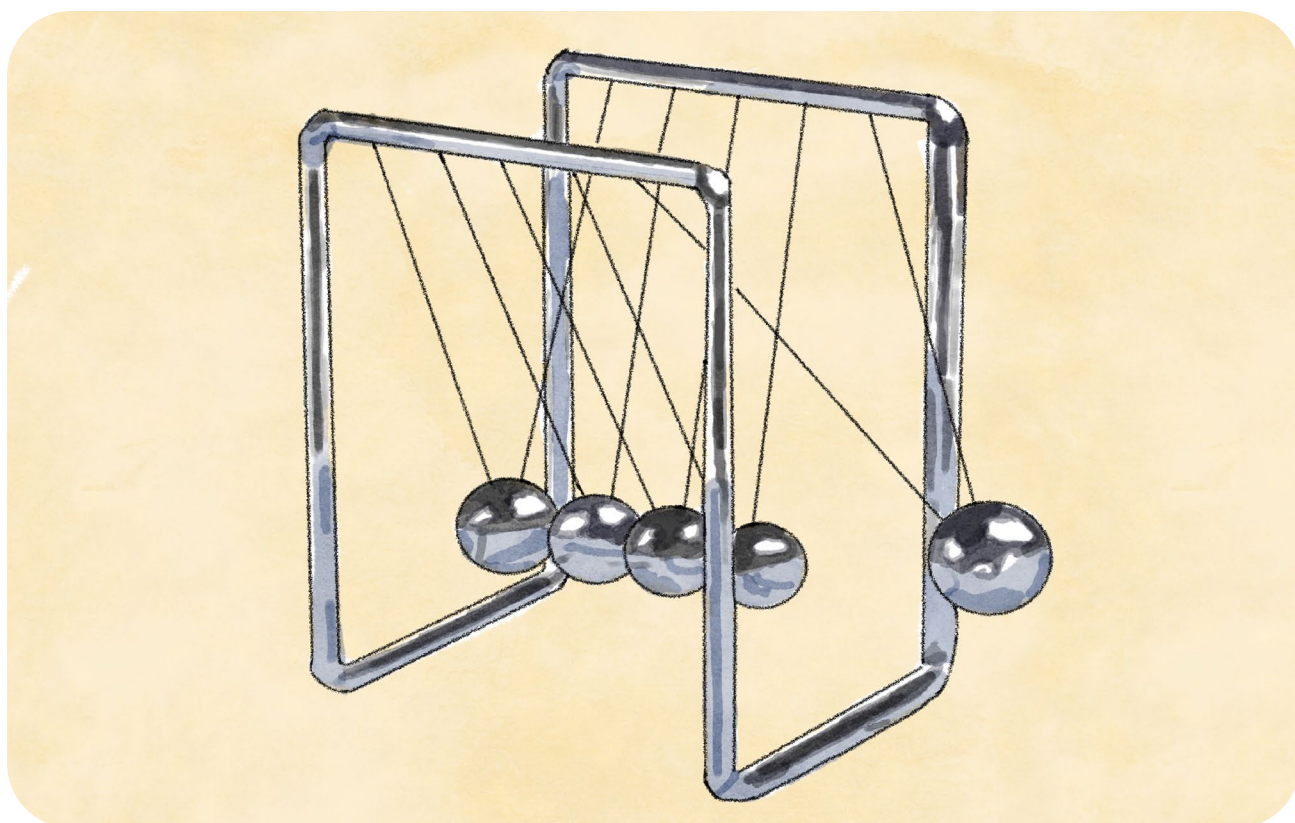
Mladí muži mohou být obzvláště citliví na to, jak užívání konopí ovlivňuje průběh schizofrenie. Odhaduje se, že kdyby se podařilo předcházet poruše užívání konopí (CUD), dalo by se předejít až **1 z 5 PŘÍPADŮ** schizofrenie u mladých mužů. To zdůrazňuje, jak důležité je včas rozpoznat a řešit CUD a také činit informovaná rozhodnutí ohledně politiky a dostupnosti konopí – zejména u osob ve věku 16 až 25 let.

Při přechodu do rané dospělosti (18-25 let) potřebují lidé s duální diagnózou podporu při zvládání situací, které mohou přinášet změny a způsobovat stres v různých oblastech života, například v mezilidských vztazích, práci nebo studiu.

1.2

Proč se schizofrenie a poruchy spojené s užíváním návykových látek překrývají?

23



Závislost a duševní onemocnění, jako je schizofrenie, se často vyskytují zároveň – a toto překrývání pravděpodobně není způsobeno náhodou ani chybami v měření. To naznačuje, že mezi těmito dvěma stavy existuje výrazná souvislost.

Objevy v oblasti neurověd a tzv. precizní psychiatrie nám pomáhají lépe pochopit, jak se tyto dvě poruchy společně vyvíjejí.

Faktory, které zvyšují pravděpodobnost rozvoje psychických onemocnění jsou většinou přítomné už v raném věku, i když se samotné příznaky mohou objevit až později v dětství, v dospívání nebo v dospělosti.

Neexistuje jen jedna příčina: pohled na klíčové teorie

Ačkoli žádná jediná příčina nedokáže tuto komorbiditu plně vysvětlit, existuje několik teorií, které se snaží objasnit, proč mají lidé se schizofrenií větší pravděpodobnost, že u nich dojde k rozvoji poruch spojených s užíváním návykových látek.



1. Jednou z teorií je **model kumulativních faktorů**, který předpokládá, že potíže v oblasti kognitivního, sociálního, vzdělávacího a pracovního fungování, v kombinaci s chudobou, zkušeností s viktimizací a problematickým sociálním prostředím, zvyšují u lidí se schizofrenií riziko rozvoje poruchy spojené s užíváním návykových látek.



2. Další teorie, zvaná **hypotéza samoléčby**, předpokládá, že lidé se schizofrenií mohou sahat po látkách, jako je tabák, konopí, alkohol nebo opioidy, aby zmírnili některé příznaky nebo omezili nežádoucí účinky léčby. Toto chování může být poháněno silnými emočními stavy, které často prožívají – například strachem, beznadějí nebo vnitřním neklidem.










3. Model náchylnost k onemocnění - stres, někdy zvaný **teorie "dvou zásahů"**, vysvětluje, že schizofrenie se může rozvinout tehdy, když člověk s biologickou zranitelností čelí zátěži z prostředí, včetně užívání návykových látek.



4. Teorie **syndromu narušené závislosti na odměně** poukazuje na možné poškození mozkových mechanismů odměny, které může vést k tomu, že lidé se schizofrenií vyhledávají návykové látky, aby alespoň na chvíli pocítili potěšení nebo úlevu.

Tyto teorie nabízejí **různé pohledy, navzájem se však nevylučují**, a všechny mohou přispět k lepšímu pochopení složitého vztahu mezi schizofrenií a poruchami spojenými s užíváním návykových látek.

NEPŘÍZNIVÉ FAKTORY jsou vlastnosti nebo okolnosti, které u člověka se schizofrenií zvyšují riziko vzniku problémů spojených s užíváním návykových látek.

Faktory	Popis
 <p data-bbox="331 402 505 474">Genetická predispozice</p>	<p data-bbox="588 395 1271 525">Existují důkazy o genetické predispozici, jak ke schizofrenii, tak k poruchám spojeným s užíváním návykových látek, která může zvyšovat náchylnost k rozvoji jednoho nebo obou těchto onemocnění.</p>
 <p data-bbox="331 585 556 657">Neurobiologická nerovnováha</p>	<p data-bbox="588 576 1248 772">Změny v mozkových drahách a v působení chemických látek, jako je dopamin, glutamát, serotonin a další, hrají roli jak u schizofrenie, tak u poruch spojených s užíváním návykových látek. Tyto změny mohou pomáhat vysvětlit, proč se tato onemocnění často vyskytují společně.</p>
 <p data-bbox="331 827 565 900">Časné užívání návykových látek</p>	<p data-bbox="588 821 1170 985">Užívání návykových látek v dospívání nebo rané dospělosti, dokonce i před objevením příznaků schizofrenie, může zhoršit průběh onemocnění a zvýšit riziko rozvoje poruchy spojené s užíváním návykových látek.</p>
 <p data-bbox="331 1040 482 1070">Samoléčba</p>	<p data-bbox="588 1034 1251 1215">Někteří lidé se schizofrenií mohou sáhnout po návykových látkách, aby si ulevili od trýznivých příznaků kognitivních, negativních i pozitivních (například halucinací či bludů). Taková „samoléčba“ může postupně vést k rozvoji poruchy spojené s užíváním návykových látek.</p>
 <p data-bbox="331 1272 500 1378">Sociálně-ekonomické obtíže</p>	<p data-bbox="588 1264 1267 1417">Chudoba, nezaměstnanost, bezdomovectví a sociální izolace, které se u lidí se schizofrenií vyskytují poměrně často, mohou zvyšovat užívání návykových látek jako způsob vyrovnávání se se zátěží nebo prostředek k socializaci.</p>
 <p data-bbox="331 1478 464 1551">Stigma a vyloučení</p>	<p data-bbox="588 1470 1312 1591">Stigma spojené se schizofrenií může vést k sociálnímu vyloučení a diskriminaci, což může některé lidi přivádět k užívání návykových látek jako způsobu zvládnání tíživé situace nebo formy vzdoru.</p>
 <p data-bbox="331 1653 565 1725">Dostupnost návykových látek</p>	<p data-bbox="588 1644 1316 1808">Lidé se schizofrenií mohou mít k návykovým látkám snazší přístup například kvůli bezdomovectví, pohybu v prostředí „ulice“ nebo nedostatečnému dohledu. To zvyšuje pravděpodobnost, že s užíváním látek začnou a že se jejich užívání bude stupňovat.</p>

Pochopení faktorů, které ovlivňují problémy s užíváním návykových látek u lidí žijících se schizofrenií, je zásadní pro prevenci těchto potíží i pro jejich účinné řešení.

1.3

Pochopení závislosti: klíčové pojmy a jejich význam

26



Závislost, ať už související s návykovými látkami nebo s určitým chováním, zasahuje miliony lidí a komunit po celém světě.

Je důležité si uvědomit, že závislost je závažná duševní porucha, oficiálně uznávaná v lékařských klasifikacích po celém světě. Nejde jen o špatná rozhodnutí nebo slabou vůli.



Stejně jako u jiných problémů s duševním zdravím, nikdo si dobrovolně nevybírá, že chce být závislý.

Termín “závislost” se běžně používá pro označení vzorců chování, které člověk **nemá plně pod kontrolou**. Lidé často sami o sobě říkají, že jsou na něčem „závislí“ – například na sledování televize nebo na nakupování. Závislost může zároveň označovat stav, kdy člověk **zažívá abstinenční příznaky** ve chvíli, kdy určité chování (například hazardní hraní) nebo užívání látky (například kokainu) ukončí.

Předtím než se ponoříme do různých odstínů závislosti, je důležité nejprve porozumět klíčovým pojmům, které se s **návykovým chováním a látkami** pojí.

Klíčové pojmy týkající se užívání návykových látek

UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK. Tento pojem označuje užívání alkoholu, tabáku nebo drog kvůli jejich psychoaktivním účinkům (například pití alkoholu na večírku v rámci společenské zábavy).

ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK. K tomu dochází tehdy, když člověk užívá nějakou látku způsobem, který škodí jeho zdraví nebo celkové pohodě, i když ještě nesplňuje kritéria závislosti (například si vezme větší množství léků na předpis, než je doporučeno).

NEMOC SPOJENÁ S UŽÍVÁNÍM NÁVYKOVÝCH LÁTEK.

Jde o duševní poruchu – stav, kdy člověk opakovaně užívá psychoaktivní látky navzdory negativním důsledkům, jako jsou zdravotní potíže, právní problémy nebo zhoršené fungování v běžném životě. Může zahrnovat zvýšenou toleranci (potřebu vyšších dávek k dosažení stejného účinku), abstinenční příznaky a nutkavé vyhledávání či shánění drogy.

ZVÝŠENÁ TOLERANCE. Stav, kdy je k dosažení požadovaného účinku potřeba stále větší množství látky (například když člověk musí postupem času užívat více léků proti bolesti, aby si ulevil od chronické bolesti).

ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY. Příznaky, které se objevují, když člověk po delší době užívání látku omezí nebo úplně přestane užívat; (například bolesti hlavy, nevolnost a podrážděnost po vysazení kofeinu).

VYHLEDÁVÁNÍ DROG označuje chování, kdy člověk aktivně podniká různé kroky, aby se k droze dostal. Právě toto vytrvalé bažení po droze a časté návraty k užívání (relapsy) odlišují drogovou závislost od pouhého užívání nebo občasného zneužívání drog.

BAŽENÍ. Silná touha nebo nutkání užít návykovou látku; (například člověk závislý na nikotinu, který cítí intenzivní potřebu zapálit si cigaretu).

ABSTINENCE. Úplná abstinence od užívání návykových látek; (například člověk v procesu zotavování se záměrně vyhýbá alkoholu, drogám a dalším návykovým látkám).

Klíčové pojmy pro pochopení behaviorálních závislostí

Behaviorální závislosti se týkají konkrétních činností nebo způsobů chování a vyznačují se neschopností odolat nutkání danou činnost vykonávat, a to i přesto, že má negativní důsledky. Zde jsou některé z nejčastějších behaviorálních závislostí:



Závislost na hazardních hrách: Nutkavé, opakované hraní hazardních her navzdory výrazně negativním dopadům na finance, vztahy a celkovou pohodu; *(například člověk, který opakovaně sází peníze, přichází o značné částky a v hraní pokračuje i přes tyto nepříznivé následky).*



Závislost na počítačových hrách: Vytrvalé a opakující se hraní her, ať už online nebo offline, které může negativně ovlivňovat schopnost člověka udržovat fungující vztahy a plnit pracovní nebo společenské závazky kvůli času strávenému hraním; *(například někdo, kdo tráví naprostou většinu dne hraním na playstation).*



Závislost na internetu: Nadměrné a neovladatelné používání internetu – včetně sociálních sítí, online her a bezcílného procházení obsahu – které narušuje běžné fungování v každodenním životě; *(například člověk, který tráví hodiny online a zanedbává povinnosti, vztahy nebo spánek).*



Závislost na sociálních sítích: Podobně jako u závislosti na internetu může být u některých lidí používání sociálních sítí nutkavé, což ovlivňuje jejich osobní i pracovní život; *(například člověk, který tráví hodiny focením, úpravou videí pro zveřejnění na sociálních platformách a neustálým reagováním na ostatní na sociálních sítích).*



Závislost na sexu: Přemáhající, nutkavá potřeba věnovat se sexuální aktivitám, včetně nadměrného sledování pornografie, která může vést k výraznému stresu nebo zhoršení fungování v osobní, pracovní či jiné oblasti života; *(například opakované sexuální chování, které ohrožuje vztahy nebo osobní bezpečí).*



Závislost na nakupování: Nutkavé nakupování nebo utrácení, často řízené emocionálními potřebami spíše než skutečnou praktickou potřebou, které vede k finančním problémům a psychické zátěži; *(například neovladatelné nutkání nakupovat a pořizovat si věci, hromadění dluhů a narušování osobních vztahů).*

Pochopení těchto pojmů nám dává znalosti potřebné k tomu, abychom se v komplikovaném světě závislostí na návykových látkách i behaviorálních závislostí dokázali lépe orientovat a přistupovat k nim s empatií. Pomáhá nám to rozpoznat příznaky a vyhledat vhodnou podporu a léčbu.

Rozpoznání závislosti: na co si dát pozor?

Vzhledem k tomu, že se pojem „závislost“ používá velmi široce, zaměřily se snahy odborníků na jeho přesnější vymezení. Následující definice uvádí jako příklad problémové užívání alkoholu.

Podle "Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, 5. vydání" (DSM-5), existuje **9 konkrétních kritérií**, podle kterých se stanovuje diagnóza poruchy spojené s užíváním návykových látek:

1. UŽITÍ VĚTŠÍHO NEŽ PLÁNOVANÉHO MNOŽSTVÍ:

Člověk nakonec užije látku v mnohem větším množství nebo po delší dobu, než původně zamýšlel.

2. POKUSY O OMEZENÍ:

Člověk se **opakovaně snaží užívání látky omezit** nebo nad ním získat kontrolu, ale zjistí, že je to velmi obtížné, nebo dokonce nemožné.

3. ČASOVÁ NÁROČNOST:

Významné množství času je věnováno shánění látky, jejímu užívání nebo zotavování se z jejích účinků.

4. SILNÉ BAŽENÍ: Člověk pocítuje silnou touhu nebo nutkání látku užít.

5. ZANEDBÁVÁNÍ POVINNOSTÍ:

Užívání látky vede k tomu, že člověk **přestává plnit důležité povinnosti** v práci, ve škole nebo doma.

6. PROBLÉMY VE VZTAZÍCH:

Navzdory přetrvávajícím problémům **ve vztazích s rodinou nebo přáteli**, vyvolaným užíváním látky, člověk v užívání pokračuje.

7. OMEZOVÁNÍ AKTIVIT:

Kvůli užívání návykové látky se člověk **přestává účastnit důležitých společenských, pracovních nebo volnočasových aktivit**.

8. RIZIKOVÉ SITUACE: Člověk užívá látku i v **nebezpečných situacích**, například během řízení.

9. IGNOROVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH POTÍŽÍ:

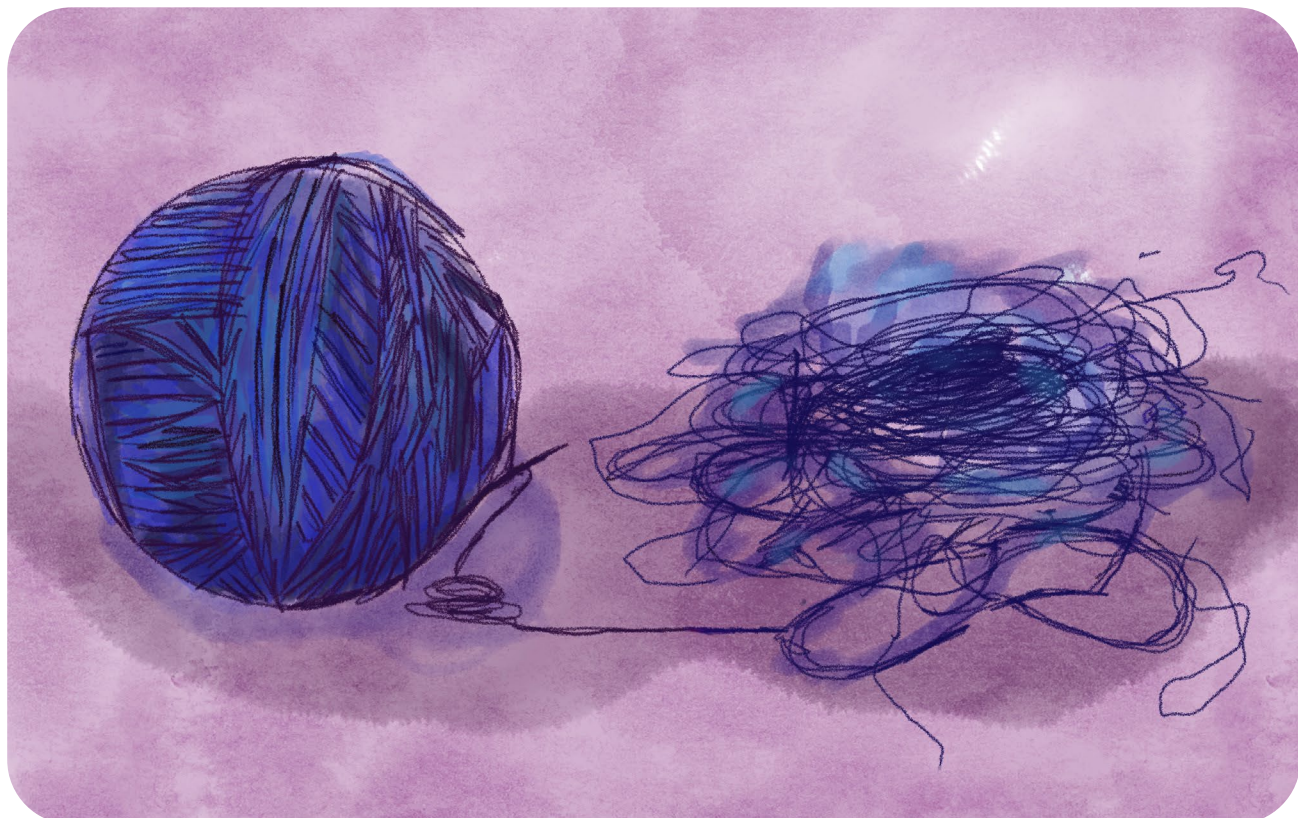
Člověk **pokračuje v užívání látky**, i když ví, že mu způsobuje fyzické nebo psychické problémy.



1.4

Od návyku k poruše: spektrum užívání návykových látek

30



Lidé mohou být užíváním návykových látek ovlivněni různými způsoby. Mladí dospělí často experimentují s různými látkami pro zábavu. Ačkoli to není ideální, střídavá a občasná konzumace alkoholu či jiných látek je poměrně běžná a u většiny lidí nutně nevede k problémům.

Naopak **nadměrné užívání návykových látek označuje takový způsob pití alkoholu a/ nebo užívání drog, který člověka vystavuje zvýšenému riziku negativních následků.**

Nárazové pití lze definovat jako vypití 4 dávek alkoholu u žen a 5 dávek u mužů v průběhu zhruba dvou hodin. Příkladem nevhodného užívání látky spojeného se záchvatovitým pitím je dosažení hladiny alkoholu v krvi 0,08 g/dl, což může krátkodobě i dlouhodobě zvyšovat riziko zdravotních potíží, kognitivních problémů (např. soustředění, paměť) a problémů ve vztazích.

Pravidelné užívání marihuany (cannabis) je dalším příkladem nevhodného užívání návykové látky, které může u uživatele zvyšovat riziko poruch myšlení a paměti i dalších zdravotních problémů.

Užívání návykových látek: následky, které nelze přehlížet

Škodlivé důsledky užívání návykových látek mohou být mírné až velmi závažné.

I když se může zdát, že při každém užití látky je dopad zanedbatelný, **škodlivé následky se obvykle v průběhu času postupně hromadí.**

Problém s užíváním návykových látek se může rozvinout tehdy, když člověk v užívání pokračuje i přesto, že už zažívá škodlivé následky.

Škodlivé důsledky užívání návykových látek mohou zasahovat do všech oblastí života, například:

- **způsobení úrazu** pod vlivem
- pocity úzkosti, **deprese**, nebo podráždění
- **potíže** se soustředěním a jasnou **myslí**
- **výpadky paměti**
- **problémy ve vztazích**
- **utrácení peněz** za návykové látky místo za běžné věci denní potřeby
- **právní problémy** způsobené užíváním látek
- **ztráta naděje** a pocity prázdnoty

Přestože si někteří lidé uvědomují, že mají problém s užíváním návykových látek, v užívání přesto pokračují a nedokážou přestat, i když by si to přáli. Může se to projevat tak, že užijí větší množství, než měli v plánu, nebo užijí látku i v situacích, kdy původně vůbec nechtěli.

Proč je tak těžké vymanit se z užívání návykových látek?

Jedním z důvodů, proč je tak obtížné změnit chování spojené s **problémovým užíváním návykových látek** je, že bezprostřední účinky jsou často příjemné. Člověk může zažívat **zlepšení nálady, větší sebevědomí a dočasný „únik“ od svých problémů.**

Naopak negativní důsledky se často objeví až po delší době. *Užívání návykových látek za účelem úniku před pocitu nebo změny nálady může vést k závislosti, která je škodlivá a zároveň velmi těžko překonatelná.*

Pokud užívání látek pokračuje, zejména ve velkém množství, může to způsobit změny v těle i v mozku. Ty pak vedou k abstinčním příznakům ve chvíli, kdy se člověk pokusí přestat, protože si vytvořil fyzickou závislost.

Tyto změny pomáhají vysvětlit, proč lidé mohou zažívat bažení po návykové látce i po dlouhé době abstinence a proč se někdy vracejí k škodlivým vzorcům užívání.

Od užívání k poruše: seznámení s riziky

Zneužívání návykových látek s sebou nese riziko rozvoje poruchy spojené s užíváním návykových látek

Problémy spojené s touto poruchou může zahrnovat:

- *postupné zvyšování množství užívané látky;*
- *neúspěšné pokusy užívání omezit nebo úplně přestat;*
- *trávení velkého množství času sháněním látky, jejím užíváním a/nebo zotavováním se z jejích účinků;*
- *obětování důležitých pracovních, sociálních nebo volnočasových událostí a aktivit ve prospěch užívání látky.*

Poruchy spojené s užíváním návykových látek mohou vést k poklesu schopnosti fungovat v běžném životě – a negativní důsledky si člověk často plně uvědomí až s odstupem času.

Dvojitá potíž: škodlivý dopad poruchy užívání návykových látek (SUD) na schizofrenii

Když se porucha spojená s užíváním návykových látek a duševní onemocnění, jako je schizofrenie, vyskytují současně, mohou výrazně zhoršit průběh nemoci.

ZVÝŠENÁ ZÁVAŽNOST

PŘÍZNAKŮ: Schizofrenie v kombinaci s poruchou užívání návykových látek bývá spojena se závažnějšími tzv. pozitivními příznaky (například halucinacemi a bludy).

VYŠŠÍ RIZIKO SEBEVRAŽEDNÝCH MYŠLENEK:

Lidé, kteří mají současně schizofrenii a poruchu užívání návykových látek, jsou více ohroženi výskytem sebevražedných myšlenek.

AGRESE A PROBLÉMY S DODRŽOVÁNÍM LÉČBY:

Duální diagnóza bývá spojena s vyšší mírou agresivity a menší pravděpodobností, že člověk bude pravidelně užívat předepsané léky.

VÍCE RELAPSŮ A HOSPITALIZACÍ:

Lidé se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek častěji zažívají zhoršení stavu (relaps) a bývají častěji hospitalizováni.

KONFLIKTY VE VZTAZÍCH: Zvyšuje se riziko konfliktů v rodině, s odborníky,

kteří poskytují péči, i s dalšími lidmi v okolí.

RIZIKO BEZDOMOVECTVÍ: U

osob se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek je vyšší pravděpodobnost nestabilní bytové situace a bezdomovectví.

Proč lidé se schizofrenií užívají návykové látky, i když jim škodí?

Teoreticky se předpokládá, že se pacienti se schizofrenií - na neurobiologické úrovni - **snaží vyrovnat nerovnováhu neurotransmiterů**, která je považována za hlavní příčinu příznaků a projev tohoto onemocnění.

O vyrovnání hladin neurotransmiterů se mohou pacienti pokoušet pomocí **návykových látek, které dokážou krátkodobě navodit „pseudo-prospěšné“ účinky**, tedy pocit zlepšení některých příznaků schizofrenie bezprostředně po užití. Tento efekt je však vykoupen rizikem vzniku závislosti, dlouhodobých následků a dalších zdravotních komplikací.

1.5

Společná cesta k uzdravení: ochranné strategie při duální diagnóze

34



Zvládat současně schizofrenii a poruchu spojenou s užíváním návykových látek může být náročné, ale účinné postupy dávají naději na zlepšení. Jejich cílem je snižovat rizika, podporovat zotavování a pomáhat lidem dosáhnout větší stability a lepšího duševního i tělesného zdraví.

Jaké strategie pomáhají při péči o člověka s duální diagnózou?

Řešení duální diagnózy vyžaduje integrovaný přístup, který spojuje psychiatrickou péči, léčbu závislosti a podpůrné služby, aby pokryl široké spektrum potřeb, jimž tito pacienti čelí.

Existuje několik **OCHRANNÝCH FAKTORŮ**, které mohou pomoci snížit riziko problémů s užíváním návykových látek a zároveň podpořit zlepšení příznaků schizofrenie.

35

Faktory	Popis
 <p>Dodržování léčby</p>	Důsledné dodržování léčby antipsychotiky a zapojení do psychoterapie či psychosociálních intervencí může stabilizovat příznaky schizofrenie a snížit riziko rozvoje poruchy spojené s užíváním návykových látek.
 <p>Silná sociální podpora</p>	Podpůrné vztahy s rodinou, přáteli, vrstevníky nebo odborníky na duševní zdraví mohou působit jako ochranný štít proti užívání návykových látek – poskytují povzbuzení, pomoc při řešení problémů i emoční oporu.
 <p>Denní režim</p>	Vytvoření a udržování strukturovaného denního režimu, včetně práce, studia, koníčků a volnočasových aktivit, může lidem se schizofrenií pomoci smysluplně vyplnit čas a snížit množství prázdných chvil, kdy by mohli sahat po návykových látkách.
 <p>Dostupnost léčby</p>	Integrované léčebné programy, které současně cílí na schizofrenii i poruchu spojenou s užíváním návykových látek a zahrnují kognitivně-behaviorální terapii, motivační rozhovory a farmakoterapii, mohou zlepšit výsledky léčby a snížit míru relapsů.
 <p>Psycho-edukace</p>	Vzdělávání lidí se schizofrenií a jejich rodin o rizicích spojených s užíváním návykových látek, o strategiích prevence relapsu a o dovednostech zvládnání zátěže může zvýšit povědomí a podpořit informované rozhodování.
 <p>Zdravý životní styl</p>	Zapojení do aktivit podporujících fyzické zdraví – jako je pravidelný pohyb, vyvážená strava, dostatek spánku a zvládnání stresu – může podpořit celkovou pohodu a snížit pravděpodobnost užívání návykových látek.
 <p>Podpůrné skupiny a setkání</p>	Účast v podpůrných skupinách vedených lidmi s vlastní zkušeností nebo v programech zaměřených na zotavení, které jsou přizpůsobené lidem s kombinací schizofrenie a poruchy spojené s užíváním návykových látek, může přinést pocit pochopení, přijetí a nabídnout praktické rady. Je však třeba mít na paměti, že lidé s duální schizofrenií mohou mít větší potíže přidat se k podpůrným skupinám, jako jsou například Anonymní alkoholici (AA), kvůli podezřavosti a nedůvěře.

Proč je včasná péče o duševní zdraví zásadní pro snížení rizika rozvoje duální schizofrenie?

Je důležité si uvědomit, že změny v mozku u lidí náchylných ke schizofrenii začínají už velmi brzy, dlouho předtím, než se objeví první příznaky. Poruchy spojené s užíváním návykových látek mohou někdy působit jako spouštěč první psychotické epizody, zejména v dospívání - v kritickém období, kdy se mozek stále vyvíjí v oblastech odpovědných za rozhodování a kontrolu impulzů.

Užívání drog v raném věku zvyšuje riziko problémů s návykovými látkami i dalších potíží s duševním zdravím v pozdějším životě. Například pravidelné užívání marihuany v dospívání může zvýšit riziko psychózy v dospělosti, zejména u těch, kteří mají určitou genetickou predispozici.

Stejně tak duševní onemocnění, jako je schizofrenie, bipolární porucha nebo deprese u mladých lidí, často vedou k vyšší míře užívání návykových látek v dalších letech.



Včasná léčba problémů duševního zdraví může pomoci zabránit začarovanému kruhu, kdy jedno onemocnění zhoršuje druhé. Včasná péče nejen snižuje riziko rozvoje duální schizofrenie, ale také pomáhá dospívajícím dělat zdravější rozhodnutí v klíčových obdobích vývoje a nasměrovat je k lepšímu duševnímu zdraví v dlouhodobém horizontu.

Reference:

1. Black LA. Mental ill health and substance misuse: dual diagnosis [Internet]. Belfast: Northern Ireland Assembly; 2021 Mar [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://www.drugsandalcohol.ie/37356/1/Dual%20Diagnosis%20policy%20paper.pdf>
2. Khokhar JY, Dwiel LL, Henricks AM, Doucette WT, Green AI. The Link between Schizophrenia and Substance Use disorder: a Unifying Hypothesis. *Schizophrenia Research* [Internet]. 2018;194(1):78–85. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6094954/>
3. Brewer S, Godley MD, Hulvershorn LA. Treating Mental Health and Substance Use Disorders in Adolescents: What Is on the Menu? *Current Psychiatry Reports*. 2017 Jan;19(1).
4. Hambrecht M, Häfner H. Cannabis, Vulnerability, and the Onset of Schizophrenia: An Epidemiological Perspective. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000 Jun;34(3):468–75.
5. National Institute on Drug Abuse. Co-Occurring disorders and health conditions [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2024 [cited 2025 Jul 9]. Available from: <https://nida.nih.gov/research-topics/co-occurring-disorders-health-conditions>
6. Hjorthøj C, Compton W, Starzer M, Nordholm D, Einstein E, Erlangsen A, et al. Association between cannabis use disorder and schizophrenia stronger in young males than in females. *Psychological Medicine* [Internet]. 2023 May 4;53(15):1–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37140715/>
7. Hunt A, Merola GP, Carpenter T, Jaeggi AV. Evolutionary Perspectives on Substance and Behavioural Addictions: Distinct and Shared Pathways to understanding, Prediction and Prevention. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2024 Feb 1;159(12).
8. Substance Abuse and Mental Health Services Administration . First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders [Internet]. Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory; 2019 [cited 2025 Jul 10]. Available from: <https://library.samhsa.gov/product/first-episode-psychosis-and-co-occurring-substance-use-disorders/pep19-pl-guide-3>
9. Cohen K, Weizman A, Weinstein A. Positive and Negative Effects of Cannabis and Cannabinoids on Health. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* [Internet]. 2019 Jan 31;105(5). Available from: <https://ascpt.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cpt.1381>
10. McLellan AT. Substance Misuse and Substance use Disorders: Why do they Matter in Healthcare?. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association*. 2017 Jun;128:112-130
11. Ward HB, Nemeroff CB, Carpenter L, Grzenda A, McDonald WM, Rodriguez CI, et al. Substance use disorders in schizophrenia: Prevalence, etiology, biomarkers, and treatment. *Personalized Medicine in Psychiatry* [Internet]. 2023 Jul 1;39-40(100106):100106. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2468171723000078>

V kapitole 2 najdete

Tato kapitola zdůrazňuje hlavní klinické aspekty schizofrenie a poruch spojených s užíváním návykových látek, se zaměřením na jejich současný výskyt, související obtíže a význam integrovaných terapií, které cílí na obě onemocnění zároveň.



2.1

Začarovaný kruh, v němž se schizofrenie a poruchy spojené s užíváním návykových látek navzájem negativně ovlivňují



2.2

Rané užívání návykových látek u rizikových dospívajících



2.3

Duální schizofrenie ovlivňuje celkové zdraví




2.4


Má užívání návykových látek vliv na účinnost léčby schizofrenie?




Fakta




Časný nástup: Lidé se schizofrenií, kteří mají v anamnéze užívání návykových látek, se dostávají do psychiatrické péče dříve než ti, kteří takovou anamnézu nemají.



Dvojitá výzva: Když se schizofrenie a porucha spojená s užíváním návykových látek vyskytují současně, vzniká složitější klinický obraz a výsledky léčby bývají horší, než když se vyskytuje každé z těchto onemocnění samostatně.



Mnoho lidí se schizofrenií své užívání návykových látek zlehčuje nebo zamlčuje, často ze strachu z odsouzení nebo obviňování. Uvědomit si, že porucha spojená s užíváním návykových látek je duševní onemocnění, nikoli volba, je klíčové pro to, abychom jim dokázali poskytnout lepší podporu a péči.



Integrovaná léčba: Účinná péče o duální schizofrenii musí současně cílit jak na příznaky schizofrenie, tak na příznaky spojené s poruchou užívání návykových látek. Cílem je podpořit proces zotavení a zlepšit dlouhodobé výsledky léčby.

2.1

Začarovaný kruh, v němž se schizofrenie a poruchy spojené s užíváním návykových látek navzájem negativně ovlivňují

41



Když jdou schizofrenie a poruchy spojené s užíváním návykových látek ruku v ruce, vytvářejí složitější klinický obraz a vedou k méně příznivým výsledkům léčby než v případě, kdy se každé z těchto onemocnění vyskytuje samostatně.

Lidé se schizofrenií, kteří zároveň užívají drogy nebo alkohol, často prožívají specifickou podobu duševního onemocnění. Tito lidé, o nichž se běžně mluví jako o osobách s "duální diagnózou", obvykle čelí závažnějším příznakům a větším obtížím než ti, kteří návykové látky neužívají.

Je důležité si uvědomit, že **nejde o výjimečnou situaci**. Pokud do toho zahrneme i kouření a další problémy spojené s užíváním návykových látek, **většina lidí se schizofrenií se potýká s nějakou formou duální diagnózy**.

Schizofrenie a poruchy spojené s užíváním návykových látek velmi často negativně ovlivňují **emoce, myšlení i chování**. Závažnost a délka trvání příznaků se mohou lišit v závislosti na specifických parametrech každého onemocnění, stejně jako na tom, **jak dlouho a v jakém období se obě poruchy překrývají**.

U mnoha lidí, u nichž se tyto dvě závažné poruchy vyskytují současně, jsou některé **klinické aspekty výrazně zesílené** ve srovnání s případy, kdy se objevují samostatně.

Mezi nejdůležitější klinické důsledky patří:

- **Nástup psychotických příznaků v mladším věku a vysoké riziko jejich zhoršení do závažnějších forem.**
- **Zvýšená pravděpodobnost sebepoškozování a/nebo agresivity vůči okolí.**
- **Snížená účinnost léčby a vyšší riziko relapsů.**
- **Výrazně negativní dopad na celkovou pohodu pacienta, a to jak po emocionální, tak po fyzické stránce.**

Je zásadní, aby odborníci na duševní zdraví, pečující osoby i celá společnost těmto souvislostem plně rozuměli a řešili příznaky

schizofrenie a poruchy spojené s užíváním návykových látek současně.

Právě jejich společné úsilí je klíčové pro zajištění komplexní podpory a pro zlepšení výsledků léčby u lidí, kterých se tato onemocnění týkají.

POCHOPENÍ PSYCHÓZY: KLÍČOVÉ POJMY A JEJICH VÝZNAM

Schizofrenie je dlouhodobé onemocnění, které může trvat mnoho let a často vyžaduje průběžnou péči. V průběhu života mohou lidé se schizofrenií procházet **psychotickými epizodami**, tedy **akutním zhoršením příznaků**.

Tyto epizody lze přirovnat k hypertenzní krizi u lidí s chronicky vysokým krevním tlakem nebo k diabetickému kómatu u osob s cukrovkou – jde o akutní stavy, které **vyžadují rychlou a specializovanou lékařskou pomoc**.

Co je psychotická epizoda?

“**Psychóza**” se používá k popisu stavů, které ovlivňují mozek a psychiku a při nichž dochází k částečné ztrátě kontaktu s realitou. Když člověk tímto způsobem onemocní, označuje se to jako „**psychotická epizoda**“.

Během psychotické epizody prožívají lidé výrazné narušení myšlení a vnímání, takže se stírá hranice mezi tím, co je a není skutečné.

Rozpoznání příznaků psychózy

Psychóza může ovlivnit emoce, tělesné prožívání, myšlenkové vzorce i chování.

MYŠLENKY: Neuspořádané nebo **zmatené myšlenky**.

BLUDY: **Mylná přesvědčení**, často vznikající na základě chybné interpretace zážitků nebo vjemů (např. přesvědčení, že vás někdo pronásleduje, že máte zvláštní schopnosti, nebo že novinový článek obsahuje tajné vzkazy určené právě vám).

HALUCINACE: Vnímání neexistujících podnětů – **zrakem, sluchem, čichem, chutí nebo pocitem**. U schizofrenie či chronické psychózy jsou nejčastější sluchové halucinace.

POCITY: **Zmatenost, neklid, strach**, snížený zájem o aktivity.

CHOVÁNÍ: **Změny v chování**, například: potíže udržet pozornost při rozhovoru, zanedbávání osobní hygieny a běžných každodenních činností, problémy s pamětí či nevhodné reakce (pošetilé chování nebo bezdůvodný smích), náhlé podráždění nebo vztek bez zjevného důvodu, výrazná letargie či celková neaktivita a někdy také úplná ztráta povědomí o okolním prostředí.

Co spouští psychózu?





Neexistuje **jediná, konkrétní příčina psychózy**. Psychóza **může být příznakem** duševního onemocnění, například schizofrenie

nebo bipolární poruchy. Může se však stát, že člověk prožije psychotické příznaky, aniž by u něj kdy byla diagnostikována schizofrenie či jiné duševní onemocnění.

Psychózu mohou vyvolat také jiné faktory: některá tělesná onemocnění (například hypoglykémie, Alzheimerova choroba, lupus, Parkinsonova nemoc), extrémní spánková deprivace nebo užívání návykových látek, zejména halucinogenů.

Duševní onemocnění, jako je schizofrenie, se obvykle diagnostikuje až tehdy, když jsou vyloučeny všechny jiné možné příčiny psychózy.

Vznik psychózy či psychotických poruch je obvykle ovlivněn více faktory, mezi které patří například:

- **Genetická predispozice**, kdy určitou roli hraje výskyt psychózy nebo závažných duševních onemocnění v rodině. 
- **Neurobiologické faktory**, tedy poruchy mozkových drah a neurotransmiterních systémů. 
- **Intenzivní životní události**, například stresové situace či závažná onemocnění, která mohou u některých lidí zvýšit zranitelnost. 
- **Užívání návykových látek**, jako je konopí nebo stimulanty, které mohou u citlivých jedinců psychózu zhoršovat či vyvolat. 

Tyto faktory, jednotlivě i v kombinaci, komplikují průběh psychotických poruch.

Jaké jsou typické varovné signály psychózy?

Obvykle se před nástupem psychózy objevují zřetelné změny v chování.

Tyto varovné signály zahrnují:

- náhlé zhoršení výsledků ve škole nebo v práci
- nové potíže s jasným myšlením nebo soustředěním
- zvýšenou podezřívavost, paranoii nebo nepohodlí při kontaktu s ostatními lidmi
- vyhýbání se společenským kontaktům a trávení více času o samotě

- neobvyklé, velmi intenzivní, nebo naopak chybějící emoční reakce a výskyt podivných myšlenek
- zanedbávání osobní hygieny a péče o sebe
- obtíže rozlišit mezi realitou a fantazií
- zmatenou řeč nebo problémy v komunikaci

Každý, kdo sám na sobě nebo u blízké osoby zaznamená tyto příznaky, by měl co nejdříve vyhledat odborníka na duševní zdraví!

Vysvětlení psychotických poruch: co je dobré vědět

Psychotické poruchy zahrnují různé stavy, které se liší typem i délkou trvání příznaků. Někteří lidé zažívají krátké epizody psychózy, trvající jen několik dní či týdnů, zatímco jiní – například lidé se schizofrenií – procházejí epizodami mnohem delšími.

Psychotické příznaky se mohou objevit také u lidí s těžkou depresí, bipolární poruchou nebo při užívání návykových látek, avšak mezi psychotické poruchy se zařazují zejména následující stavy:

Krátká psychotická porucha: Tento stav se vyznačuje výskytem psychotických příznaků po dobu kratší než jeden měsíc. Obvykle bývá vyvolána velmi stresující událostí (například úmrtím blízké osoby).

Schizoafektivní porucha. Při tomto onemocnění se současně objevují příznaky schizofrenie a poruchy nálady, například deprese nebo mánie.

Schizofrenie. Schizofrenie je diagnostikována tehdy, když člověk pociťuje psychotické příznaky po dobu alespoň šesti měsíců. Mezi klíčové příznaky patří bludy, halucinace a neuspořádané myšlení. Kromě toho se mohou objevit potíže se soustředěním a pamětí, ztráta motivace pro běžné aktivity, výrazné omezení emočního prožívání a vyhýbání se společenským kontaktům či útlum osobních vztahů.

Co je psychóza vyvolaná návykovými látkami?

Psychóza vyvolaná návykovými látkami je typ psychózy, který je spuštěn užíváním určité látky.

Podle typu látky se psychotické epizody mohou objevit během užívání (např. u konopí) nebo i v období odvykání (např. u alkoholu).

Návykové látky mohou měnit způsob, jakým spolu komunikují mozkové buňky – neurony. Za normálních okolností si neurony předávají a zpracovávají informace pomocí chemických látek zvaných neurotransmitery. Když však do mozku vstoupí droga, může tento proces různými způsoby narušit.

Například drogy jako **marihua**na nebo **heroin** jsou svým chemickým složením podobné přirozeným neurotransmiterům v mozku. Díky této podobnosti se mohou navázat na receptory neuronů a aktivovat je. **Ačkoliv se chovají jako přirozené látky, neaktivují neurony stejným způsobem, což vede ke zkresleným nebo chaotickým signálům v mozkové komunikaci.**

Drogy jako **amfetaminy** nebo **kokain** způsobují, že neurony uvolňují příliš mnoho svých přirozených neurotransmiterů, nebo naopak brání jejich správnému odbourání a recyklaci. To vede k **přetížení** nebo **narušení normálního toku informací**

mezi neurony a způsobuje ještě větší chaos v mozkové komunikační síti.

Může se psychóza vyvolaná drogami změnit v psychotickou poruchu?

Návykové látky mohou na různé lidi působit odlišně. U některých jedinců, kteří patří do skupiny s **"ultra vysokým rizikem (UHR) rozvoje psychózy"** může užívání určitých látek vyvolat náhlé psychotické epizody.

Příznaky se obvykle objeví rychle a během několika dnů až týdnů odezní, i když při opakovaném užití látky se může psychotická epizoda znovu vrátit.

Ačkoliv je **psychóza vyvolaná návykovými látkami většinou krátkodobá,** u lidí, kteří mají k psychotickým poruchám predispozici, **může užívání drog přispět k rozvoji dlouhodobějších psychotických onemocnění.**

Existují silné důkazy, že lidé, kteří se v rámci psychiatrické péče poprvé objeví s psychotickými poruchami vyvolanými užíváním návykových látek, mají výrazně zvýšené riziko, že se u nich později rozvine schizofrenie nebo jiná chronická psychotická porucha.

U značné části osob, které prodělaly **psychózu vyvolanou konopím, se následně rozvinula schizofrenie nebo bipolární porucha.**

Jsou psychotické příznaky varovným signálem, že je třeba okamžitá lékařská péče?

Psychotické příznaky jsou naléhavým varovným signálem a vyžadují okamžitou léčbu, bez ohledu na to, co je vyvolalo a v jakých podmínkách se objevily.

VČASNÁ INTERVENCE MŮŽE ZABRÁNIT zhoršování příznaků a zastavit rozvoj závažnějších problémů s duševním zdravím.

POKUD SE PSYCHÓZA NELÉČÍ, MŮŽE VÉST K NEBEZPEČNÉMU CHOVÁNÍ způsobenému zkresleným vnímáním reality a bludnými představami, to může zahrnovat sebepoškozování nebo ohrožení druhých. Včasné zahájení léčby stabilizuje duševní stav člověka a vytváří bezpečnější prostředí pro zotavení.

Kromě toho **VČASNÁ LÉČBA VÝZNAMNĚ ZLEPŠUJE DLOUHODOBÉ VÝSLEDKY**. Výzkumy ukazují, že včasná léčba snižuje závažnost i četnost psychotických epizod a pomáhá lidem udržet si kontakt se sociálním životem, vzděláním a zaměstnáním. To nejen předchází dlouhodobé invaliditě, ale také podporuje celkový proces zotavení.

Stručně řečeno, rychlá reakce na psychotické příznaky je zásadní pro zajištění bezpečí, zlepšení kvality života a dosažení co nejlepších dlouhodobých zdravotních výsledků.



Dospívající s identifikovaným ultra vysokým rizikem (UHR) rozvoje psychózy často začínají užívat tabák, konopí a další návykové látky dříve než jejich vrstevníci.

Účinky těchto látek na jejich vyvíjející se mozek se mohou výrazně lišit. Výzkumy ukazují, že dospívající s UHR často vykazují závažnější užívání konopí a tabáku. To podtrhuje **specifické výzvy**, kterým čelí, a význam porozumění těmto specifickým pro poskytování účinné podpory a léčby.

U ZHRUBA 1/3 JEDINCŮ S UHR ROZVOJE PSYCHÓZY SE ROZVINE DLOUHODOBÁ PSYCHOTICKÁ PORUCHA.

U značné části těch, kteří do plně rozvinuté psychózy nepřejdou, se však **mohou dlouhodobě vyskytovat mírné přetrvávající psychotické příznaky a mohou se u nich rozvinout i další trvalejší problémy s duševním zdravím.**

Tito jedinci potřebují dlouhodobou léčbu a pomoc v oblasti duševního zdraví, aby mohli své příznaky účinně zvládat a udrželi si psychickou pohodu.

Koncept “ultravysokého rizika rozvoje psychózy”: kdo může být více zranitelný?

Identifikace **osob s vysokým rizikem rozvoje psychotické poruchy** je pro klinické odborníky prioritou. **Včasná léčba** může u této skupiny potencionálně **zabránit tomu, aby se porucha naplno rozvinula.**

Aby byl člověk zařazen do kategorie **ULTRA VYSOKÉHO RIZIKA (UHR) ROZVOJE PSYCHÓZY**, musí obvykle spadat do období věku, kdy je riziko psychózy nejvyšší (**pozdní dospívání až raná dospělost**), a **splňovat jedno nebo více z následujících kritérií:**

1. **ZMÍRNĚNÉ PSYCHOTICKÉ PŘÍZNAKY (APS):** během uplynulého roku se u nich objevily mírné psychotické symptomy, které nejsou natolik závažné, aby splňovaly kritéria plně rozvinuté psychózy.
2. **KRÁTKÉ, OMEZENÉ A PŘERUŠOVANÉ PSYCHOTICKÉ PŘÍZNAKY (BLIPS):** prodělali krátkou epizodu psychózy trvající méně než týden, která sama odezněla a nevyžadovala pokračující léčbu.
3. **GENETICKÁ NÁCHYLNOST (TRAIT):** buď sami splňují určité predispoziční charakteristiky, nebo mají příbuzného prvního stupně (například rodiče či sourozence) s psychotickou poruchou.

U každého z těchto kritérií musí být zároveň přítomno zřetelné zhoršení schopnosti běžně fungovat nebo dlouhodobá anamnéza zhoršeného fungování.

Identifikovat jedince, kteří tato kritéria splňují, a poskytnout jim podporu v tomto kritickém období jejich života je naprosto zásadní.

V jakém věku je riziko vzniku závislosti nejvyšší?

Dospívající jsou velmi náchylní k rozvoji závislostí i duševních poruch a užívání drog zpravidla začíná právě v tomto kritickém období.



Nejvyšší míra užívání se objevuje u věkové skupiny 18–25 let.

Dospívání je typické experimentováním, zvědavostí, tlakem vrstevníků, sklony ke vzpouře i nízkým sebevědomím, což činí **teenagery obzvláště zranitelnými vůči užívání návykových látek.**

Tato životní etapa je navíc provázena proměnami ve vztazích a vlivy okolního prostředí, které mohou fungovat buď jako **rizikové, nebo naopak ochranné faktory.** Ochranné faktory jsou klíčové v tom, aby se mladí lidé těšili dobrému zdraví a mohli naplno rozvinout svůj potenciál v dospělosti.

Zneužívání drog však může vážně narušit toto důležité období vývoje - ztěžuje kritické myšlení a brání budování kognitivních dovedností.

Uživatelé drog často čelí fyzickým i psychickým obtížím, což vede k celkově horší kvalitě života.

Časné užívání návykových látek spouští dlouhodobé potíže

Časné užívání návykových látek (tedy v mladém věku) je silně spojeno s dlouhodobými zdravotními i sociálními problémy. Návykové látky jako **tabák, alkohol, konopí, stimulanty či opioidy mohou výrazně zvýšit riziko rozvoje poruch spojených s užíváním návykových látek (SUDs).**

Zranitelní jedinci obvykle **začínají užívat návykové látky o 2–3 roky dříve než jejich vrstevníci,** což výrazně zvyšuje pravděpodobnost, že budou později zápasit se závislostí a vážnými sociálními či psychickými obtížemi.

Zejména časné užívání konopí je spojeno s **vyšším rizikem rozvoje závažných duševních poruch a také se zvýšeným výskytem sebevražedných myšlenek a pokusů o sebevraždu.**

Když mladí lidé začnou brzy užívat drogy nebo jiné návykové látky, **často zůstávají jejich psychické problémy dlouho bez pomoci, což nakonec zhoršuje jejich celkové zdraví a pohodu.**



Ve výsledku je dané, že časné užívání návykových látek významně zvyšuje riziko vzniku závažných duševních poruch a dalších dlouhodobých potíží.

2.3

Duální schizofrenie ovlivňuje celkové zdraví

50



Duševní potíže představují rostoucí celosvětový problém, který výrazně ovlivňuje kvalitu i délku života.

U lidí s duševními poruchami se často rozvíjí i **další zdravotní problémy** jako např. cukrovka, srdeční choroby nebo respirační potíže. Zároveň však narážejí na **překážky v přístupu k odpovídající zdravotní péči**. Kombinace duševních i tělesných onemocnění pak vede k horším zdravotním výsledkům, delším hospitalizacím a vyšším nákladům na léčbu.

U osob s duální schizofrenií jsou tato rizika ještě výraznější. Mají zvýšenou pravděpodobnost vzniku metabolických poruch, kardiovaskulárních a endokrinních onemocnění i infekčních stavů, jako je virová hepatitida nebo subkutánní infekce.

Jejich fyzické zdraví vyžaduje pečlivé sledování, přesto však tito pacienti často **nedostávají odpovídající péči**. Výzkumy naznačují, že bývají diagnostikováni později než lidé, kteří mají samostatnou poruchu užívání návykových látek, což může oddalovat zásadní léčebné intervence.

Socioekonomické faktory hrají významnou roli v propojení duální schizofrenie a tělesných onemocnění. Omezený přístup ke zdravotní péči, špatné životní podmínky a nedostatečná sociální podpora přispívají k horším zdravotním výsledkům.

Řešení těchto problémů prostřednictvím lepší dostupnosti zdravotní péče, zlepšení životních podmínek a integrované léčby duševního zdraví může výrazně snížit celkovou zátěž a zlepšit životní pohodu této zranitelné skupiny lidí.

Jako každý z nás



Pokud jde o vyhledání zdravotní péče kvůli fyzickým potížím, jsou pacienti s duální schizofrenií jako kdokoli jiný.

U této skupiny pacientů, kteří jsou často obtížně dostupní a těžko se u nich daří dlouhodobé sledování, je však **nezbytný proaktivnější přístup**. Tito lidé mohou mít potíže dodržovat plánované termíny, mohou se cítit úzkostně v čekárnách a celkově je pro ně zdravotnické prostředí náročnější.

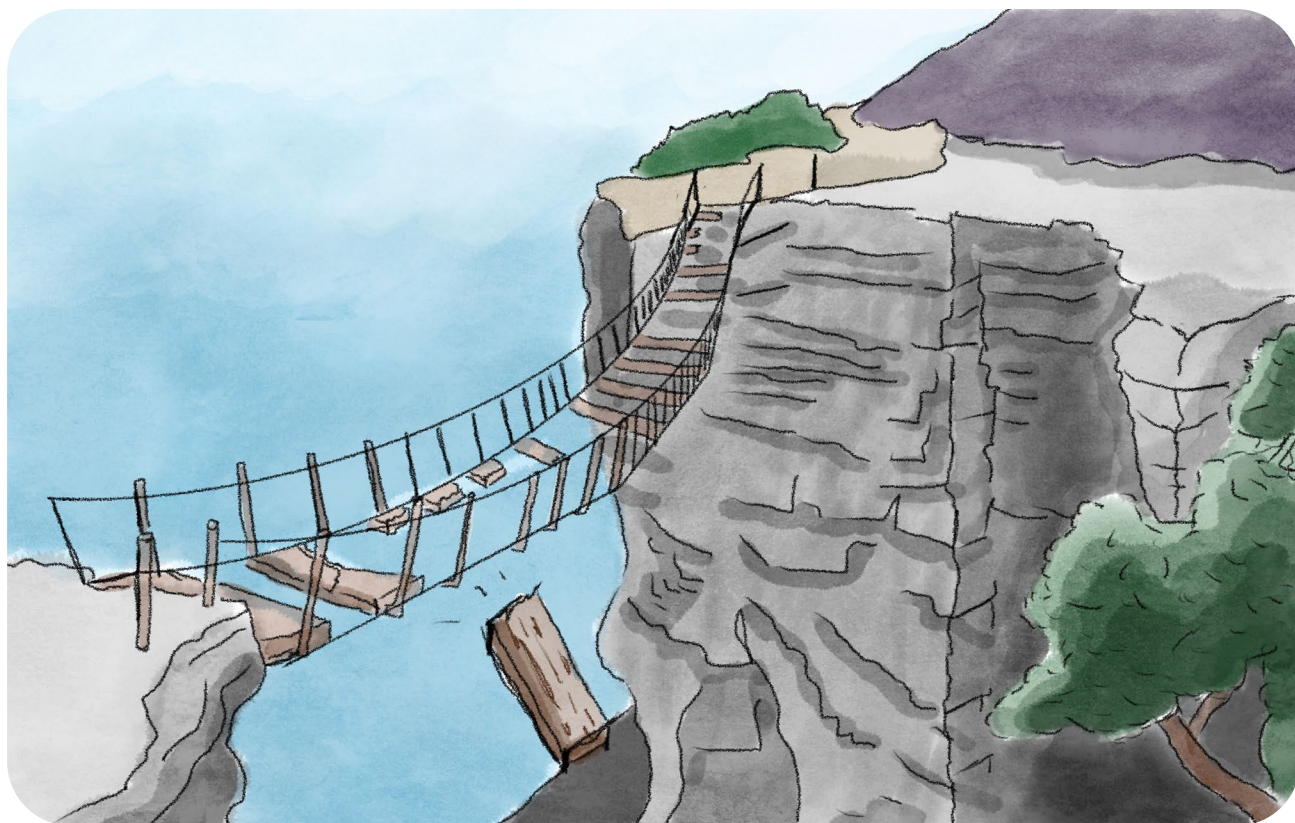
Lidé s duální schizofrenií – tedy ti, kteří současně žijí se schizofrenií i poruchou spojenou s užíváním návykových látek – potřebují léčebný plán pokrývající všechny aspekty jejich stavu.

SPOLUPRÁCE S RODINNÝMI PŘÍSLUŠNÍKY JE V TOMTO OHLEDU ZÁSADNÍ.

2.4

Má užívání návykových látek vliv na účinnost léčby schizofrenie?

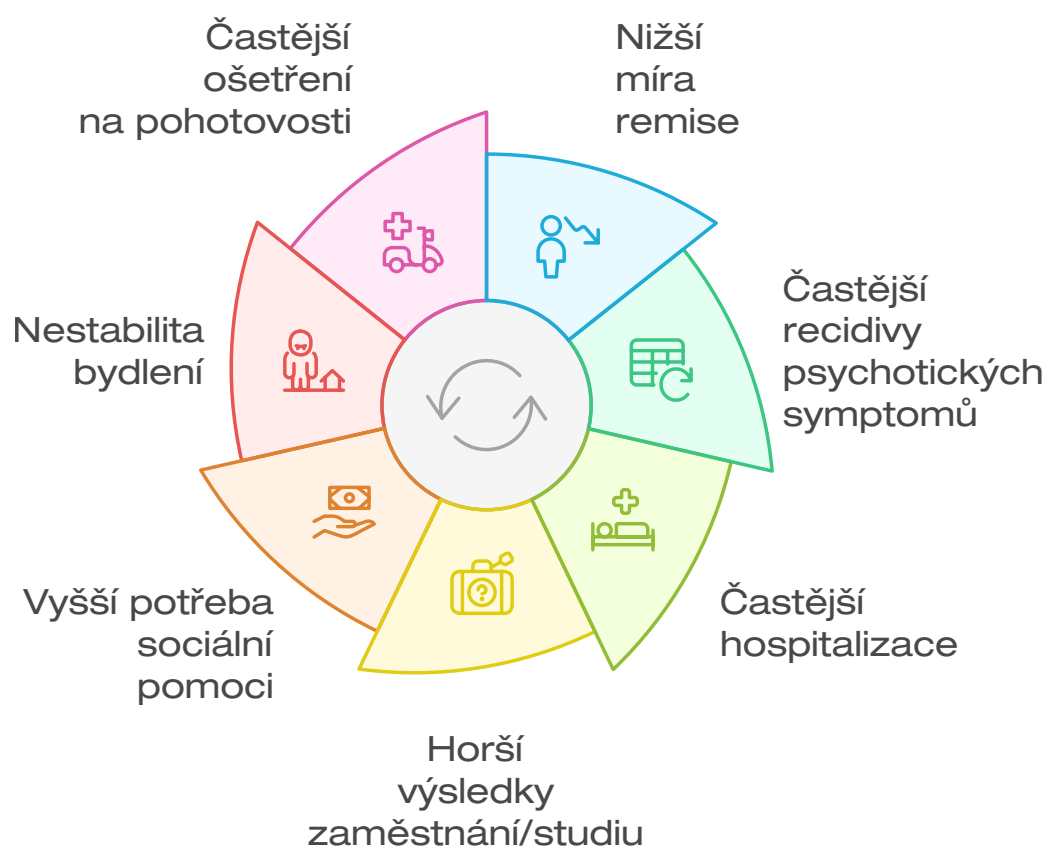
52



Užívání návykových látek může proměnit už tak složitou léčbu schizofrenie v ještě komplikovanější hádanku. Dostupné poznatky ukazují, že lidé s duální schizofrenií nemají z léčby stejné přínosy jako ti, kteří návykové látky neužívají.

Tuto situaci dále zhoršuje nižší adherence k léčebným programům – tito pacienti častěji vynechávají plánované kontroly a méně důsledně dodržují předepsanou farmakoterapii.

Současný výskyt schizofrenie a poruchy užívání návykových látek vytváří **náročné podmínky** pro účinné zvládnání onemocnění, což často vede k:



Proč je dodržování léčby tak zásadní?

Účinná léčba duální schizofrenie musí zohledňovat biologické, psychologické i sociální faktory, přičemž antipsychotická medikace hraje ústřední roli.

Důsledné užívání léků, tedy správná dávka ve správný čas, je klíčové pro zvládnání příznaků, prevenci relapsů a prodloužení délky života. Naopak nedostatečná adherence, tedy vynechávání dávek, užívání nesprávného množství nebo předčasné vysazení léků bez doporučení lékaře, může oslabit účinnost léčby a výrazně zvýšit riziko relapsu.

Relaps představuje významné riziko, zejména proto, že jeho prodělání zvyšuje pravděpodobnost dalších relapsů v budoucnu. **Nedodržování medikace je jedním z hlavních činitelů rizika relapsu**, a to zejména toho prvního.

Další faktory, jako jsou současně probíhající somatická či psychiatrická onemocnění a poruchy spojené s užíváním návykových látek, mohou ke zhoršení stavu rovněž přispět, ať už narušením pravidelného užívání léků, nebo přímým zhoršením příznaků.

Typ a kvalita poskytované péče hrají zásadní roli v tom, zda se podaří udržet dlouhodobou stabilitu.



U osob s duální schizofrenií musí léčba cílit jak na příznaky schizofrenie, tak na příznaky spojené s poruchou užívání návykových látek.

Přizpůsobení **terapie jedinečným potřebám každého pacienta** zvyšuje pravděpodobnost, že bude léčbu dodržovat, což vede k lepším výsledkům a celkovému zlepšení kvality života.

Ulevují návykové látky od příznaků schizofrenie?

Některé návykové látky působí na mozek podobně jako psychoaktivní léky a mohou dočasně zmírnit některé příznaky schizofrenie.

Například nikotin a kanabidiol (CBD) mohou u některých lidí přinést určitou úlevu od symptomů schizofrenie. Je ale důležité si uvědomit, že nikotin se většinou přijímá spolu

s tabákem v cigaretách a CBD se většinou užívá v podobě “jointů” s vysokým obsahem tetrahydrokanabinolu (THC). Tyto další látky, a také samotný způsob užívání (kouření), mohou mít velmi negativní dopady.

Výzkumy naznačují, že opiáty mohou snižovat některé psychotické příznaky, zatímco stimulanty mohou do určité míry pomoci s negativními příznaky schizofrenie. **OBĚ SKUPINY TĚCHTO LÁTEK VŠAK S SEBOU NESOU ZÁVAŽNÁ RIZIKA A MOHOU ZPŮSOBIT ÚJMU.** Užívání alkoholu je mezi lidmi se schizofrenií velmi rozšířené, často jako způsob vyrovnávání se s úzkostmi nebo psychotickými symptomy, spíše než že by tyto symptomy byly důsledkem samotného pití. Přesto může alkohol zhoršit celkové zdraví a stabilitu.

Tato perspektiva **neusiluje o podporu užívání návykových látek**, ale o větší porozumění a vyhnutí se obviňování pacientů. Upozorňuje na to, že v mnoha případech je vhodné zvážit „**substituční**“ či „**náhradní terapii**“, která může být bezpečnější alternativou k užívání rizikových látek.

Proč pacienti se schizofrenií často zamlčují užívání drog?

Studie amerického Národního institutu duševního zdraví (NIMH) se na tento fenomén zaměřila. Více než tisíc lidí se schizofrenií vyplnilo dotazníky týkající se užívání konopí, kokainu a amfetaminů. Současně jim byly provedeny

laboratorní testy, které jejich odpovědi ověřily.

Výsledky byly překvapivé: **38% mělo v testech pozitivní nález na drogy a více než polovina jich to nepřiznala.**

A představte si, jak vysoká by čísla byla, kdyby se studie týkala také tabáku a alkoholu!

Pravděpodobným důvodem tohoto jednání je, že lidé žijící se schizofrenií se obávají, že porucha spojená s užíváním návykových látek (SUD) u nich bude důvodem odsouzení a obviňování okolí.

Je zásadní pochopit, že **SUD je duševní onemocnění, nikoliv volba.**

V péči o tyto pacienty musíme **klást důraz na soucit, porozumění a nestigmatizující přístup** a uvědomit si, že se potýkají se složitými, vzájemně se prolínajícími duševními poruchami, které vyžadují citlivou a komplexní podporu.

Účinné trio péče o duální schizofrenii

Kombinovaný dopad schizofrenie a poruch spojených s užíváním návykových látek je nutné řešit s odbornou péčí a citlivostí.

Abychom předešli negativním důsledkům, je klíčové zavést **EFEKTIVNÍ PREVENCI, INDIVIDUALIZOVANOU LÉČBU, a CÍLENÉ REHABILITAČNÍ STRATEGIE.**

Lidé s duální schizofrenií bohužel často čelí stigmatizaci a diskriminaci .

Často slyší rady typu „prostě přestaňte brát drogy“, aniž by jim byla nabídnuta skutečná pomoc, což je stejně nereálné, jako očekávat, že někdo jednoduše „přestane mít psychózu“.

Při léčbě poruch spojených s užíváním návykových látek je zásadní využívat strategie **"redukce škod"** - snižování rizik. Ještě lepší je používat méně stigmatizující pojmy, jako je **"substituční terapie"** nebo **"náhradní léčba"**, abychom pro pacienty vytvořili **bezpečné, nestigmatizující prostředí.**

Dalším problémem je tzv. **"syndrom špatných dveří,"** situace, kdy jsou pacienti posíláni od jednoho lékaře k druhému, jednou kvůli léčbě schizofrenie, podruhé kvůli závislosti, aniž by dostávali koordinovanou a integrovanou léčbu. To vede k **roztříštěné péči a menší účinnosti terapie.**

Lidé s duální schizofrenií a jejich rodiny si zaslouží péči vycházející z moderních neurověd a precizní psychiatrie. Je nutné opustit zastaralé, moralizující pohledy a přijmout komplexní, vědecky podložený přístup, který je zaměřený na skutečné zotavení a podporu.

Reference:

1. Peris L, Szerman N. Partial Agonists and Dual Disorders: Focus on Dual Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2021 Dec 16;12:769623. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8716462/>
2. Negrete JC. Clinical Aspects of Substance Abuse in Persons with Schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2003 Feb [cited 2025 Jul 10];48(1):14–21. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370304800104>
3. Brady KT, Kalin NH. Substance Use Disorders: Confronting Addiction From Prevention to Recovery. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2024 May 1;181(5):347–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38706333/>
4. Masroor A, Khorochkov A, Prieto J, Singh KB, Nnadozie MC, Abdal M, et al. Unraveling the Association Between Schizophrenia and Substance Use Disorder-Predictors, Mechanisms and Treatment Modifications: A Systematic Review. *Cureus* [Internet]. 2021 Jul 29;13(7). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8405179/>
5. Nathan R, Lewis E. Assessment of coexisting psychosis and substance misuse: complexities, challenges and causality. *BJPsych Advances* [Internet]. 2020 Jul 20;27(1):1–11. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/bj-psych-advances/article/assessment-of-co-existing-psychosis-and-substance-misuse-complexities-challenges-and-causality/AA565FFAE9E4F283AD6398447A226198>
6. Lundin NB, Blouin AM, Cowan HR, Moe AM, Wastler HM, Breitborde NJ. Identification of Psychosis Risk and Diagnosis of First-Episode Psychosis: Advice for Clinicians. *Psychology Research and Behavior Management* [Internet]. 2024 Mar 21;17:1365–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38529082/>
7. DSM-V: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn)*. APA, 2013.
8. Wilson L, Szigeti A, Kearney A, Clarke M. Clinical characteristics of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse and substance-induced psychotic disorders: A systematic review. *Schizophrenia Research* [Internet]. 2018 Jul;197:78–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29117908/>
9. Sulzer D. How Addictive Drugs Disrupt Presynaptic Dopamine Neurotransmission. *Neuron* [Internet]. 2011 Feb;69(4):628–49. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3065181/>
10. Beckmann D, Lowman KL, Nargiso J, McKowen J, Watt L, Yule AM. Substance-induced Psychosis in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* [Internet]. 2020 Jan;29(1):131–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31708042/>
11. Vassos E. What Is the Link between Substance-Induced Psychosis and Primary Psychotic Disorders? *The American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2023 Jun 1;180(6):404–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37259511/>
12. Starzer MSK, Nordentoft M, Hjorthøj C. Rates and Predictors of Conversion to Schizophrenia or Bipolar Disorder Following Substance-Induced Psychosis. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2018 Apr;175(4):343–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29179576/>
13. Subodh BN, Sahoo S, Basu D, Mattoo SK. Age of onset of substance use in patients with dual diagnosis and its association with clinical characteristics, risk behaviors, course, and outcome: A retrospective study. *Indian Journal of Psychiatry* [Internet]. 2019;61(4):359–68. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6657549/>
14. Buchy L, Cadenhead KS, Cannon TD, Cornblatt BA, McGlashan TH, Perkins DO, et al. Substance use in individuals at clinical high risk of psychosis. *Psychological Medicine* [Internet]. 2015 Mar 2;45(11):2275–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25727300/>
15. McHugh MJ, McGorry PD, Yuen HP, Hick-

- ie IB, Thompson A, de Haan L, et al. The Ultra-High-Risk for psychosis groups: Evidence to maintain the status quo. *Schizophrenia Research* [Internet]. 2018 May;195:543–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29055567/>
16. Nawi AM, Ismail R, Ibrahim F, Hassan MR, Manaf MRA, Amit N, et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: A systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 Nov 13;21(1). Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11906-2>
 17. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2017 Apr;4(4):295–301. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(17\)30078-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(17)30078-0/fulltext)
 18. Pizzol D, Trott M, Butler L, Barnett Y, Ford T, Neufeld SA, et al. Relationship between severe mental illness and physical multimorbidity: A meta-analysis and call for action. *BMJ Mental Health* [Internet]. 2023 Oct 1;26(1). Available from: <https://mentalhealth.bmj.com/content/26/1/e300870>
 19. Skarstein S, Lien L, Abebe DS. The burden of somatic diseases among people with alcohol- and drug use disorders are influenced by mental illness and low socioeconomic status. A registry-based cohort study in Norway. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 2023 Feb;165:111137. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399922004226?via%3Dihub>
 20. Szerman N, Torrens M, Maldonado R, Balhara YPS, Salom C, Maremmanni I, et al. Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Translational Psychiatry* [Internet]. 2022 Oct 13;12(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36229453/>
 21. Guo J, Lv X, Liu Y, Kong L, Qu H, Yue W. Influencing factors of medication adherence in schizophrenic patients: a meta-analysis. *Schizophrenia* [Internet]. 2023;9(1):1–8. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41537-023-00356-x>
 22. Rivelli A, Fitzpatrick V, Nelson M, Laubmeier K, Zeni C, Mylavaram S. Real-world predictors of relapse in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder in a large health system. *Schizophrenia* [Internet]. 2024 Feb 29;10(1):28. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41537-024-00448-2>
 23. Swendsen J, Ben-Zeev D, Granholm E. Real-Time Electronic Ambulatory Monitoring of Substance Use and Symptom Expression in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2011 Feb;168(2):202–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21078705/>
 24. Bahorik AL, Newhill CE, Queen CC, Eack SM. Under-reporting of drug use among individuals with schizophrenia: prevalence and predictors. *Psychological Medicine* [Internet]. 2013 Apr 3;44(1):61–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23551851/>
 25. Barlati S, Nibbio G, Vita A. Evidence-based Psychosocial Interventions in schizophrenia: a Critical Review. *Current opinion in psychiatry* [Internet]. 2024 Feb 15;37(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10990032/>

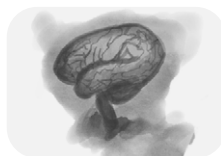
V kapitole 3 najdete

Tato kapitola zkoumá, proč je užívání tabáku mezi lidmi se schizofrenií tak časté a jak ovlivňuje průběh onemocnění i jeho léčbu. Zabývá se také obtížemi spojenými s odvykáním kouření a nástroji, které mohou s odvykáním pomoci.



3.1

Proč je užívání tabáku mezi lidmi se schizofrenií tak rozšířené?



3.2

Jak ovlivňuje užívání tabáku průběh schizofrenie?



3.3

Jaká zdravotní rizika představuje užívání tabáku pro člověka se schizofrenií?



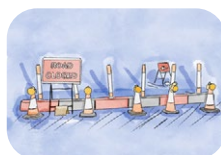
3.4

Proč je pro lidi se schizofrenií těžší přestat kouřit?



3.5

Může užívání tabáku narušovat účinek léků na schizofrenií?



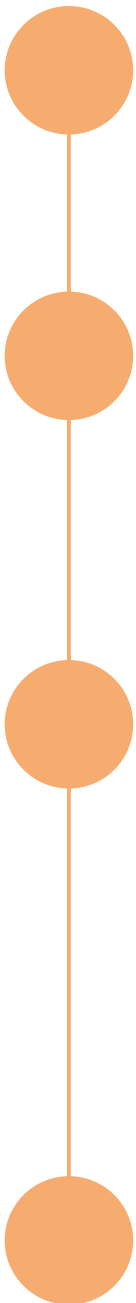
3.6

Jaké možnosti a zdroje podpory existují pro odvykání kouření u lidí se schizofrenií?

Užívání tabáku při schizofrenii



Fakta



Vysoká míra užívání tabáku u osob se schizofrenií a dalších duševních poruch není pouhou náhodou - vychází ze sdílených genetických faktorů a chemických procesů v mozku.

Ačkoli se může zdát, že kouření v některých situacích přináší **dočasnou úlevu**, ve skutečnosti může zhoršovat průběh schizofrenie a poškozovat fyzické zdraví, čímž komplikuje celkovou léčbu a zvládnání onemocnění.

Kouření i jeho odvykání mohou ovlivňovat účinek léků na schizofrenii tím, že mění způsob, jakým je tělo zpracovává. Kouření urychluje metabolismus některých léků, čímž může snižovat jejich účinnost. Naopak když člověk přestane kouřit, mohou hladiny těchto léků v těle stoupnout, což zvyšuje riziko nežádoucích účinků. Proto je **důležité vše konzultovat s lékařem**, aby bylo možné včas upravit dávkování medikace.

Přestat kouřit je pro lidi se schizofrenií a poruchou užívání tabáku velký krok. **Vytváří základ pro postupné zlepšení jak fyzického, tak duševního zdraví.**



Vzhledem k tomu, že některé pojmy se významově překrývají a mohou způsobovat nejasnosti, tato kapitola používá následující definice, aby bylo pro čtenáře vše jasné a jednotné:

Užívání tabáku — jakákoli konzumace výrobků obsahujících nikotin z tabáku, ať už spalovaných, zahříváných, nebo bezdýmných.

Kouření — inhalace kouře ze spalovaných tabákových výrobků (např. cigaret, doutníků nebo dýmek).

Porucha užívání tabáku (TUD) — diagnóza dle příručky DSM-5 / ICD-11** popisuje nutkavé a škodlivé užívání tabáku.

Komorbidní schizofrenie — schizofrenie, která se vyskytuje současně s alespoň jedním dalším diagnostikovatelným onemocněním, v této kapitole konkrétně s TUD.

**DSM-5 and ICD-11 jsou "příručky s pravidly", které lékaři po celém světě používají k označování a popisu zdravotních stavů, aby všichni mluvili stejným lékařským jazykem.

3.1

Proč je užívání tabáku mezi lidmi se schizofrenií tak rozšířené?

62



Pokud jste si všimli, že mnoho lidí se schizofrenií kouří, nejste sami.

Jedinci se schizofrenií mají mnohem vyšší pravděpodobnost, že budou kouřit, než lidé v běžné populaci.

Proč tomu tak je? Důvody jsou složité a ovlivňují je jak biologické, tak psychologické faktory.

Z vědeckého hlediska je důležité rozlišovat mezi pouhým užíváním tabáku a poruchou užívání tabáku (TUD).

TUD je duševní porucha celosvětově uznávaná v hlavních medicínských klasifikacích, jako jsou DSM-5 a ICD-11 (WHO), což znamená, že jde o stav, který ovlivňuje fungování mozku.

Lidé s duševními poruchami kouří výrazně více než běžná populace – **přibližně 2 až 4krát častěji.**

Tento trend je ještě výraznější u osob se závažnými duševními poruchami, u nichž je míra **poruchy užívání tabáku (TUD) obzvláště vysoká.**

Například **70–85 %** lidí se schizofrenií a **50–70 %** osob s bipolární poruchou se potýká s poruchou užívání tabáku (TUD).

Navzdory tomu, že si mnoho lidí s duševními poruchami přeje přestat kouřit - kvůli zdraví, rodině či osobní pohodě - čelí při odvykání velkým výzvám. Mají výrazně vyšší pravděpodobnost relapsu, zejména při zvýšeném stresu a negativních prožitcích, a to dokonce i tehdy, kdy se jim podařilo úspěšně abstinovat déle než rok.

Tato zjištění ukazují, jak pevně spolu souvisí duševní zdraví a kouření. Zdůrazňují, že lidé s duševními poruchami potřebují individualizovanou podporu, která jim pomůže zvládat jak psychickou pohodu, tak závislost na tabáku, aby mohli uspět v odvykání i udržení celkové pohody dlouhodobě.

Silná souvislost



Mezi poruchou užívání tabáku (TUD) a dalšími duševními onemocněními, jako je schizofrenie, existuje silná souvislost, což naznačuje, že mohou sdílet společné mozkové mechanismy.

V lidském mozku existují složité systémy a dráhy — například opioidní, kanabinooidní a nikotinové cholinergní systémy — které se vyvinuly tak, aby podporovaly naše přežití.

Když však tyto systémy nefungují správně, což se děje u mnoha duševních poruch, mohou zvyšovat riziko rozvoje návykového chování, jako je závislost na nikotinu.

Lidé kouří především kvůli nikotinu, který se nachází v tabáku. Zajímavé je, že variace v konkrétním receptoru nikotinu v mozku mohou předpovídat těžkou závislost a nutkavé kouření.

Tyto genetické rozdíly nejen že některým lidem ztěžují odvykání, ale také zvyšují pravděpodobnost relapsu po pokusu přestat kouřit.

Teorie souvislosti mezi užíváním tabáku a schizofrenií

Vědci navrhli několik teorií, které se snaží vysvětlit, proč je míra kouření u lidí se schizofrenií tak vysoká.

Teorie 1 - Samoléčba

Jedna z nejrozšířenějších teorií předpokládá, že lidé se schizofrenií mohou používat tabák jako formu **samoléčby** ke zmírnění svých příznaků.

Teorie 2 - Sdílená genetika

Další teorií je možnost, že existuje **společný genetický základ**, tedy že stejné geny mohou zvyšovat riziko jak pro kouření, tak pro rozvoj schizofrenie.

Teorie 3 - Kouření jako přispívající faktor

Někteří výzkumníci se domnívají, že samotné kouření může potenciálně **přispívat k rozvoji schizofrenie**.

Pochopení těchto faktorů pomáhá vysvětlit, proč je odvykání kouření pro lidi s duševními poruchami obzvláště náročné, a zdůrazňuje význam individualizovaných přístupů, které jim mohou pomoci překonat závislost na nikotinu.

Tabák jako forma samoléčby

Jedním z hlavních důvodů, proč lidé se schizofrenií kouří více než běžná populace, je skutečnost, že nikotin **může fungovat jako forma samoléčby a poskytovat dočasnou úlevu od příznaků**, jako jsou stres, neklid nebo kognitivní potíže.

Některé možné přínosy užívání nikotinu v tomto kontextu mohou zahrnovat:

- **Zlepšení kognice a nálady** – Nikotin se váže na mozkové receptory, které zlepšují pozornost, učení a paměť.
- **Snížení stresu a neklidu** – Mnoho kuřáků uvádí, že jim nikotin pomáhá cítit se klidněji.
- **Možné zmírnění nežádoucích účinků léků** – Studie naznačují, že nikotin může snižovat intenzitu některých nežádoucích účinků antipsychotik.
- **Regulace chuti k jídlu a metabolismu** – Nikotin ovlivňuje hormonální regulaci chuti k jídlu a energetického metabolismu, i když to má u schizofrenie menší význam.



Ačkoli může nikotin přinášet krátkodobé přínosy, nejde o bezpečnou ani udržitelnou formu léčby. Dlouhodobé kouření vede k vážným zdravotním rizikům, a proto představuje problematickou strategii zvládnání obtíží.

Kognitivní deficit a účinky nikotinu na mozek

Schizofrenie je často provázena neurokognitivními deficity (NCDs) - tedy potížemi s reakcí, pamětí, pozorností a zpracováním vjemů. Těmito obtížemi trpí až **80% lidí se schizofrenií** a mají tendenci přetrvávat stabilně po celý život.

Nikotin má **na tyto kognitivní obtíže výrazný vliv:**

- Výzkumy ukazují, že určité chemické látky v mozku jako **dopamin, glutamát, a GABA souvisejí s kognitivními poruchami u schizofrenie.**
- Nikotin s těmito mozkovými systémy interaguje a **dočasně zlepšuje kognitivní funkce.**
- Studie na lidech i zvířatech ukazují, že **se užívání nikotinu zvyšuje při kognitivní zátěži.** To naznačuje, že kouření se může samo posilovat — lidé pokračují v kouření, protože cítí, že jim to zlepšuje bdělost a kognitivní výkon.

Důležité je, že mnoho lidí se schizofrenií, kteří se potýkají s kognitivními obtížemi, má také vyšší pravděpodobnost, že s kouřením začnou a budou v něm pokračovat. To naznačuje, že **snaha vyrovnat se s těmito kognitivními deficity může být jedním z hlavních důvodů**, proč je kouření u této skupiny tak rozšířené.

Bludný kruh kouření a jeho rizika

Jedním z důvodů, proč je tak těžké s kouřením přestat, je to, že **nikotin vytváří bludný kruh závislosti:**

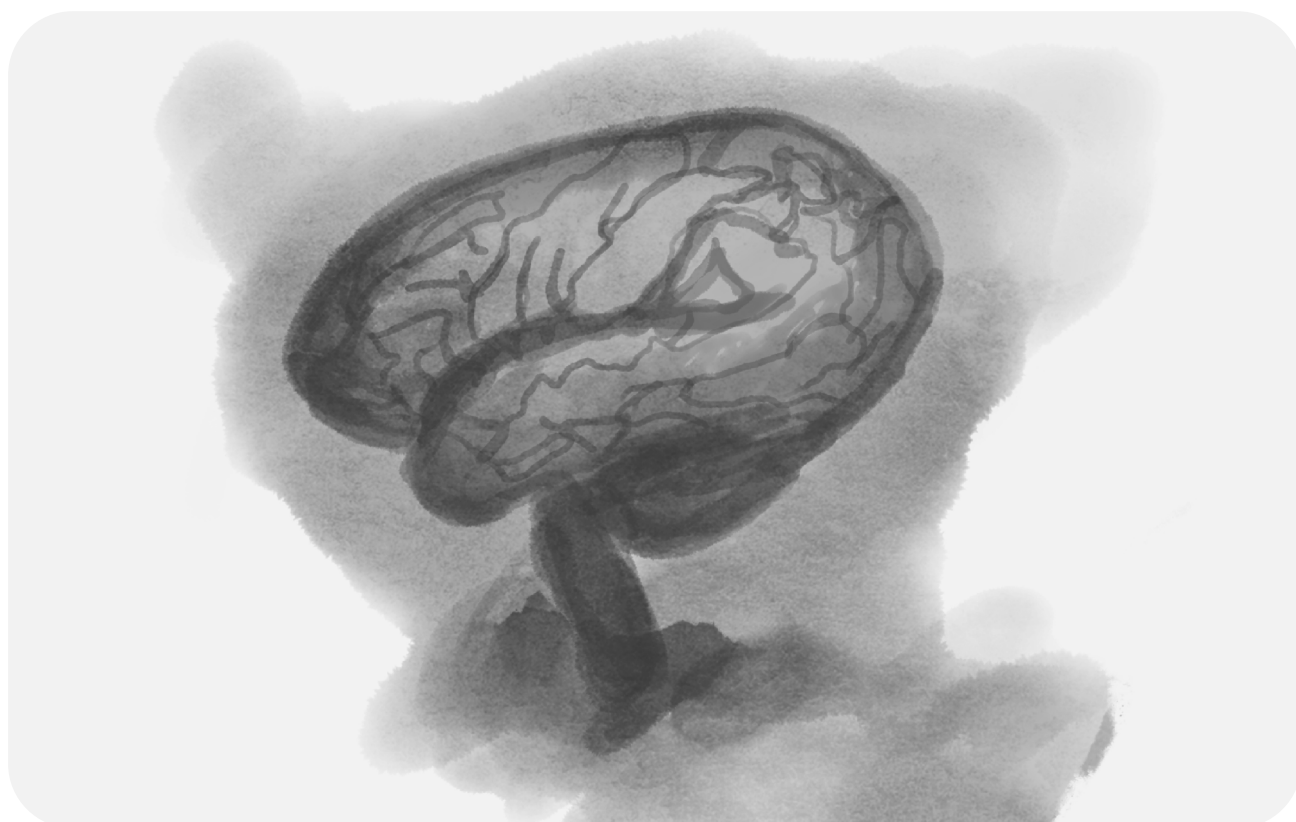
- **Po vysazení nikotinu mají kuřáci často zhoršené kognitivní funkce**, což vede k silné touze po další dávce, aby si obnovili mentální „ostrost“.
- **Tento začarovaný kruh způsobuje, že lidé dál kouří** – hlavně ti, kteří používají nikotin jako způsob, jak si zlepšit soustředění nebo ulevit od stresu a emocí.
- **Dlouhodobé následky jsou vážné**, patří mezi ně vysoký výskyt **nemocí spojených s kouřením**, jako jsou srdeční onemocnění a plicní choroby, které se u lidí se schizofrenií vyskytují častěji.

Ačkoli může nikotin přinášet krátkodobé úlevy, jeho rizika je mnohonásobně převyšují.

3.2

Jak ovlivňuje užívání tabáku průběh schizofrenie?

66



Ačkoli se může zdát, že kouření poskytuje dočasnou úlevu, může ovlivňovat emoce i chování a komplikovat tak celkové zvládnání schizofrenie.

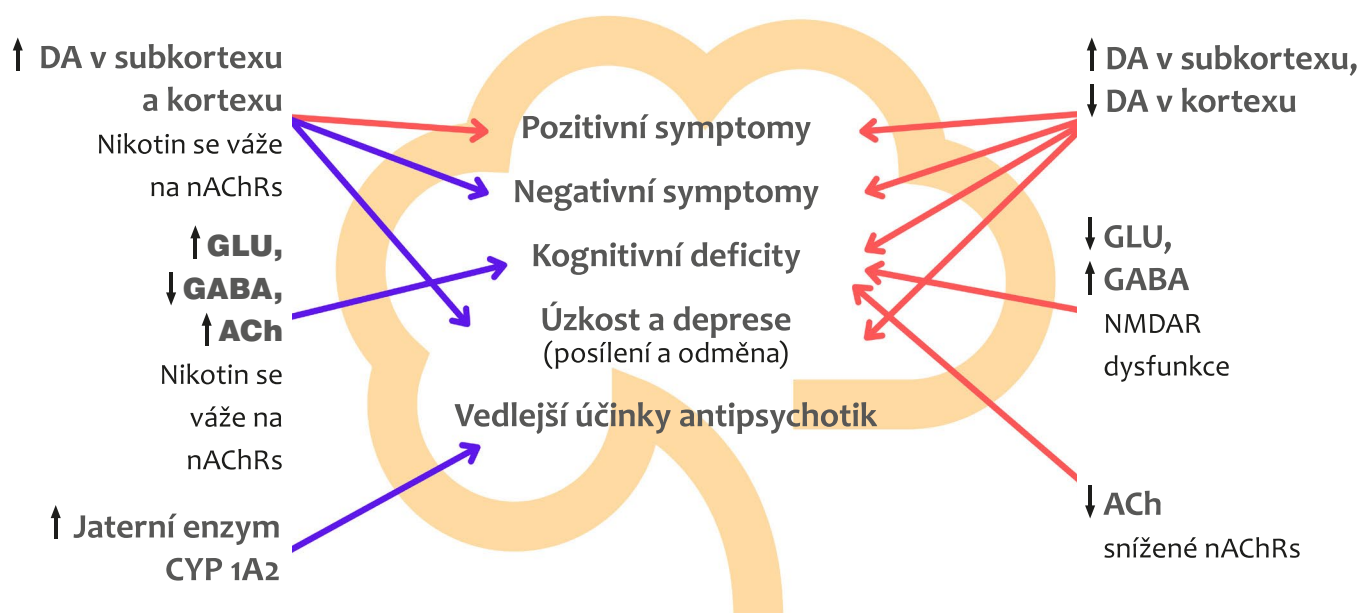
‘Chvilková úleva, kterou nikotin přináší, často zakrývá skutečnost, že se tím zároveň živí závislost a komplikuje se snaha přestat kouřit.’

Pochopení procesu, jak nikotin ovlivňuje mozek u schizofrenie, může pomoci porozumět, zda ve skutečnosti člověku prospívá, nebo škodí.

67

Užívání tabáku

Schizofrenie



Jak užívání tabáku ovlivňuje mozek při schizofrenii

Potencionálně prospěšné účinky, například zlepšená funkce neurotransmiterů



Škodlivé účinky, například vyšší riziko rozvoje závislosti



DA – dopamin, GLU – glutamát, GABA – kyselina gama-aminomáselná
 ACh – acetylcholin; nAChRs – nikotinové acetylcholinové receptory,
 NMDAR – N-methyl-D-aspartátový receptor (podtyp glutamátového receptoru),
 CYP1A2 – cytochrom P450 1A2 (jaterní enzym, který metabolizuje antipsychotika)

Kouření má negativní dopad na průběh schizofrenie.

68

Přestat kouřit dělá divy!

Ačkoli některé studie naznačují, že kouření může mírnit příznaky schizofrenie a zlepšovat kognitivní funkce, jako je pozornost a paměť, tyto možné přínosy jsou zastíňovány výrazně negativními dopady užívání tabáku, které činí zvládnutí schizofrenie ještě náročnějším.

U lidí se schizofrenií je kouření spojeno s:

- **vyšší úzkostí, neklidem,**
- **zhoršováním psychotických příznaků,** jako jsou halucinace či bludy,
- **snížením kognitivních schopností.**

Kromě toho bylo kouření u této skupiny spojeno i s vyšší mírou **sebevražedných tendencí.**

Naopak **ukončení kouření prokazatelně zlepšuje mentální svěžest i psychotické příznaky a zároveň snižuje riziko dalších zdravotních komplikací.**

Přesto se lidem se schizofrenií často dostává méně podpory při odvykání kouření než lidem bez tohoto onemocnění.

Jakou daň si kouření vybírá u lidí se schizofrenií

Kromě zdravotních rizik spojených s užíváním tabáku čelí lidé s duševními poruchami i dalším obtížím:

- **Finanční dopad**, výdaje za tabák mohou tvořit významnou část jejich příjmu.
- **Sociální dopad**, kouření může zvyšovat diskriminaci a stigmatizaci v jejich životě.

Tyto faktory dále prohlubují potíže, kterým lidé s duševním onemocněním, kteří kouří, musí čelit.

Finanční dopad užívání tabáku při schizofrenií

Kouření tabáku není pro lidi se schizofrenií jen zdravotním problémem, má také vážné finanční důsledky.

Studie v USA zjistila, že lidé se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou, kteří jsou odkázáni na sociální podporu, **utratí téměř 27% svých měsíčních prostředků za cigarety.**

To ukazuje, jak **obrovskou finanční zátěž** kouření představuje pro lidi, kteří již tak čelí mnoha závažným obtížím.

Sociální dopad užívání tabáku při schizofrenií

Stigma a diskriminace výrazně ovlivňují lidi, kteří se potýkají s poruchou užívání tabáku a schizofrenií.

Přestože moderní neurovědy a psychiatrie ukazují, že tyto stavy souvisejí se strukturálními a funkčními změnami mozku, mnoho lidí stále vnímá poruchu užívání tabáku spíše jako důsledek špatných rozhodnutí nebo nevhodného chování, než jako skutečné zdravotní onemocnění. Toto mylné přesvědčení zhoršuje možnosti prevence i léčby, protože brání lidem vyhledat pomoc a snižuje ochotu okolí poskytovat účinnou podporu.

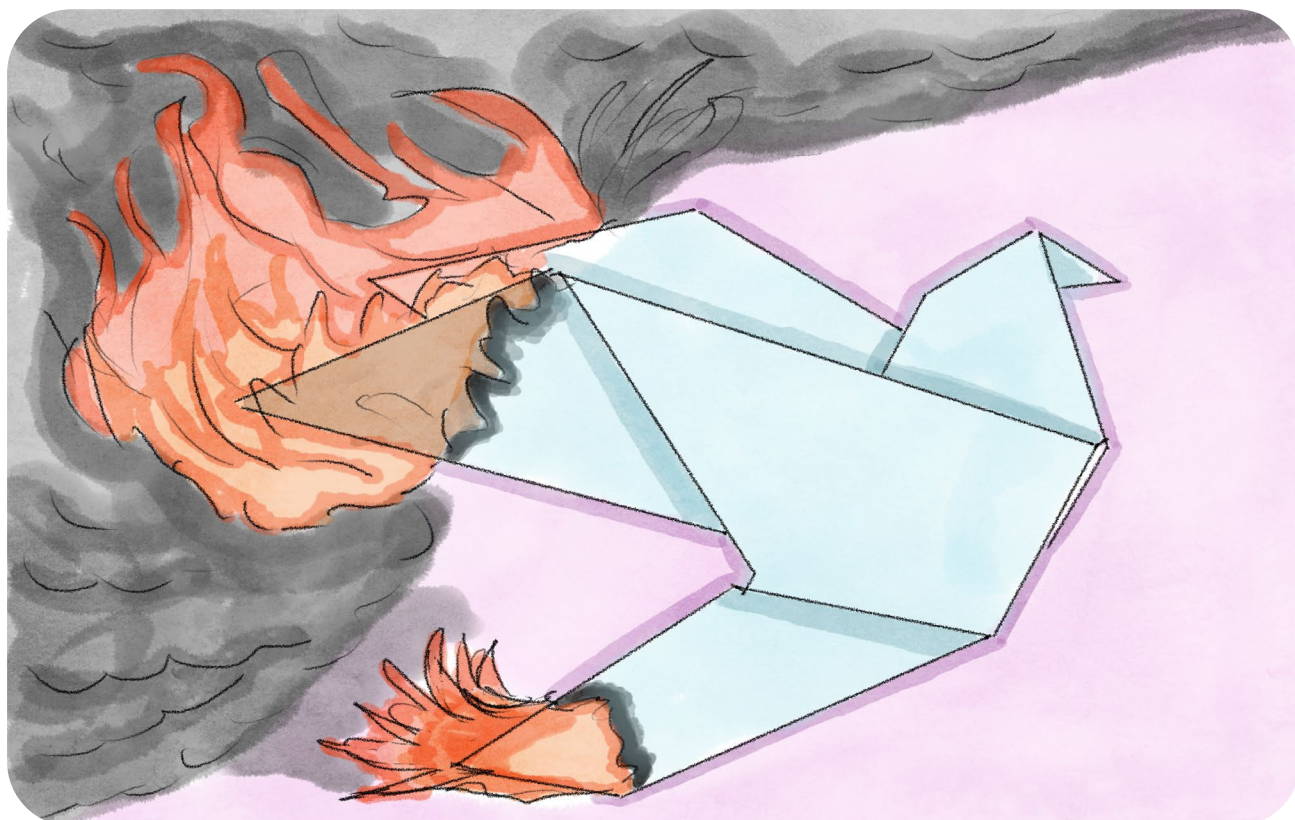


Překonání stigmatizace je zásadní k tomu, aby pacient mohl získat správnou péči a potřebnou podporu.

3.3

Jaká zdravotní rizika představuje užívání tabáku pro člověka se schizofrenií?

70



Lidé se schizofrenií mají už tak zvýšené riziko celé řady zdravotních potíží - a kouření tato rizika ještě dále prohlubuje.

Smutnou skutečností je, že mnoha zdravotním problémům, které postihují kuřáky se schizofrenií, se dá zcela vyhnout, což činí rozhodnutí přestat kouřit ještě důležitějším.



Užívání tabáku souvisí s tím, že přibližně polovina všech kuřáků umírá předčasně na komplikace spojené s kouřením. To znamená ztrátu zhruba deseti let života.



Tabák představuje významné zdravotní riziko, přispívá ke vzniku **rakoviny, plicních onemocnění a srdečních chorob.**

Zvyšuje také pravděpodobnost celé řady dalších zdravotních potíží, které ovlivňují každodenní život a celkový stav člověka, jako jsou **respirační infekce, snížená plodnost, osteoporóza, žaludeční vředy či cukrovka.**



Mnohé z těchto potíží vznikají v důsledku expozice škodlivým plynům uvolňovaným při spalování tabáku - více než 70 z těchto plynů je prokazatelně karcinogenních.

Specifické návyky, které zvyšují zátěž u kuřáků trpících schizofrenií

- Lidé se schizofrenií často kouří **intenzivněji a častěji než ostatní**, potahují hlouběji a déle, což je vystavuje vyšším dávkám škodlivých chemikálií obsažených v cigaretách.
- Také mají tendenci **kouřit více cigaret a jsou více závislí na nikotinu** než lidé bez schizofrenie.
- Faktory jako **nižší vzdělání, nezaměstnanost, závažné příznaky onemocnění, vysoká konzumace kofeinu a poruchy spojené s užíváním návykových látek** mohou významně přispívat k tomu, že tito lidé pokračují v kouření. Nejsou však ohroženi pouze samotní kuřáci.



Pasivní kuřáci, kteří vdechují kouř z okolí, jsou rovněž vystaveni vážnému riziku.

Jen ve Spojených státech vede expozice tabákovému kouři k předčasnému úmrtí odhadem 50 000 lidí ročně.

To podtrhuje, jak dalekosáhlý dopad má užívání tabáku nejen na kuřáky, ale také na jejich okolí.



Pochopení škodlivých účinků kouření je zásadní pro ochranu zdraví a pohody lidí žijících se schizofrenií.

3.4

Proč je pro lidi se schizofrenií těžší přestat kouřit?

72



Přestat kouřit není pro nikoho snadné, ale pro člověka se schizofrenií to může být jako výstup na osmitisícovku.

Závislost na tabáku je silný protivník a schizofrenie k ní přidává další **komplikace**.

Abstinenci příznaky spojené s odvykáním, jako podrážděnost, deprese či úzkost, mohou být obzvláště intenzivní u lidí, kteří už tak zápasí s problémy s duševním zdravím.

Máme ale i dobré zprávy: i když je to náročnější, není to nemožné. S vhodnou podporou a dostupnými zdroji mohou **lidé se schizofrenií přestat kouřit a mnozí to dokážou**.

S jakými překážkami se lidé se schizofrenií potýkají při snaze přestat kouřit?

Existuje několik důvodů, proč je odvykání kouření pro lidi se schizofrenií obzvláště náročné:

- **ZÁVISLOST A BAŽENÍ:** tyto faktory hrají zásadní roli, existují ale také důkazy, že kouření slouží jako způsob, jak se vyrovnat s některými příznaky onemocnění. Patří sem například stres, skleslá nálada, nuda nebo dokonce sociální izolace. Kouření se tak může stát prostředkem, jak tyto náročné pocity a situace zvládat.
- **OMEZENÉ ZDROJE:** Jak pacienti, tak i zdravotníci se často potýkají s nedostatkem potřebných finančních zdrojů. Přestože určité specializované programy existují, mnoho pacientů si je nemůže finančně dovolit, což výrazně omezuje jejich přístup k účinné podpoře při odvykání.

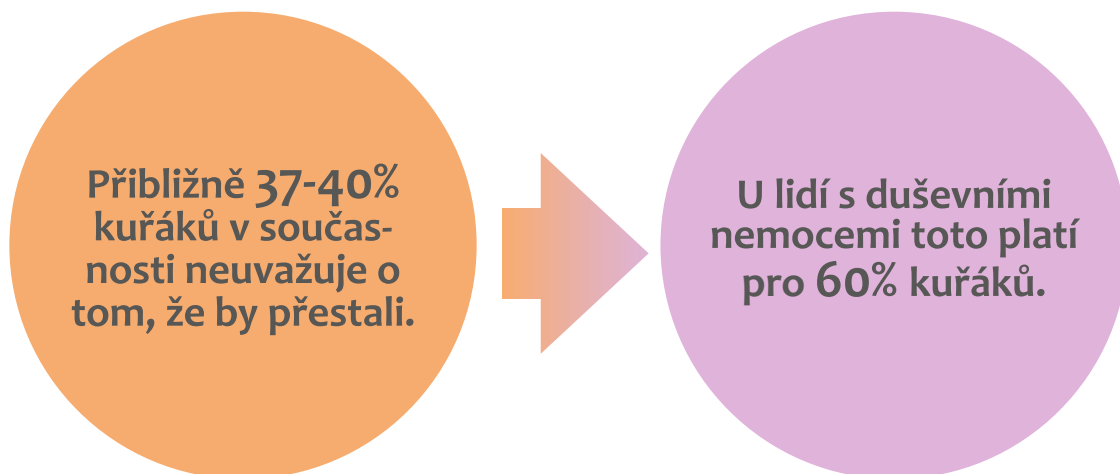
- **OPOMÍJENÍ A ZASTARALÉ PŘÍSTUPY:** Někteří odpovědní pracovníci stále setrvávají v zastaralých předsudcích a podceňují význam podpory pacientů při odvykání kouření.
- **STIGMA:** Pacienti se schizofrenií často čelí stigmatizaci, která může omezovat jejich přístup k podpoře při odvykání kouření.

Řešení těchto překážek je nezbytné pro to, aby bylo možné lidem se schizofrenií účinně pomoci v jejich snaze přestat kouřit.

Porucha užívání tabáku znamená více než jen osobní volbu.

Stavy, jako je porucha užívání tabáku, nejsou výsledkem rozhodnutí jednotlivce – často vznikají kombinací genetických faktorů a životních zkušeností, které zvyšují zranitelnost člověka vůči závislosti.

“**Závislost je druh duševního onemocnění.**”



Pohlaví a nikotin: jak muži a ženy reagují odlišně

Rozsáhlý výzkum ukazuje, že existují pohlavně podmíněné rozdíly v tom, jak lidé na kouření reagují.

ŽENY často **METABOLIZUJÍ NIKOTIN A JEHO METABOLIT KOTININ RYCHLEJI** než muži, částečně kvůli vyšším hladinám estrogenu. Tento rychlejší metabolismus může vysvětlit, proč ženy často více pocítují **NEGATIVNÍ ÚČINKY NIKOTINU** a mají **NIŽŠÍ ÚSPĚŠNOST PŘI ODVYKÁNÍ KOUŘENÍ**.

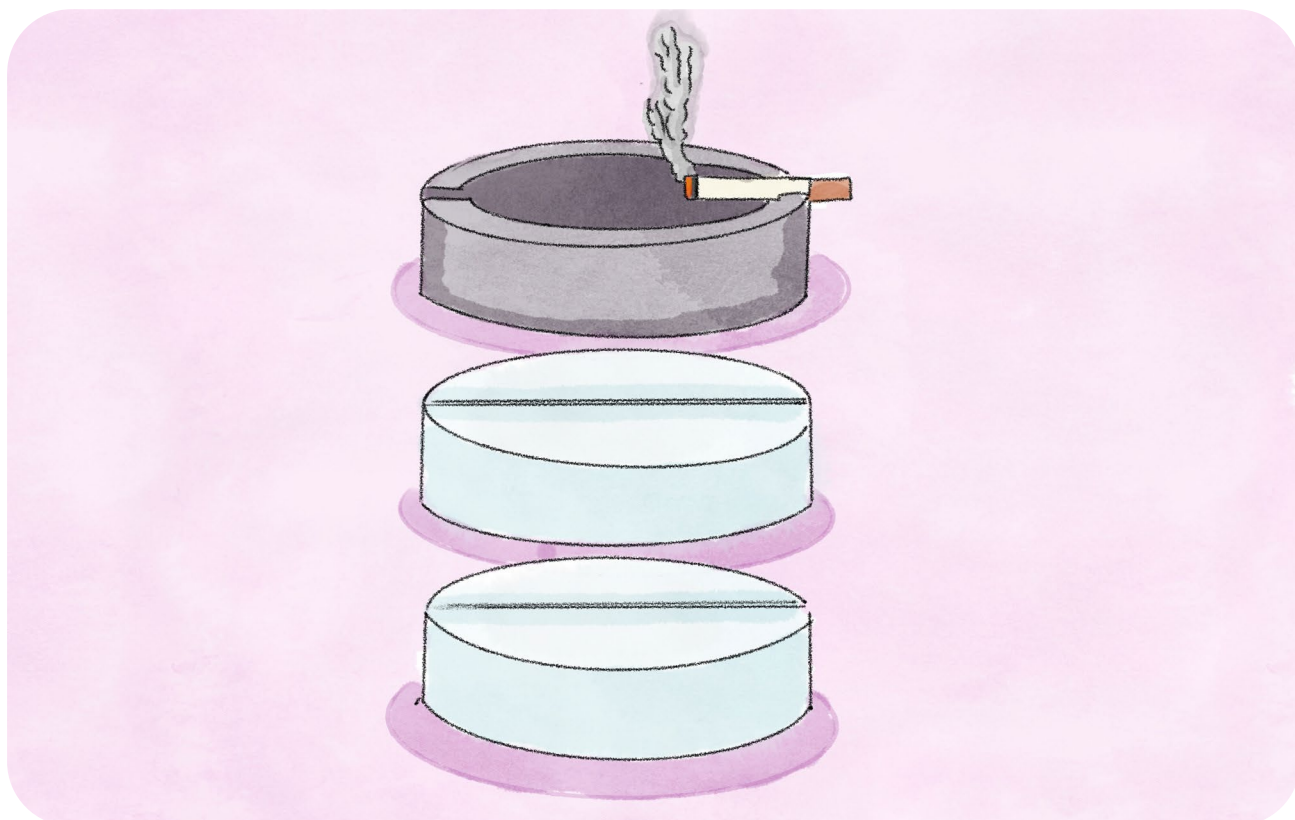
Výzkumy ukazují, že **ŽENY** jsou **CITLIVĚJŠÍ NA PODNĚTY SPOJENÉ S NIKOTINEM A SE STRESEM**, což je činí více náchylnými k relapsu, zejména po

stresových událostech. Kromě toho ženy obecně **HŮŘE REAGUJÍ NA NÁHRADNÍ NIKOTINOVÉ TERAPIE** než muži.

Jedním z důvodů podobné míry kouření u dospělých mužů a žen mohou být i **MARKETINGOVÉ STRATEGIE TABÁKOVÉHO PRŮMYSLU ZAMĚŘENÉ NA ŽENY**, které zdůrazňují potlačení chuti k jídlu, hubnutí a nezávislost.

3.5

Může užívání tabáku narušovat účinek léků na schizofrenii?



Krátká odpověď zní: “Ano, může.” A mnoho lidí o tom vůbec neví.

Kouření neovlivňuje jen plíce, může také zasahovat do toho, jak tělo zpracovává léky na schizofrenii.

Nikotin může urychlovat metabolismus některých antipsychotik, čímž snižuje jejich účinnost.

To znamená, že člověk, který kouří, může potřebovat vyšší dávky léků, aby dosáhl stejného terapeutického účinku - to ale zároveň zvyšuje riziko nežádoucích účinků.

"Naopak přestat kouřit může vést k lepší kontrole příznaků a umožnit snížení dávek léků, což v konečném důsledku zlepšuje celkové zdraví."

Jak kouření a proces odvykání ovlivňují psychofarmaka a další léky

Cigaretový kouř obsahuje asi **3,000 různých chemických látek**. Některé z těchto látek mohou vstupovat do interakcí s léky **a tyto interakce mohou být velmi významné.**

Hlavními „viníky“ jsou chemické látky zvané **polycyklické aromatické uhlovodíky (PAHs)**. Ty mohou měnit způsob, jakým tělo zpracovává určité léky.

Jak to funguje:

PAHs aktivují jaterní enzymy. Když jsou tyto enzymy aktivovány, mohou zrychlit metabolismus léků, které se odbourávají stejnými metabolickými cestami, a tím snížit hladiny léku v krvi.

Silní kuřáci a lidé kouřící nefiltrované cigarety mají ještě vyšší míru aktivace enzymů. Čím více člověk vdechuje, tím více PAHs se dostane do těla a tím výraznější je aktivita enzymů.

Po ukončení kouření se hladiny těchto enzymů rychle vracejí k normálu. Aktivita **některých enzymů poklesne na stabilní hodnoty během jednoho týdne.** Výsledkem může být zvýšení hladiny léku v krvi, což může zvýšit riziko nežádoucích účinků nebo toxicity.

Přestože tento mechanismus známe, neexistují dosud jasné a jednotné pokyny, jak upravovat léčbu při ukončení kouření, chybí totiž dostatek specifických studií zaměřených na tyto interakce.

Pokud člověk, o kterého pečujete, kouří nebo plánuje přestat, je zásadní probrat tuto situaci s lékařem a zkontrolovat dávkování léků, aby se předešlo možným komplikacím spojeným s rychlou změnou hladin medikace.

Co je dobré vědět o lécích při odvykání kouření?

Když se někdo rozhodne přestat kouřit, musí lékař vzít v úvahu několik důležitých faktorů:

Množství vykouřené tabáku:

Nejvyšší riziko lékových interakcí mají silní kuřáci.

Metabolismus léků:

Největší dopad mají změny spojené s kouřením na ty léky, jejichž odbourávání je silně závislé na určitém jaterním enzymu. Lékař vás o této skutečnosti bude informovat a podle potřeby upraví dávkování medikace.

Způsob odvykání:

At' člověk přestane kouřit náhle, nebo postupně, obojí může ovlivnit účinek léků.

Změny enzymů:

Po ukončení kouření trvá minimálně jeden týden, než dojde ke změnám v aktivitě jaterních enzymů.

Dávkování léků:

U vysokých dávek antipsychotik může po ukončení kouření dojít k neočekávaným změnám hladin léčiva v krvi..

Funkce jater:

Výchozí stav jater má vliv na to, jak účinně tělo léky zpracovává.

Věk: Schopnost organismu indukovat určité enzymy se s věkem snižuje.

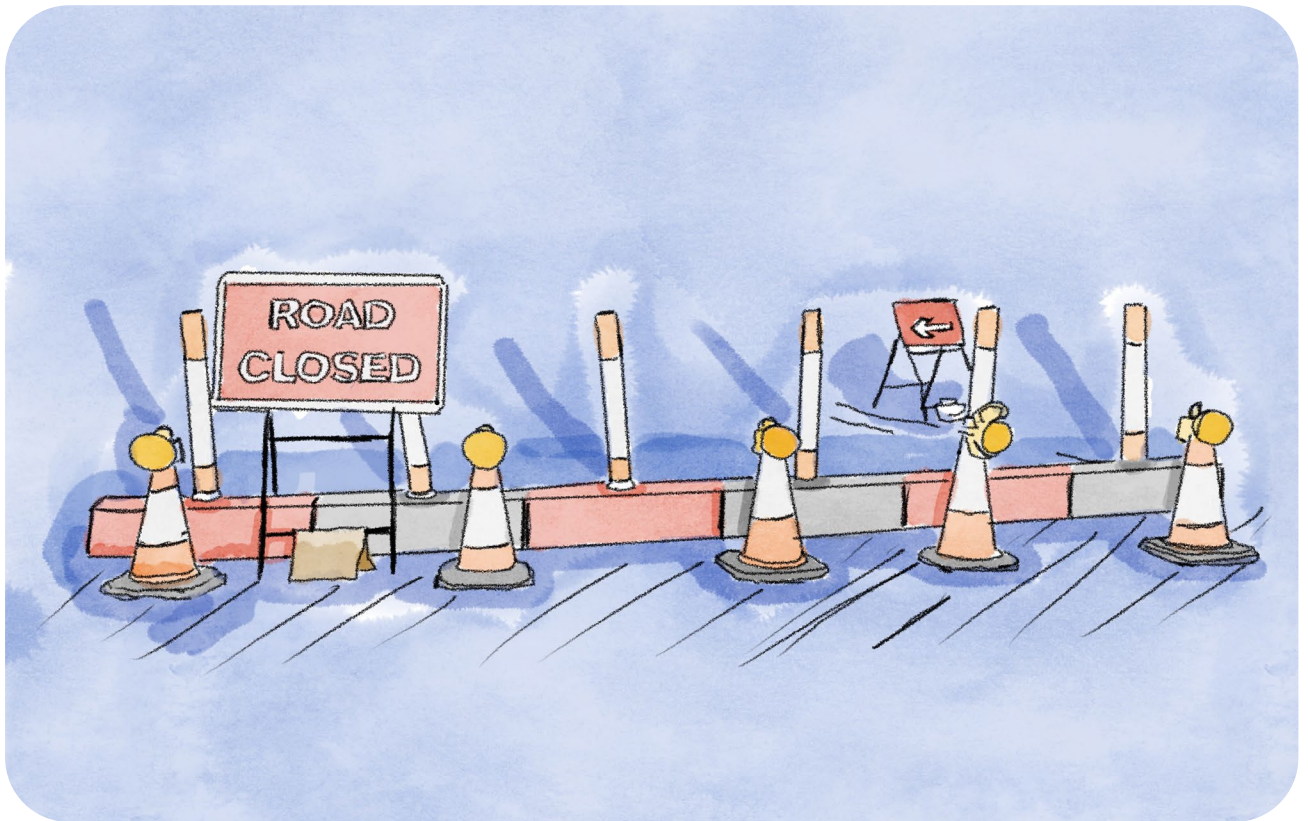
Zohlednění těchto faktorů může pomoci účinněji řídit medikaci během odvykání kouření.

Je proto vždy doporučeno konzultovat jakékoli změny v kuřáckých návycích pacienta se zdravotnickým pracovníkem, aby byla léčba bezpečná a účinná.

3.6

Jaké možnosti a zdroje podpory existují pro odvykání kouření u lidí se schizofrenií?

78



Naštěstí existují specializované zdroje a programy, které pomáhají lidem se schizofrenií přestat kouřit.

Existuje **NĚKOLIK LÉKŮ** (schválených FDA/EMA), které mohou pomoci lidem na jejich cestě odvykání kouření. Hlavním cílem těchto léčiv je omezit nebo úplně zastavit užívání tabáku.

NÁHRADNÍ TERAPIE NIKOTINEM

(například náplasti, žvýkačky nebo pastilky) představuje bezpečnější alternativu tabáku – postupně snižuje závislost na škodlivých tabákových výrobcích prostřednictvím substituce, a je tak efektivním nástrojem v rámci strategie snižování zdravotních rizik.

Existuje také inovativní léčba zvaná **HLUBOKÁ TRANSKRANIÁLNÍ MAGNETICKÁ STIMULACE (TMS)**, která je schválena jako pomoc při krátkodobém odvykání kouření.

Přestože tyto metody mnoha lidem zpočátku pomáhají, výzkumy ukazují, že **MNOHO LIDÍ SE KE KOUŘENÍ VRÁTÍ DO JEDNOHO ROKU**. U osob se závažnými duševními poruchami bývá účinnost těchto terapií ještě nižší a řada z nich na ně vůbec nereaguje.

Jak účinné jsou „léky s náhradním nikotinem“ a nikotinové e-cigarety při odvykání kouření?

V severním Finsku proběhla studie, která zahrnovala účastníky ve věku 25 až 75 let, kteří kouřili denně a chtěli přestat. Ti byli náhodně rozděleni do různých léčebných skupin, kde dostávali buď e-cigarety (ECs) s nikotinem a placebo tablety, nebo „léky s náhradním nikotinem“ a e-cigarety bez nikotinu, případně

placebo tablety a e-cigarety bez nikotinu.

Všem účastníkům se během 12týdenní intervence zároveň dostalo motivační podpory.

Výsledky ukázaly, že jak „léky s náhradním nikotinem“, tak e-cigarety obsahující nikotin mohou být užitečným nástrojem při odvykání kouření, a to až po dobu šesti měsíců.

E-cigarety a schizofrenie: co je důležité vědět?

Elektronické cigarety (e-cigarety) se na trh dostaly okolo roku 2006 a nabídly způsob, jak získat nikotin bez užívání tradičního tabáku.

Od té doby jejich popularita výrazně vzrostla, zejména mezi mladými dospělými.

Nedávná studie* ukázala, že **9.2% univerzitních studentů** použilo e-cigarety během posledního roku a že existuje spojení mezi jejich užíváním a **duševními obtížemi a impulzivním chováním**.

Mezi lidmi se schizofrenií je užívání e-cigaret také velmi rozšířeno.

**Výsledky studie se vztahují na zkoumané skupiny a nemusí být přenositelné na všechny pacienty. Volba konkrétní metody odvykání by měla být konzultována s odborníkem.*

V jedné studii bylo zjištěno, že 7% lidí se schizofrenií e-cigarety aktuálně používalo, 37% je v minulosti vyzkoušelo, a 24% těch, co je nepoužívali, bylo ochotných je vyzkoušet.

Mnozí uživatelé sáhli po e-cigaretách ve snaze přestat kouřit klasický tabák.

Je důležité mít na paměti, že tradiční cigaretový kouř, nikoli samotný nikotin, je považován za faktor, který mění aktivitu některých enzymů ovlivňujících metabolismus určitých antipsychotik.

Protože e-cigarety nevytvářejí stejný typ kouře, nemáme zatím dostatek dat k tomu, abychom doporučili jakékoli úpravy dávek antipsychotik u uživatelů e-cigaret se schizofrenií.

E-cigarety mohou být klíčem k otevření Pandořiny skříňky!

Proběhl výzkum, jak může užívání e-cigaret ovlivnit riziko vzniku závislosti na dalších látkách, jako je marihuana, alkohol či léky na předpis.

Zjistilo se, že **užívání e-cigaret může podpořit rozvoj závislosti i na těchto dalších látkách.**

Překonání návyku: úspěch v odvykání kouření u pacientů se schizofrenií je reálný

Lidé s duševním onemocněním, kteří podstupují léčbu, mají větší pravděpodobnost snížení užívání tabáku než ti, kteří léčbu neabsolvují.

NADĚJE EXISTUJE!

Klíčové poznatky pro pečovatele

- Lidé se schizofrenií kouří výrazně častěji, kvůli sdíleným genetickým a neurobiologickým faktorům a také jako způsob zvládnání stresu, kognitivních potíží či dalších příznaků.
- Kouření může zhoršovat příznaky schizofrenie, zvyšovat zdravotní rizika a narušovat účinnost léků. Odvykání může zlepšit duševní svěžest i fyzické zdraví, ale někdy je nutné upravit dávkování medikace.
- Nikotin může krátkodobě působit jako úleva, ale zároveň vytváří vzorec závislosti, který narušuje dlouhodobé zotavení.
- Přestat kouřit je pro lidi se schizofrenií náročnější, ale rozhodně to není nemožné. Klíčová je individualizovaná podpora, pochopení abstinčních potíží a úzká spolupráce s odborníky na duševní zdraví.
- Pečující mohou pomoci tím, že podporují odvykání, sledují zdravotní stav a pomáhají omezovat stigma spojené s kouřením.

Reference:

1. Szerman N, Parro C, Vega P, Basurte-Villamor I, Ruiz-Veguilla M. Tobacco use disorder in patients with other mental disorders: a dual disorder perspective from clinical neuroscience. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2024 Oct 1;15. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2024.1427561/full>
2. Szerman N, Parro C, Pinet C, Martínez-Raga J, Basurte I, Saiz P. TOBACCO USE DISORDER AND DUAL DISORDERS Joint statement by the Spanish Psychiatry Society and the Spanish Dual Disorders Society. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2025 Jul. 10];50(Suppl. 3):77-138. Available from: <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/16183>.
3. Ding JB, Hu K. Cigarette Smoking and Schizophrenia: Etiology, Clinical, Pharmacological, and Treatment Implications. Faden J, editor. *Schizophrenia Research and Treatment* [Internet]. 2021 Dec 13;2021:1–8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8687814/>
4. Ward HB, Beermann A, Nawaz U, Halko MA, Janes AC, Moran LV, et al. Evidence for Schizophrenia-Specific Pathophysiology of Nicotine Dependence. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2022 Jan 27;13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35153877/>
5. Mackowick KM, Barr MS, Wing VC, Rabin RA, Ouellet-Plamondon C, George TP. Neurocognitive endophenotypes in schizophrenia: Modulation by nicotinic receptor systems. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* [Internet]. 2014 Jul;52:79–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23871750/>
6. Müller CP. Drug instrumentalization. *Behavioural Brain Research* [Internet]. 2020 Jul;390:112672. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32442549/>
7. Valentine G, Sofuoglu M. Cognitive Effects of Nicotine: Recent Progress. *Current Neuropharmacology* [Internet]. 2018;16(4):403–14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6018192/>
8. García-Portilla MP, Bobes J. Smoking cessation programs for persons with schizophrenia: An urgent unmet need. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* (English Edition) [Internet]. 2016 Oct;9(4):181–4. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-486-articulo-smoking-cessation-programs-for-persons-S2173505016300310>
9. Han B, Aung TW, Volkow ND, Silveira ML, Kimmel HL, Blanco C, et al. Tobacco Use, Nicotine Dependence, and Cessation Methods in US Adults With Psychosis. *JAMA Network Open* [Internet]. 2023 Mar 28;6(3):e234995. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10051107/>
10. Steinberg ML, Williams JM, Ziedonis DM. Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia [letter] [Internet]. *Tob Control*. 2004 Jun [cited 2025 Jul 10];13(2):206. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1747846/>
11. Lum A, Skelton E, Wynne O, Bonevski B. A Systematic Review of Psychosocial Barriers and Facilitators to Smoking Cessation in People Living With Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2018 Nov 6;9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30459658/>
12. National Institute on Drug Abuse. Are there sex differences in tobacco smoking?. Retrieved from [Internet]. National Institute on Drug Abuse. 2020. Available from: <https://nida.nih.gov/publications/research-reports/tobacco-nicotine-e-cigarettes/are-there-sex-differences-in-tobacco-smoking>
13. Onwuzo CN, Olukorode J, Sange W, Orimoloye DA, Udojike C, Omoragbon L, et al. A Review of Smoking Cessation Interventions: Efficacy, Strategies for Implementation, and Future Directions. *Cureus* [Internet]. 2024 Jan 11;16(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38344627/>
14. Livingstone-Banks J, Norris E, Hartmann-Boyce J, West R, Jarvis M, Chubb E, et al. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2019 Oct 28;(10):CD003999. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31684681/>
15. Tuisku A, Mikko Rahkola, Nieminen P, Tu-

ula Toljamo. Electronic Cigarettes vs Varenicline for Smoking Cessation in Adults. *JAMA Internal Medicine* [Internet]. 2024 Jun 17;184(8):915–921. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38884987/>

16. Chen G, Rahman S, Lutfy K. E-cigarettes may serve as a gateway to conventional cigarettes and other addictive drugs. *Advances in Drug and Alcohol Research* [Internet]. 2023 Jun 30;3:11345. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38389821/>

V kapitole 4 najdete

Tato kapitola vysvětluje, proč lidé se schizofrenií často sahají po alkoholu a jak to ovlivňuje schizofrenii i průběh léčby. Nabízí také doporučení, jak rozpoznat problematické užívání alkoholu u schizofrenie a jak mohou rodiny podpořit cestu k uzdravení.



4.1

Proč lidé se schizofrenií sahají po alkoholu?



4.2

Jak ovlivňuje alkohol schizofrenii a její léčbu?



4.3

Jak rozpoznat problémové užívání alkoholu u člověka se schizofrenií?



4.4

Jak můžete podpořit cestu k lepšímu duševnímu zdraví a střízlivosti?

Užívání alkoholu při schizofrenii



A vertical illustration on the left side of the page. It features a glass of red wine at the top, a chess piece (a king) in the middle, and a chessboard at the bottom. The style is a mix of watercolor and line art.

Fakta

Alkohol jako úniková strategie.

Mnoho lidí se schizofrenií sahá po alkoholu jako po způsobu, jak se vyrovnat s psychickou zátěží, sociální izolací nebo příznaky svého onemocnění. To však často vede ke zhoršení duševního zdraví a ke vzniku závislosti.

Dopad na léčbu a zdraví.

Konzumace alkoholu nejen že ztěžuje zvládnání příznaků schizofrenie, ale také může oslabit účinek antipsychotik, zvýšit riziko relapsu a celkově snížit kvalitu života pacienta.

Včasné rozpoznání je klíčové.

Identifikace rizika poruchy užívání alkoholu (AUD) již při prvotní diagnóze schizofrenie může pomoci vytvořit lepší a účinnější léčebné strategie.

Integrovaná péče.

Díky integrované péči, která se zaměřuje jak na schizofrenii, tak na poruchu užívání alkoholu, a díky silné podpoře rodiny mohou lidé dosáhnout stability, zlepšit své zdraví a znovu budovat svůj život.

4.1

Proč lidé se schizofrenií sahají po alkoholu?

87



U mnoha lidí se schizofrenií se alkohol stává zvládacím mechanismem – prostředkem, jak se pokusit o samoléčbu, zmírnit nepohodlí při kontaktu s ostatními lidmi a zvládat stres.

Svou roli hraje i **sociální prostředí**. Když jste obklopeni alkoholem, ať už na společenských akcích nebo v domácím prostředí, může to výrazně zkomplikovat snahu nepít. Někteří lidé sahají po alkoholu, aby se cítili přijati okolím, nebo aby unikli osamělosti.

Ačkoli alkohol může přinést krátkodobou úlevu, ve výsledku zhoršuje duševní zdraví, zvyšuje riziko vzniku závislosti a činí příznaky schizofrenie obtížněji zvladatelnými.

Jak častá je porucha užívání alkoholu u lidí se schizofrenií?

Porucha užívání alkoholu (AUD) patří k **nejčastějším** komorbiditám u schizofrenie.



Výzkum ukazuje, že přibližně **21% lidí** se schizofrenií se někdy v životě potýkalo s poruchou užívání alkoholu a **11% se s ní potýká aktuálně**.

2X

Průzkum WHO ukázal, že lidé se zkušeností s psychotickými epizodami mají **více než dvojnásobnou pravděpodobnost**, že budou zápasit s poruchou užívání alkoholu (AUD) než lidé bez nich: **17.1% osob se zkušeností s psychotickými epizodami** mělo v anamnéze poruchu užívání alkoholu, zatímco **u lidí bez těchto zkušeností je to 7.2%**.

To poukazuje na úzké propojení mezi poruchou užívání alkoholu a schizofrenií.

Jak alkohol ovlivňuje mozek?

Výzkumy ukazují, že **alkohol způsobuje uvolňování dopaminu**, látky v mozku spojené s pocitem odměny a potěšení.

Dlouhodobé užívání alkoholu však poškozuje dopaminový systém, a mozek se tak stává méně citlivým na prožívání radosti.

Tyto změny mohou přetrvávat i po ukončení pití, což může zhoršovat příznaky schizofrenie.

Toto **narušení dopaminového systému** úzce souvisí s **rozvojem psychotických příznaků** u schizofrenie.

Proč spolu duševní onemocnění a porucha užívání alkoholu tak úzce souvisejí?

Propojení poruchy užívání alkoholu s dalšími duševními onemocněními je komplexní a může vznikat z několika důvodů:

- **Přímý vliv** alkoholu na duševní zdraví
- **Sdílené** genetické či environmentální faktory
- **Překrývající se rysy** schizofrenie a závislosti na alkoholu
- **Širší vzorec souběžných poruch**, které ovlivňují náladu, chování a kognici

Výzkumy ukazují, že **rizikové faktory** pro poruchu užívání alkoholu **se mohou objevit brzy**, ještě předtím, než se pití stane problémem.

Tyto faktory **zvyšují pravděpodobnost** rozvoje dalších duševních potíží, jako jsou úzkosti, deprese či agresivní chování.

Model **internalizace-externalizace pomáhá vysvětlit**, jak spolu jednotlivé příznaky duševních poruch souvisejí **a proč se porucha užívání alkoholu často objevuje spolu se schizofrenií.**

“**Internalizace**” zahrnuje příznaky jako smutek a úzkost.

“**Externalizace**” zahrnuje příznaky jako agrese.

Tento model ukazuje, proč lidé s poruchou užívání alkoholu často trpí více než jedním psychickým onemocněním, mohou **totiž sdílet společné biologické a psychologické kořeny.**

Proč se u některých lidí vyvine porucha užívání alkoholu, zatímco u jiných ne?

Genetické a biologické vlastnosti člověka pomáhají vysvětlit, proč se u každého, kdo pije alkohol, nevyvine porucha užívání alkoholu (AUD).

Vědci identifikovali **specifické genetické variace**, které mohou zvyšovat riziko AUD, dokonce i u lidí, kteří nekonzumují velká množství alkoholu.

Tyto genetické faktory mohou objasnit, proč někteří jedinci přecházejí od příležitostného nebo nadměrného pití až k plně rozvinuté závislosti.

Pochopení těchto variací otevírá nové možnosti pro cílenou prevenci a účinnější léčebné strategie.

Způsobuje či zhoršuje alkohol schizofrenii, nebo naopak přináší úlevu?

Alkohol sám o sobě nezpůsobuje schizofrenii. Výzkumy ukazují, že lidé se schizofrenií často sahají po

alkoholu až poté, co začnou prožívat úzkosti nebo psychotické příznaky.

To naznačuje, že alkohol je často používán jako způsob zvládnání stresu a úzkosti, nikoli jako spouštěč samotných příznaků.

Co je psychóza vyvolaná alkoholem a jak se liší od schizofrenie?

Akutní intoxikace alkoholem, zejména u lidí, kteří mají sklony k duševním potížím, a také **dlouhodobé zneužívání alkoholu mohou vést k rozvoji psychózy vyvolané alkoholem.**

Psychóza vyvolaná alkoholem většinou **vzniká při abstinenci**, stav známý také jako **delirium tremens**. Příznaky mohou zahrnovat sluchové a zrakové **halucinace a paranoii**, ale **obvykle odezní během 72 hodin**. Je důležité zmínit, že **tato forma psychózy není totéž jako schizofrenie.**

Jak spolu souvisí schizofrenie a porucha užívání alkoholu?

Konzumace alkoholu u lidí se schizofrenií je ovlivněna kombinací genetických a biologických faktorů, stejně jako životních okolností.

Genetické a rodinné faktory: Studie ukazují, že lidé se schizofrenií mají vyšší pravděpodobnost rozvoje problémů s alkoholem, pokud mají blízké příbuzné s poruchou užívání alkoholu (AUD). Schizofrenie sama o sobě však **není častější** u dětí rodičů s AUD.

Biologické vlivy: Mnoho lidí se schizofrenií pije alkohol jako formu samoléčby, ve snaze zmírnit své příznaky, alkohol však obvykle tyto příznaky zhoršuje. Roli hraje i chemie v mozku, změny v hladinách dopaminu mohou způsobit vyšší citlivost na odměňující účinky alkoholu, což zvyšuje riziko vzniku závislosti. Schizofrenie navíc může narušovat kontrolu impulzů a kognitivní funkce, což nahrává vzniku problémů s pitím, dokonce i při konzumaci malých dávek alkoholu.

Sociální a environmentální faktory: Významnou roli hrají životní obtíže. Mnoho lidí se schizofrenií čelí stresu, chudobě či osamělosti, což může vést k užívání alkoholu jako mechanismu zvládnání. Někteří pijí, aby zapadli mezi ostatní nebo unikli nepříjemným emocím. Změny v systému péče o duševní zdraví, například přesun od hospitalizace k samostatnému životu v komunitě, mohou někdy vést k nižšímu množství pracovních příležitostí, omezenému volnočasovému vyžití a menší sociální podpoře, což činí alkohol o to lákavějším.

4.2

Jak ovlivňuje alkohol schizofrenii a její léčbu?

91



Alkohol může mít na schizofrenii závažný dopad, často totiž zhoršuje příznaky a ovlivňuje celkový duševní stav člověka.

Protože se antipsychotické léky odbourávají především v játrech, může alkohol tento proces narušovat, což vede ke snížení jejich účinnosti nebo k silnějším nežádoucím účinkům.

Globální dopad poruchy užívání alkoholu

Porucha užívání alkoholu je jedním z **hlavních faktorů nemocnosti a úmrtnosti na světě**. Odhaduje se, že celosvětově s ní žije asi 400 milionů lidí, tedy přibližně 7 % světové populace ve věku 15 let a více.

Tato porucha **vzniká tehdy, když člověk ztratí kontrolu nad pitím**, rozvine se u něj závislost, zvýší se tolerance k alkoholu a objeví se vážné negativní dopady duševní, fyzické i sociální.

Porucha užívání alkoholu se podílí asi **10%** na celkové **GLOBÁLNÍ ZÁTĚŽI** nemocí, které souvisejí s užíváním návykových látek a s psychickými onemocněními.

Jde o vysoce invalidizující poruchu, která je spojena s řadou **fyzických i psychických zdravotních problémů**.

Když se schizofrenie potká s poruchou užívání alkoholu

Když má člověk se schizofrenií zároveň poruchu užívání alkoholu (AUD), jeho onemocnění se výrazně komplikuje a hůře zvládá.

To může mimo jiné vést k:

- zhoršení psychotických příznaků,
- častějším relapsům,
- nižší kvalitě života,
- snížené účinnosti antipsychotik,
- obtížím s dodržováním léčby.

Výzkumy také ukazují, že lidé, kteří pijí nadměrně, mívají často delší historii schizofrenie a častěji potřebují prodloužené pobyty v psychiatrických zařízeních.

U pacientů s chronickou schizofrenií a současnou poruchou užívání alkoholu se navíc objevují závažnější pozitivní symptomy (jako jsou halucinace a bludy) a vyšší míra deprese, negativních symptomů (například emoční otupělosti) a sebevražedných tendencí než u pacientů se schizofrenií, kteří alkohol nikdy neužívali.

Včasná intervence má zásadní význam

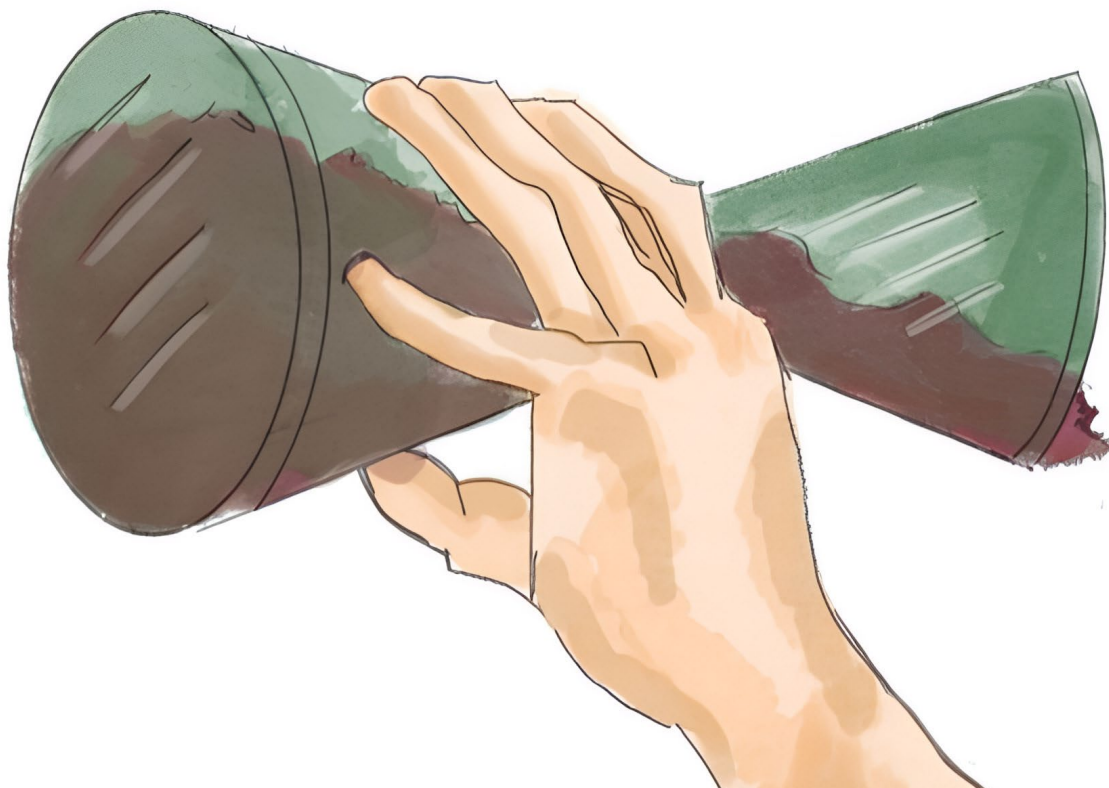
U jedinců s první epizodou psychózy bylo užívání alkoholu před hospitalizací spojeno s častějším výskytem pozitivních symptomů a zároveň také s projevy negativních symptomů.

Konzumace alkoholu u lidí se schizofrenií navíc nepříznivě ovlivňuje kognitivní funkce a snižuje kvalitu života.

Zároveň přispívá ke zvýšenému riziku úmrtí z různých příčin.

Léčit pouze schizofrenii nemusí stačit k tomu, aby se zabránilo rozvoji poruchy užívání alkoholu. Je nezbytné včas rozpoznat jedince, kteří jsou ohroženi, a poskytnout jim **odpovídající preventivní opatření**.

Zachycení problémového pití alkoholu dříve, **než se rozvine naplno**, může výrazně snížit jeho škodlivý dopad na zdraví, zlepšit adherenci k léčbě a snížit počet opakovaných hospitalizací. **Včasná intervence** hraje zásadní roli v posílení celkové duševní i fyzické pohody.



4.3

Jak rozpoznat problémové užívání alkoholu u člověka se schizofrenií?

94



Rozpoznat problémové užívání alkoholu u člověka se schizofrenií může být obtížné, protože příznaky obou stavů se mohou vzájemně překrývat.

Například izolace, neuspořádané myšlení a proměnlivé chování mohou být příznaky jak schizofrenie, tak i problémového užívání alkoholu.

Vnímání konkrétních **změn v chování, fyzických příznaků a nenápadných signálů, které mohou na užívání alkoholu ukazovat** může rodinám pomoci rozpoznat problém včas a podniknout potřebné kroky.



Včasné rozpoznání umožňuje rychlou intervenci, což zlepšuje výsledky léčby a celkovou pohodu člověka.

Konkrétní ukazatele, které mohou pomoci odlišit problémy související s alkoholem:

Změny v chování, například tajnůstkářství, zanedbávání povinností nebo znatelný pokles v osobní hygieně.

Fyzické známky, jako je zápach alkoholu, nezřetelná řeč nebo nejistá chůze.

Další varovný signál je **náhlé zvýšení konzumace alkoholu nebo časté stavy opilosti**, zejména u lidí, kteří dříve tolik nepili.

Důležité je sledovat, **jak alkohol ovlivňuje příznaky duševního onemocnění.**

Pokud po konzumaci alkoholu dochází ke zřetelnému **zhoršení halucinací, bludů nebo k nestabilitě nálady**, může to naznačovat škodlivý vztah k alkoholu.

Stejně tak je nutné vnímat **dopad alkoholu na léčbu.**

Pokud pacient **vynechává léky, vyhýbá se terapii nebo se stahuje do izolace**, může to být známkou toho, že pití alkoholu narušuje jeho zotavení.

Co je psychotická porucha vyvolaná alkoholem?

Psychotická porucha vyvolaná alkoholem je považována za samostatné onemocnění, odlišné od schizofrenie.

Lze ji také jasně odlišit od jiných stavů souvisejících s alkoholem, například od **deliria tremens**.

Přibližně 1/3 lidí závislých na alkoholu, **kterí mají psychotické příznaky**, je diagnostikována právě **psychotická porucha vyvolaná alkoholem.**

Existuje několik teorií, které se snaží vysvětlit, jak se psychotická porucha vyvolaná alkoholem může rozvinout.

Může vznikat jako:

- způsob samoléčby příznaků schizofrenie,
- přímý důsledek nadměrného užívání alkoholu,
- samostatné, ale současně probíhající onemocnění.

Alkohol a násilí u lidí se schizofrenií

Pochopení souvislosti mezi užíváním alkoholu, schizofrenií a násilným chováním je klíčem k účinné podpoře.

- Výzkumy ukazují, že **anamnéza násilného chování je jedním z hlavních prediktorů** rozvoje poruchy užívání alkoholu (AUD) po stanovení diagnózy schizofrenie.
- To zdůrazňuje, jak důležité je **pečlivě sledovat** konzumaci alkoholu i jakoukoli historii násilných incidentů.
- **Proaktivní přístup** k těmto problémům může výrazně zlepšit průběh léčby i celkovou pohodu vašeho blízkého.

Reagují muži a ženy na alkohol odlišně?

Muži a ženy reagují na alkohol rozdílně a tyto rozdíly mají biologické základy.

U žen dochází k intoxikaci již po nižší dávce alkoholu než u mužů.

Tento **rozdíl** lze vysvětlit tím, že ženy mají obvykle méně vody v těle než muži podobné velikosti, a proto u nich po vypití stejného množství alkoholu vzniká **vyšší koncentrace alkoholu v krvi**.

Navíc mají ženy **nižší hladinu žaludečního enzymu alkoholdehydrogenázy**, který rozkládá alkohol už v žaludku.

4.4

Jak můžete podpořit cestu k lepšímu duševnímu zdraví a střízlivosti?



Podpora blízkého člověka, který žije se schizofrenií a zároveň s poruchou užívání alkoholu, vyžaduje empatii, trpělivost a dobře informovaný přístup.

Zavedení praktických opatření pro vytvoření **bezpečného prostředí** a podporu **adherence k léčbě i abstinenci** je klíčové.

Stejně důležité však je, aby pečující nezapomínali na **self-care**, udržovali svou vlastní pohodu a mohli tak dlouhodobě poskytovat kvalitní podporu.

Omezení příjmu alkoholu může výrazně zlepšit výsledky léčby u osob s duální schizofrenií

Užívání alkoholu může výrazně zhoršit potíže, kterým lidé se schizofrenií čelí.

Ačkoli alkohol často stojí za nepříznivým průběhem onemocnění, svou roli hrají i další faktory, například **užívání dalších návykových látek, nedodržování léčby či stresující životní situace**.

Studie ukazují, že lidé se schizofrenií a současnou poruchou užívání alkoholu **mají vyšší pravděpodobnost horších výsledků léčby**, včetně zvýšeného výskytu deprese, bezdomovectví či častější hospitalizace.

Ti, kteří úspěšně abstinují, obvykle zaznamenávají zlepšení duševního zdraví, stability i celkové kvality života.

Tyto poznatky zdůrazňují význam **integrovaného léčebného přístupu**, který se zaměřuje **na schizofrenii a poruchu užívání alkoholu současně**.

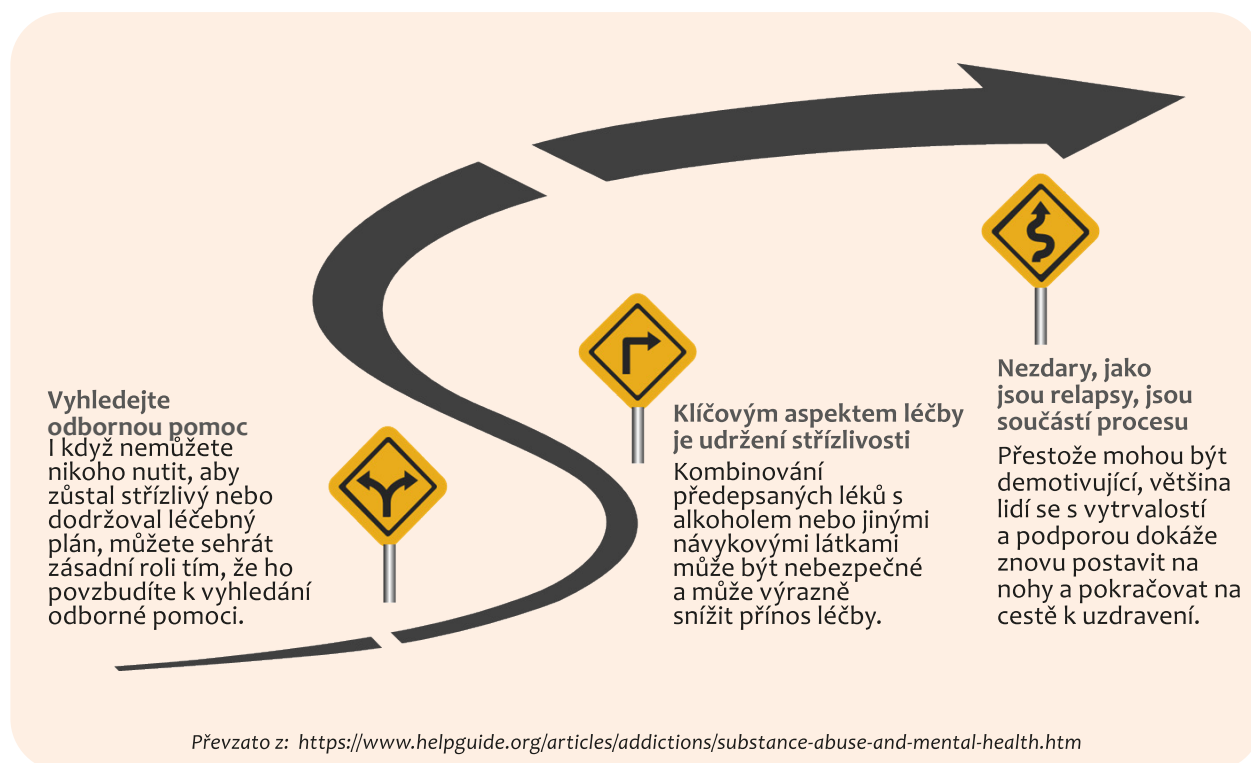
Zásadní kroky v péči o člověka se schizofrenií a poruchou užívání alkoholu

- 1** Prvním krokem je **navázání spolupráce**, cílem je vybudovat důvěru mezi pacientem a léčebným týmem.
- 2** Následuje fáze **motivace**, která se zaměřuje na posílení vnitřní motivace pacienta zvládat obě onemocnění a směřovat k zotavení.
- 3** Ve fázi **aktivní léčby** se pacienti učí praktické dovednosti a dostávají podporu potřebnou ke zvládnutí svých obtíží a ke zlepšení kvality života.
- 4** Závěrečnou fází je **prevence relapsu**, ta zahrnuje strategie k předcházení návratu potíží a zmírnění jejich dopadu, pokud k němu dojde.

Jak můžete podpořit cestu k zotavení?

Podpora člověka, který se potýká jak s užíváním alkoholu, tak s duševním onemocněním, může být náročná. Přesto je zotavení možné.

I když tato cesta vyžaduje čas, odhodlání a odvahu, mnoho lidí tyto výzvy úspěšně překonalo a vyšlo z nich silnější.



Nedávné výzkumy ukazují, že integrovaná léčba duševního onemocnění a poruchy užívání návykových látek, namísto jejich odděleného řešení, vede k lepším výsledkům.

Tyto léčebné programy obvykle zajišťuje tým odborníků z různých oborů. Zaměřují se na pomoc pacientům v jejich každodenním prostředí, poskytují komplexní péči a vedou je postupně a systematicky k zotavení.

Zapojení a podpora rodiny a blízkých jsou pro pohodu těchto pacientů naprosto klíčové.

Podpora blízkého člověka, který čelí schizofrenii a poruše užívání alkoholu, není snadná. S trpělivostí, porozuměním a vhodnou odbornou péčí však můžete sehrát významnou roli na jeho cestě k zotavení.

Shrnutí pro pečovatele:

- Lidé se schizofrenií mohou sahat po alkoholu jako po způsobu, jak zvládat psychickou zátěž, ten však často zhoršuje příznaky a vede ke vzniku závislosti.
- Alkohol může snižovat účinnost antipsychotické léčby a zvyšovat riziko relapsů, hospitalizací i dalších zdravotních komplikací.
- Včasné rozpoznání problémového užívání alkoholu je klíčové pro prevenci dalších obtíží a pro podporu úspěšného zotavení.
- Rodinná podpora a integrovaná léčba, která se současně zaměřuje na schizofrenii i poruchu užívání alkoholu, výrazně zlepšují výsledky léčby a dlouhodobou stabilitu.
- Pečující mohou pomoci tím, že sledují varovné signály problémového užívání alkoholu, podporují léčbu a poskytují neodsuzující, respektující podporu.

Reference:

1. Degenhardt L, Saha S, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, et al. The associations between psychotic experiences and substance use and substance use disorders: findings from the World Health Organization World Mental Health surveys. *Addiction* [Internet]. 2018 Feb 21;113(5):924–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29284197/>
2. Lv M, Wang X, Wang Z, Li X, Wang L, Tan Y, et al. Alcohol drinking in male patients with chronic schizophrenia: prevalence and its relationship to clinical symptoms. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2023;14:1164968. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37520222/>
3. Castillo-Carniglia A, Keyes KM, Hasin DS, Cerdá M. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019 Oct;6(12). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7006178/>
4. Kember RL, Vickers-Smith R, Zhou H, Xu H, Jennings M, Dao C, et al. Genetic Underpinnings of the Transition From Alcohol Consumption to Alcohol Use Disorder: Shared and Unique Genetic Architectures in a Cross-Ancestry Sample. *The American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2023 Aug 1;180(8):584–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37282553/>
5. Swendsen J, Ben-Zeev D, Granholm E. Real-Time Electronic Ambulatory Monitoring of Substance Use and Symptom Expression in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2011 Feb;168(2):202–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21078705/>
6. Canver BR, Newman RK, Gomez AE. Alcohol Withdrawal Syndrome [Internet]. *Treasure Island (FL): StatPearls*; 2024. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28722912/>
7. Drake R, Mueser K. Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Schizophrenia. *Alcohol Health and Research World* [Internet]. 2002 Jan;26(2):99–101. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6683824/>
8. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva; 2024 Jun. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>.
9. 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 and Alcohol Dependence* [Internet]. 2018 Oct;191:234–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30153606/>
10. Jones RM, Lichtenstein P, Grann M, Långström N, Fazel S. Alcohol Use Disorders in Schizophrenia: A National Cohort Study of 12,653 Patients. *The Journal of Clinical Psychiatry* [Internet]. 2011 Jun 15 [cited 2020 Oct 30];72(6):775–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21733478/>
11. Levit JD, Meyers JL, Georgakopoulos P, Pato MT. Risk for alcohol use problems in severe mental illness: Interactions with sex and racial/ethnic minority status. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. 2023 Mar 15;325:329–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36587907/>
12. Robinson L, Smith M, Segal J. Dual diagnosis: Substance abuse and mental health [Internet]. *HelpGuide.org*. 2018 [cited 2025 Jul 11]. Available from: <https://www.helpguide.org/articles/addictions/substance-abuse-and-mental-health.htm>

V kapitole 5 najdete

Tato kapitola nabízí přehled o tom, jak porucha užívání konopí ovlivňuje příznaky schizofrenie a její léčbu, a popisuje strategie, jak zvládat obě tato onemocnění současně. Díky lepšímu porozumění důvodům užívání konopí u schizofrenie mohou pečující osoby účinněji podporovat své blízké a přispívat ke zlepšení výsledků léčby.



5.1

Užívání konopí při schizofrenii



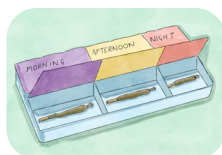
5.2

Rozpoznání poruchy užívání konopí



5.3

Jak ovlivňuje užívání konopí schizofrenii?




5.4

Jak ovlivňuje porucha užívání konopí léčbu schizofrenie?


Užívání konopí při schizofrenii




Fakta



Užívání konopí je u lidí se schizofrenií poměrně běžné, často jako způsob, jak se vyrovnat s příznaky onemocnění, přestože může spouštět psychotické epizody a narušovat účinnost léčby.



Porucha užívání konopí přesahuje rámec příležitostného užívání – vede k abstinčním příznakům a činí ukončení jeho užívání obtížným, což dále komplikuje zvládnání schizofrenie.



Postupné omezení nebo úplné vysazení konopí může pomoci předcházet zhoršování příznaků schizofrenie a může přispět i ke zmírnění těchto příznaků.



Společně to zvládneme.

Účinná léčba vyžaduje psychiatrickou péči, postupné omezení užívání konopí a důsledné dodržování medikace.

Podpora rodiny je klíčová pro dosažení lepších výsledků léčby a zlepšení kvality života.

Na téma konopí

Konopí, získávané z rostlin **Cannabis sativa** a **Cannabis indica**, se používá už po tisíce let – jako surovina a také jako psychoaktivní látka.

Kanabinoidy jsou skupinou látek obsažených v rostlině konopí. Mezi hlavní kanabinoidy patří **delta-9-tetrahydrokanabinol (THC)** a **kanabidiol (CBD)**. Kromě THC a CBD bylo identifikováno více než 100 dalších kanabinoidů.

Je důležité rozlišovat pojmy “**konopí**” a “**marhuana**” které se často zaměňují, ale neznamenají totéž. “Konopí” označuje všechny produkty pocházející z rostliny *Cannabis sativa*, zatímco “marhuana” se vztahuje konkrétně na části rostliny s významným obsahem THC, tedy látky zodpovědné za psychoaktivní účinky.

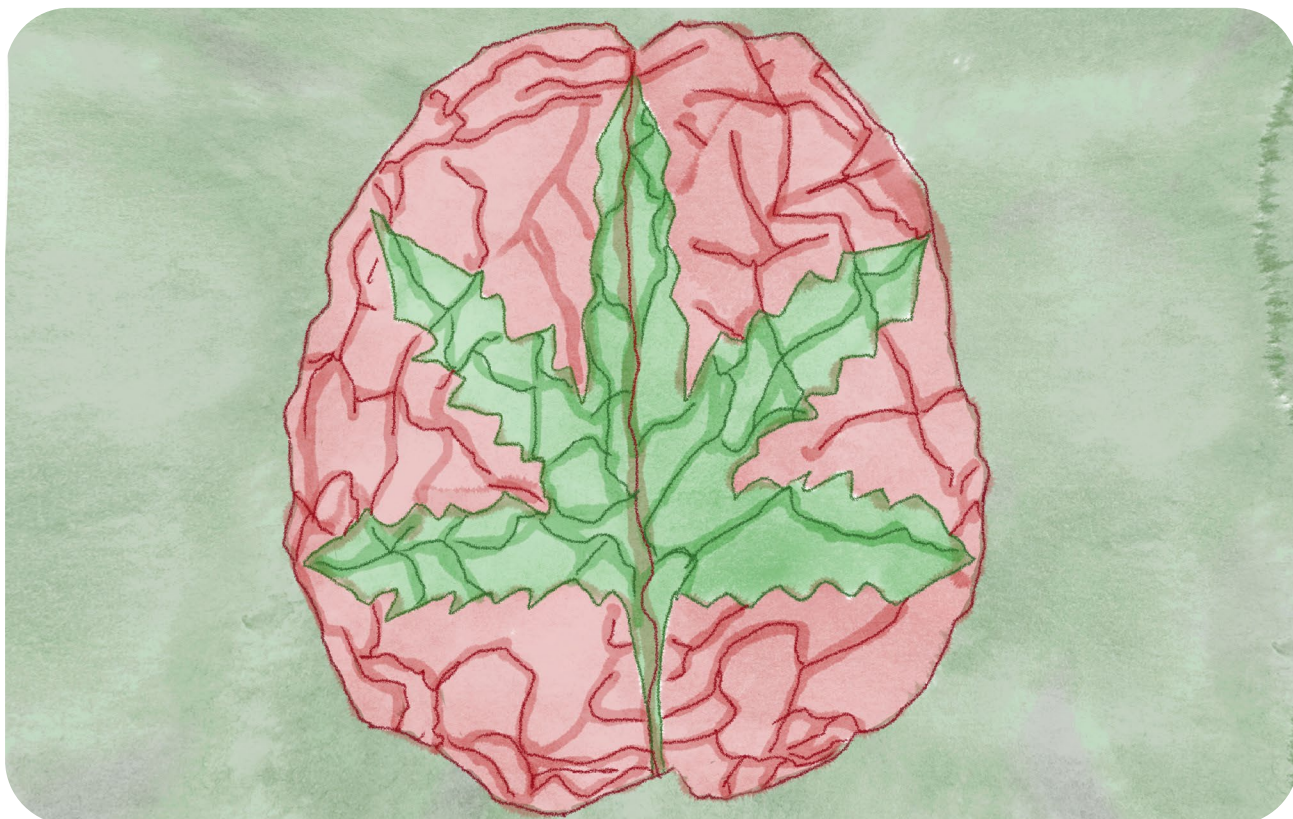
Nejúčinnější psychoaktivní složkou v konopí je delta-9-tetrahydrokanabinol (THC), který vyvolává typický euforický „stav opojení“.

Je důležité vědět, že **THC může vyvolat krátkodobé psychotické příznaky**, a to i u lidí, kteří netrpí schizofrenií.

5.1

Užívání konopí při schizofrenii

106



Užívání konopí je mezi lidmi s psychózou překvapivě časté.

Studie ukazují, že **36% osob prožívajících první epizodu psychózy** a přibližně **21% osob s již rozvinutou schizofrenií** má potíže s poruchou užívání konopí (CUD).

Může užívání konopí zvyšovat riziko schizofrenie?

Užívání konopí, zejména ve velkém množství, výrazně zvyšuje pravděpodobnost rozvoje schizofrenie. Riziko je obzvláště vysoké u těch, kteří začnou konopí užívat v mladším věku. Výzkumy naznačují, že lidé, kteří konopí užívají často, mají až **ČTYŘNÁSOBNĚ VYŠŠÍ RIZIKO ROZVOJE SCHIZOFRENIE**.

Závažnost rizika dále závisí na několika faktorech:

Věk při prvním užití konopí (vyšší riziko při zahájení užívání před 16.–18. rokem života).

Dávka a obsah THC (častější užívání a konopí s vysokým obsahem THC riziko zvyšují).

Genetická zranitelnost (významnou roli hraje rodinná anamnéza psychózy).

Psychóza vyvolaná konopím: znepokojivý trend



Počet případů psychózy vyvolané konopím se za poslední dvě desetiletí dramaticky zvýšil:

- V letech 2000–2016 vzrostl počet případů psychózy vyvolané konopím v Norsku o 67%, v Dánsku o 115 % a ve Švédsku o 238 %.
- V Kanadě se mezi lety 2015–2019 zdvojnásobil počet návštěv pohotovosti kvůli psychózám souvisejícím s konopím.

Tento trend je velmi znepokojivý, protože u mnoha z těchto osob následně dochází k rozvoji přetrvávajících psychotických poruch.

Proč lidé se schizofrenií užívají konopí?

Samoléčba: Někteří pacienti užívají konopí ve snaze zmírnit tíživé psychotické příznaky nebo potlačit nepříjemné nežádoucí účinky některých léků.

Zvládání negativních příznaků: Někteří se domnívají, že konopí může pomáhat zmírnit negativní příznaky schizofrenie, jako je sociální stažení, nedostatek motivace či emoční ploštllost.

Zvládání úzkosti a stresu: Studie ukazují, že lidé se schizofrenií mají větší tendenci užívat konopí v období stresu, a to i přesto, že může zhoršovat psychotické příznaky.

Ačkoli někteří pacienti sahají po konopí ve snaze dosáhnout úlevy, jeho užívání může komplikovat léčbu, zhoršovat příznaky a narušovat účinek léků.



Porozumění důvodům, proč lidé se schizofrenií konopí užívají, a uvědomění si jeho možných rizik je pro pečující osoby klíčové k tomu, aby mohly poskytovat účinnou podporu a přispět k co nejlepším výsledkům léčby u svých blízkých.

Užívání konopí při schizofrenii: co by měl vědět každý pečovatel

- Nedávné výzkumy zdůrazňují **VÝZNAMNOU SOUVISLOST** mezi užíváním konopí a schizofrenií.
- Užívání konopí je opakovaně **SPOJOVÁNO SE ZVÝŠENÝM RIZIKEM** rozvoje psychózy a se zhoršením příznaků schizofrenie.
- Studie ukazují, že **OMEZENÍ NEBO ÚPLNÉ VYSAZENÍ KONOPÍ** může pomoci předcházet zhoršení příznaků schizofrenie nebo je dokonce může i zmírnit.
- Ačkoli mohou hrát roli i další rizikové faktory, například užívání jiných návykových látek, život ve městě nebo sociální podmínky, **KONOPÍ ZŮSTÁVÁ JEDNOZNAČNÝM A VÝZNAMNÝM RIZIKOVÝM FAKTOREM.**

5.2

Rozpoznání poruchy užívání konopí



Pravidelné užívání konopí může v některých případech přerůst v poruchu užívání konopí (CUD), zejména pokud jsou přítomny určité rizikové faktory.

Časté užívání konopí, zejména odrůd s vysokým obsahem THC, riziko vzniku poruchy užívání konopí výrazně zvyšuje, přičemž **nejvíce ohroženi jsou lidé, kteří ho užívají denně.**

Riziko dále zvyšují i **kognitivní a behaviorální faktory**, například potíže se sebekontrolou, které mohou vést k silnějšímu pocitu bažení a k větší potřebě v užívání pokračovat, což ztěžuje snahu užívání konopí omezit.

Co je porucha užívání konopí?

Porucha užívání konopí (CUD) je duševní onemocnění, které se může rozvinout při dlouhodobém užívání konopí. Je charakterizováno problémovým vzorcem užívání, jenž vede k výraznému stresu nebo potížím v každodenním fungování.

K diagnóze je potřeba, aby se **BĚHEM JEDNOHO ROKU OBJEVILY ALESPŇ DVA Z NÁSLEDUJÍCÍCH PŘÍZNAKŮ:**

- **UŽÍVÁNÍ VĚTŠÍHO MNOŽSTVÍ** konopí, než bylo původně zamýšleno, nebo jeho užívání po delší dobu.
- Opakované neúspěšné pokusy o **OMEZENÍ UŽÍVÁNÍ.**
- **VĚNOVÁNÍ ZNAČNÉHO MNOŽSTVÍ ČASU** shánění konopí, jeho užívání nebo zotavování se po jeho použití.

- Silné **BAŽENÍ** po konopí.
- **ZANEDBÁVÁNÍ** pracovních, školních nebo domácích povinností kvůli užívání konopí.
- Pokračování v užívání navzdory **SOCIÁLNÍM NEBO VZTAHOVÝM PROBLÉMŮM** způsobeným užíváním konopí.
- **ZANEDBÁVÁNÍ** důležitých aktivit kvůli užívání konopí.
- Užívání konopí v **NEBEZPEČNÝCH SITUACÍCH.**
- Pokračování v užívání i přesto, že si je člověk vědom **FYZICKÉ NEBO PSYCHICKÉ ÚJMY.**
- Rozvoj **TOLERANCE**, potřeba většího množství konopí k dosažení stejného účinku.
- Výskyt **ABSTINENČNÍCH PŘÍZNAKŮ** při vysazení nebo omezení užívání konopí.

Závažnost poruchy užívání konopí se hodnotí jako **mírná, středně těžká nebo těžká**, podle počtu přítomných příznaků.

Časná remise: Za časnou remisi se považuje stav, kdy osoba neužívá konopí po dobu 3 až 12 měsíců poté, co dříve splňovala kritéria CUD. I v této fázi však může přetrvávat bažení po konopí.

Jak se porucha užívání konopí liší v závislosti na pohlaví?

Dostupné důkazy ukazují na významnou souvislost mezi poruchou užívání konopí (CUD) a schizofrenií, přičemž riziko je **výrazně vyšší u mužů, zejména ve věku 16–25 let.**



Odhaduje se, že až 15 % případů schizofrenie u mužů by bylo možné předejít, pokud by se podařilo zabránit rozvoji poruchy užívání konopí.

111

Jak se užívání konopí zjišťuje laboratorními testy?

Laboratorní testy mohou užívání konopí odhalit, jejich výsledky by však měly být vždy hodnoceny v souvislosti s klinickým vyšetřením.

Většina laboratorních testů analyzuje moč, krev, sliny nebo vlasy za účelem zjištění přítomnosti **THC**, hlavní psychoaktivní složky konopí.

Pozitivní test potvrzuje, že konopí bylo užito, ale neznamená automaticky, že má dotyčný poruchu užívání konopí (CUD) nebo že je v danou chvíli intoxikován.

U těžkých nebo častých uživatelů **se THC z těla vylučuje podstatně pomaleji** než u příležitostných uživatelů.

5.3

Jak ovlivňuje užívání konopí schizofrenii?

112



Ačkoli je konopí často vnímáno jako neškodná nebo dokonce terapeutická látka, jeho užívání u osob se schizofrenií představuje významné riziko.

U lidí se schizofrenií může užívání konopí:

ZHORŠOVAT PSYCHOTICKÉ PŘÍZNAKY (halucinace, bludy, paranoia).

Zvyšovat riziko relapsů a hospitalizací.

Snižovat adherenci k léčbě, a tím i účinnost předepsaných léků.

Vést k **vyšší agresivitě a nižší kvalitě života.**

Užívání konopí zvyšuje riziko relapsu u pacientů se schizofrenií



Lidé se schizofrenií, kteří užívají konopí, mají výrazně vyšší riziko relapsu (návratu obtíží).

Nepravidelné užívání léků a nedodržování léčebného režimu snižuje kontrolu příznaků onemocnění a **konopí může přímo zvyšovat** zranitelnost vůči psychotickým epizodám. To pak ztěžuje prevenci relapsu i při jinak správně nastavené péči.

THC vs CBD: odlišné účinky na schizofrenii

Konopí, známé především svými psychoaktivními účinky, je v mnoha zemích stále častěji legalizováno. Tento trend je spojen se zvýšenou pravděpodobností užívání konopí jak u mladých lidí, tak u dospělých.

Vztah mezi THC (Δ^9 -tetrahydrokanabinol) a CBD (kanabidiol) dále komplikuje to, jak konopí ovlivňuje psychotické příznaky.

THC (Δ^9 -tetrahydrokanabinol): Hlavní psychoaktivní složka konopí, která vyvolává stav „opojení“. Výzkumy ukazují, že THC může zhoršovat psychotické příznaky, zvyšovat riziko relapsu a negativně ovlivňovat kognitivní funkce u pacientů se schizofrenií.

CBD (Kanabidiol): Nepůsobí psychoaktivně a může mít ochranné účinky.

- Některé studie naznačují, že CBD by mohlo zmírňovat určité psychotické příznaky, zlepšovat kognitivní funkce a regulovat dopaminovou aktivitu, což naznačuje jeho možný terapeutický potenciál.

- **Kognitivní dopad:** Některé výzkumy naznačují, že pacienti se schizofrenií, kteří užívají konopí, mohou v některých kognitivních testech podávat lepší výkony než ti, kteří konopí neužívají. Důvody tohoto zjištění však zůstávají nejasné.

Nerozhodné výsledky výzkumu:

Přestože CBD vykazuje určitý slibný potenciál, je zapotřebí dalších studií, aby bylo možné potvrdit jeho přínosy a stanovit vhodné dávkování pro pacienty se schizofrenií.

Co by měli pečující zvážit: S rostoucí tendencí užívání konopí je zásadní rozumět jeho rizikům i možným přínosům.

Ačkoliv může **konopí** přinášet **úlevu** od bolesti, úzkosti a dalších potíží, nese s sebou také významná rizika. Chronické užívání může **zhoršovat kognitivní funkce a emoční regulaci** a u osob s genetickou zranitelností může **zvyšovat riziko rozvoje duševních poruch** jako je schizofrenie.

Dlouhodobé užívání konopí může vést ke **strukturálním změnám v mozku** a ovlivňovat **genovou expresi**, což může mít dopad i na chování a duševní zdraví potomků.

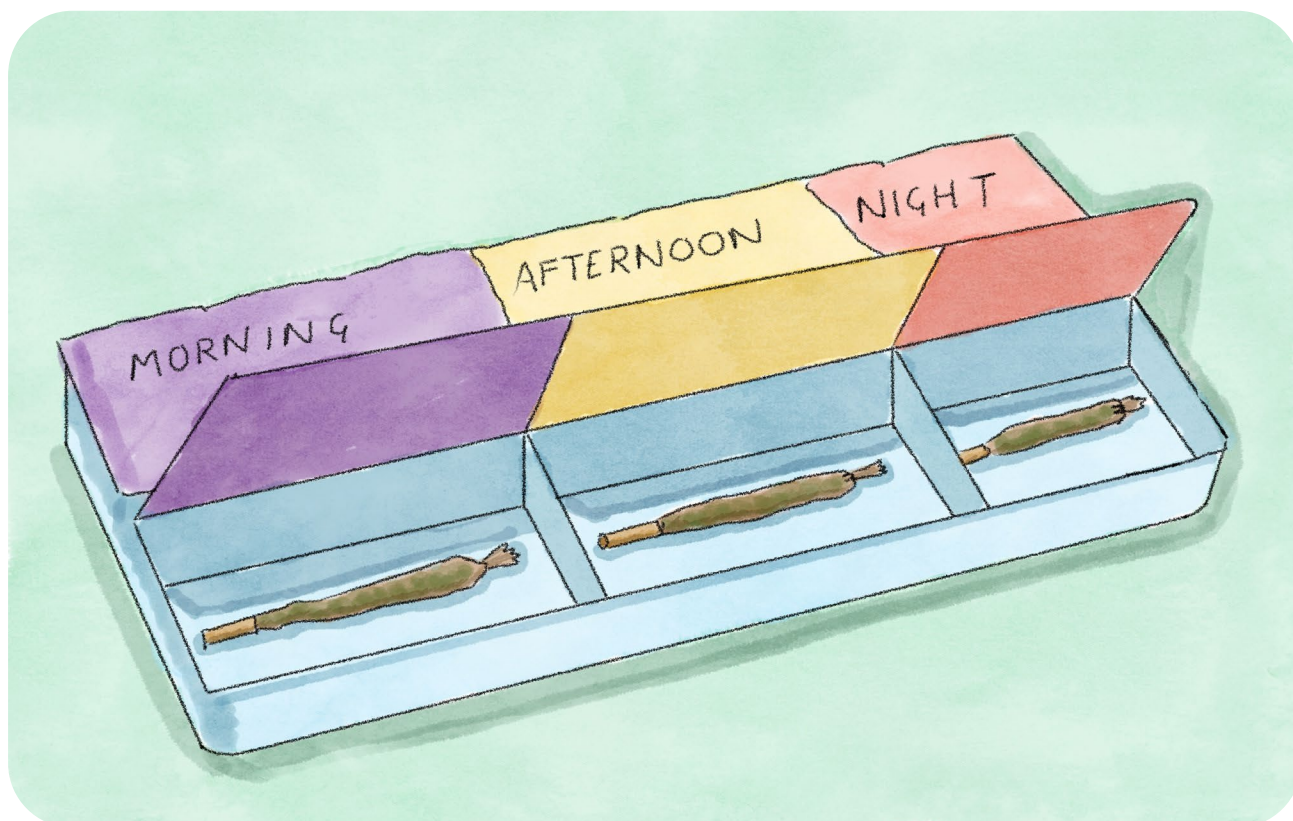
Užívání konopí ovlivňuje riziko psychózy, deprese a úzkosti

Výzkumy ukazují jasnou souvislost mezi užíváním konopí a různými duševními obtížemi, přičemž čím intenzivněji je užívání, tím vyšší je riziko rozvoje poruch, jako jsou psychóza, deprese a úzkost.

Silní uživatelé konopí mají až **ČTYŘNÁSOBNĚ VYŠŠÍ RIZIKO PSYCHÓZY** ve srovnání s osobami, které konopí neužívají, a zároveň u nich častěji dochází k výskytu depresivních a úzkostných příznaků.

5.4

Jak ovlivňuje porucha užívání konopí léčbu schizofrenie?



Když se schizofrenie a porucha užívání konopí vyskytnou současně, je nutné, aby léčba řešila obě onemocnění zároveň se zaměřením na stabilizaci příznaků, postupné omezení užívání konopí a podporu dlouhodobého zotavení, aby se zlepšila celková pohoda a kvalita života.

Jak zvládat dopady poruchy užívání konopí (CUD) u lidí se schizofrenií?

Přístup k psychiatrické péči

je zásadní, aby bylo možné obě onemocnění správně diagnostikovat a účinně léčit.

Psychologické poradenství

může lidem pomoci zvládat obtíže zdravějším způsobem, aniž by se museli uchýlovat ke konopí.

U osob s **těžkou poruchou užívání konopí** bývá často nejlepším řešením úplné vysazení. V praxi však může být vhodnější **postupné snižování užívání než náhlé ukončení, protože to může zmírnit abstinenční příznaky, zlepšit adherenci k léčbě a snížit riziko relapsu.**

Ačkoli intoxikace konopím obvykle odezní bez nutnosti lékařského zásahu, **klidné prostředí a cílená symptomatická podpora**, například léky na bušení srdce nebo úzkost — mohou výrazně zvýšit komfort pacienta.

Měl by se kanabidiol (CBD) používat jako léčba schizofrenie?

V současné době se **CBD nedoporučuje** jako léčba schizofrenie.

Ačkoli se kanabidiol (CBD) intenzivně zkoumá pro svůj možný terapeutický potenciál, jeho kombinace s **antipsychotiky** může vést k nežádoucím účinkům kvůli **lékovým interakcím**.

CBD i řada antipsychotik se totiž metabolizují prostřednictvím stejných **jaterních enzymů**, což může narušovat jejich účinnost. Tato konkurence může **zvýšit výskyt nežádoucích účinků nebo snížit účinnost** antipsychotik.

Dokud další výzkum jednoznačně nepotvrdí bezpečnost a přínosy CBD u schizofrenie, je třeba k jeho užívání v rámci léčby přistupovat s velkou opatrností.

Jak omezit užívání konopí a zlepšit adherenci k léčbě u schizofrenie?

Užívání konopí je významným faktorem, který může u psychiatrických pacientů vést k **nedodržování léčby**.

U osob se schizofrenií a s poruchou užívání konopí (CUD) patří mezi klíčové strategie zvládnání zejména:

Podporovat pacienty v **postupném**

snižování užívání konopí například přechodem na odrůdy s nižší potentností a snížením frekvence užívání.

Upřednostňovat předepisování **antipsychotik s mechanismem parciálního dopaminového agonismu**, namísto antipsychotik první generace, protože mohou přinášet lepší výsledky u lidí se schizofrenií a současným CUD.

Nedávná **observační studie** zjistila, že novější antipsychotika nejen zmírnila příznaky schizofrenie, ale zároveň zlepšila i subjektivně vnímané potíže spojené s užíváním konopí.

Zlepšovat **adherenci k léčbě** pomocí digitálních připomínek a pečlivým nastavením léčby tak, aby byla účinná a zároveň dobře snášená.



Spojením odborné lékařské péče s behaviorálními strategiemi mohou lidé se schizofrenií a poruchou užívání konopí dosáhnout zlepšení kontroly příznaků i kvality života.

117

Shrnutí pro pečovatele:

- Omezení nebo úplné vysazení konopí může pomoci předcházet zhoršení nebo dokonce zmírnit příznaky schizofrenie.
- Ačkoli někteří pacienti věří, že jim konopí pomáhá, výzkumy opakovaně ukazují, že jeho užívání zvyšuje riziko psychózy, relapsu a celkově zhoršuje výsledky léčby.
- Na rozvoji schizofrenie se mohou podílet i další faktory (genetika, život ve městě, trauma), ale konopí představuje významný rizikový faktor.
- Porozumění tomu, proč lidé se schizofrenií konopí užívají, může pečujícím pomoci poskytovat účinnější podporu a zvolit vhodnější intervence.

Reference:

1. McLoughlin BC, Pushpa-Rajah JA, Gillies D, Rathbone J, Variend H, Kalakouti E, et al. Cannabis and schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2014 Oct 14;(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25314586/>
2. Chesney E, Lawn W, McGuire P. Assessing Cannabis Use in People with Psychosis. *Cannabis and cannabinoid research* [Internet]. 2023 Nov 16;9(1):49–58. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37971872/>
3. Marconi A, Di Forti M, Lewis CM, Murray RM, Vassos E. Meta-analysis of the Association Between the Level of Cannabis Use and Risk of Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2016 Feb 15;42(5):1262–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26884547/>
4. Di Forti M, Quattrone D, Freeman T, Tripoli G, Gayer-Anderson C, Quigley H. The contribution of cannabis use to variation in the incidence of psychotic disorder across Europe (EU-GEI): A multicentre case-control study. *The Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019 May;6(5):427–36. Available from: [https://www.thelancet.com/article/S2215-0366\(19\)30048-3/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S2215-0366(19)30048-3/fulltext)
5. Swendsen J, Ben-Zeev D, Granholm E. Real-Time Electronic Ambulatory Monitoring of Substance Use and Symptom Expression in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2011 Feb;168(2):202–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21078705/>
6. Kosty DB, Seeley JR, Farmer RF, Stevens JJ, Lewinsohn PM. Trajectories of cannabis use disorder: risk factors, clinical characteristics and outcomes. *Addiction* [Internet]. 2016 Sep 22;112(2):279–87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27515021/>
7. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2013;170(8):834–51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767415/>
8. Hjorthøj C, Compton W, Starzer M, Nordholm D, Einstein E, Erlangsen A, et al. Association between cannabis use disorder and schizophrenia stronger in young males than in females. *Psychological Medicine* [Internet]. 2023 May 4;53(15):1–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37140715/>
9. Dinis-Oliveira RJ. Metabolomics of Δ^9 -tetrahydrocannabinol: implications in toxicity. *Drug Metabolism Reviews* [Internet]. 2016 Jan 2;48(1):80–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26828228/>
10. Scheffler F, Phahladira L, Luckhoff H, du Plessis S, Asmal L, Kilian S, et al. Cannabis use and clinical outcome in people with first-episode schizophrenia spectrum disorders over 24 months of treatment. *Psychiatry Research* [Internet]. 2021 Aug;302:114022. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34052461/>
11. Ahmed S, Roth RM, Stanciu CN, Brunette MF. The Impact of THC and CBD in Schizophrenia: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2021 Jul 23;12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34366924/>
12. Kayir H, Ruffolo J, McCunn P, Khokhar JY. The Relationship Between Cannabis, Cognition, and Schizophrenia: It's Complicated. *Cognitive Functioning in Schizophrenia: Leveraging the RDoC Framework* [Internet]. 2022;437–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36318403/>
13. Johnson K, Weldon AJ, Burmeister MA. Differential effects of cannabis constituents on schizophrenia-related psychosis: a rationale for incorporating cannabidiol into a schizophrenia therapeutic regimen. *Frontiers in psychiatry* [Internet]. 2024 Apr 23;15. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2024.1386263/full>
14. Christoph Felix Mosandl, Baltés-Flückiger L, Kronschnabel J, Meyer M, Guessoum A, Herrmann O, et al. Cannabis use and its association with psychopathological symptoms in a Swiss adult population: a cross-sectional analysis. *Frontiers in Public Health* [Internet]. 2024 May 22 [cited 2024 Aug 8];12. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1356988/full>

15. Hall W, Manthey J, Stjepanović D. Cannabis use and cannabis use disorders and their treatment in the Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [Internet]. 2024 Mar 15;275:307–13. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00406-024-01776-1>
16. Hjorthoj C, Baker A, Fohlmann A, Nordentoft M. Intervention Efficacy in Trials Targeting Cannabis Use Disorders in Patients with Comorbid Psychosis Systematic Review and Meta-analysis. *Current Pharmaceutical Design* [Internet]. 2014 May 31 [cited 2019 Jun 8];20(13):2205–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23829367/>
17. 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. *International Clinical Psychopharmacology* [Internet]. 2024 Sep 25 [cited 2025 Jul 11];40(3):167–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39319529/>

V kapitole 6 najdete

Tato kapitola vysvětluje, jak psychostimulanty ovlivňují mozek a tělo a jak rozpoznat známky poruchy užívání stimulantů, intoxikace a abstinenčních příznaků u lidí se schizofrenií. Zároveň se věnuje výzvam i možnostem, jak tyto souběžné poruchy účinně zvládat.



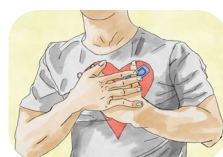
6.1

Co stojí za stimulačními účinky psychostimulantů?



6.2

Rozpoznání poruchy užívání stimulantů, intoxikace stimulanty a abstinenčních příznaků: jak na to?



6.3

Jak ovlivňuje porucha užívání stimulantů zdraví?

Užívání stimulantů při schizofrenii



Fakta

Stimulanty přepínají mozek do extrémního režimu.

Psychostimulanty jako metamfetamin a kokain zaplavují mozek chemickými látkami navozujícími příjemný pocit, čímž zvyšují energii, pocit potěšení a bdělost. Postupem času však ovládnou systém odměny v mozku, což vede k rozvoji závislosti, rizikovému chování a dlouhodobým potížím v oblasti duševního zdraví.

Stimulanty a schizofrenie.

U lidí se schizofrenií stimulanty zhoršují příznaky a stírají hranici mezi psychózou vyvolanou drogou a samotným onemocněním. Klíčové je proto léčit obě poruchy současně.

Nejde jen o závislost.

Od psychózy přes srdeční onemocnění až po rizika v těhotenství — užívání stimulantů zasahuje nejen jednotlivce, ale také jejich rodiny a celé komunity.

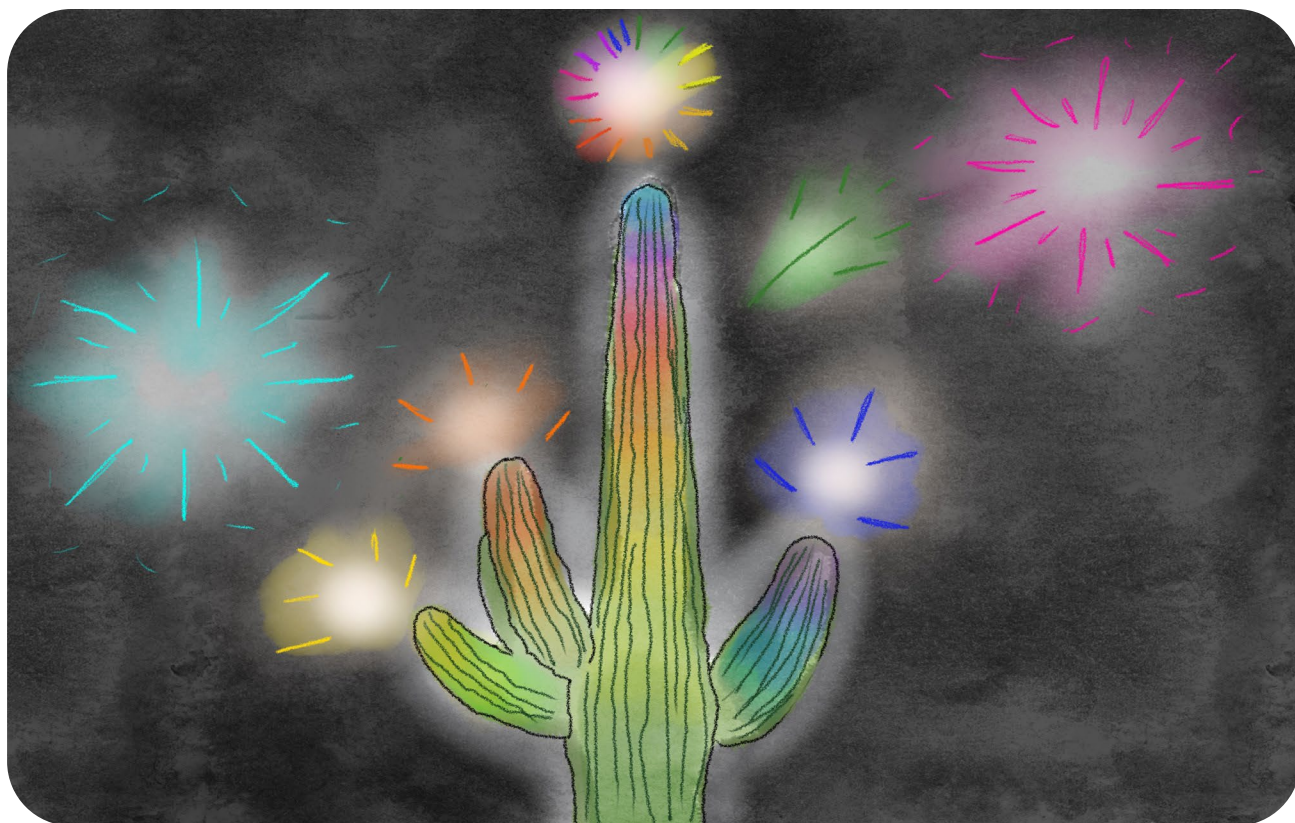
Zmírnění bažení po drogách.

Antipsychotická léčba může u lidí se schizofrenií a současnou poruchou užívání návykových látek zmírňovat bažení po drogách a představovat tak možnou cestu k účinnější léčbě.

6.1

Co stojí za stimulačními účinky psychostimulantů?

123



Psychostimulanty jsou látky, které aktivují centrální nervový systém a vyvolávají pocit zvýšené bdělosti, energie a někdy i vzrušení.

Působí tak, že **zvyšují hladiny klíčových látek v mozku** jako jsou dopamin, noreadrenalin a serotonin. Toto zvýšení aktivity **stimuluje mozkové okruhy odměny a bdělosti**, čímž posiluje pocity potěšení a pozornosti.

Látky jako **kokain a metamfetamin (MAMPH)** cílí zejména na **přenašeče dopaminu a noreadrenalinu**. Způsobují rychlé nahromadění těchto látek v mozku, čímž zesilují jejich účinek a vedou k intenzivnímu, krátkodobému „rauší“.

Schizofrenie a užívání stimulantů: výzvy a důsledky

Nedávné studie zaměřené na souběh schizofrenie a poruchy užívání stimulantů **poukazují na významné diagnostické i léčebné obtíže**.

Stimulanty, jako jsou **metamfetamin a amfetamin**, mohou **zhoršovat psychotické příznaky** a tím ztěžovat rozlišení mezi samotnou schizofrenií a psychózou vyvolanou drogou.

U lidí se schizofrenií navíc užívání stimulantů **zvyšuje riziko hospitalizace i předčasného úmrtí**. To podtrhuje potřebu **specializovaných léčebných přístupů, které se zaměřují současně na obě poruchy**.

Jakým způsobem psychostimulanty způsobují vznik závislosti?

Lidé užívali drogy v průběhu historie z různých důvodů, například **v medicíně, při společenských aktivitách i k uvolnění**.

V mozku existují oblasti, které reagují na přirozené odměny, jako je jídlo, sociální kontakt nebo sex; tyto okruhy tvoří **systém odměny v mozku**. Zajímavé je, že drogy aktivují stejné oblasti a **vyvolávají intenzivní pocity potěšení, euforii nebo zvýšenou schopnost soustředění**.

Postupně se mozek **naučí spojovat** drogu s odměnou, což podporuje opakované užívání.

U lidí se schizofrenií nebo se závislostí na stimulantech může bažení po těchto látkách přetrvávat i tehdy, když už nepřinášejí původní příjemné účinky. To vede ke kompulzivnímu vyhledávání a užívání drog navzdory negativním následkům.

Co se děje s mozkiem při užívání amfetaminů?

Amfetaminy **narušují** běžnou chemickou rovnováhu v mozku tím, že **blokují zpětné vychytávání** dopaminu a noreadrenalinu, což vede ke **zvýšení jejich hladin v mozku**. Zároveň ovlivňují i uvolňování

těchto látek **uvnitř nervových buněk**, čímž jejich koncentraci dále zvyšují.

Toto nahromadění vyvolává **prudký nárůst pocitu potěšení a euforie**, který může nastartovat cyklus **odměny a závislosti**.

Při dlouhodobém užívání však může docházet ke změnám mozkových struktur, zejména v oblastech odpovědných za rozhodování a kontrolu impulzů, především v prefrontální kůře.

Výzkumy naznačují, že nadměrná stimulace dopaminových drah může vést ke **zvýšení hladin glutamátu**, což narušuje funkci mozku a přispívá ke vzniku psychotických příznaků, podobných těm, které se objevují u schizofrenie.

Tyto účinky jsou však vykoupeny řadou **nežádoucích vedlejších účinků**, mezi které patří hyperaktivita, úzkost, agresivita a poruchy spánku.

Amfetaminy mohou také způsobovat zrychlený srdeční tep, vysoký krevní tlak a další **kardiovaskulární komplikace**.

Jedním z **nejzávažnějších rizik** užívání amfetaminů je **rozvoj psychotických poruch**.

Důsledky závislosti navíc nepostihují pouze samotného uživatele, ale mají dopad i na **rodinu, komunitu a celý systém zdravotní péče**.

Jak je ve světě rozšířené užívání psychostimulantů?

Užívání psychostimulantů, jako jsou **kokain, amfetaminy a novější stimulační látky**, je celosvětově velmi rozšířené.

Podle odhadů Organizace spojených národů z roku 2019 užívalo kokain celosvětově přibližně 18 milionů lidí. Pouze v oblasti Severní a Jižní Ameriky bylo orgány činnými v trestním řízení zabaveno více než 1 200 tun kokainu, metamfetaminu a amfetaminů, což jasně odráží rozsah tohoto problému.



“Jinými slovy, amfetaminy sice vyvolávají intenzivní pocity potěšení, ale zároveň mohou narušovat klíčové mozkové funkce a postupem času vést k závažným duševním poruchám.”

Skrytá nebezpečí amfetaminů

Amfetaminy, včetně látek jako **extáze** (3,4-metylendioxy-N-methylamfetamin(MDMA)) a **metamfetamin**, jsou známé tím, že **zvyšují energii, schopnost soustředění a bdělost** a zároveň potlačují pocit únavy.

Přestože se míra užívání mezi jednotlivými regiony liší, zneužívání stimulantů zůstává **přetrvávající globální výzvou.**

Koho porucha užívání stimulantů postihuje nejvíce?

Porucha užívání stimulantů (StUD), zahrnující látky jako **kokain a amfetaminy**, postihuje významnou část populace.

Údaje ze Spojených států ukazují, že přibližně **0,2% osob ve věku 12 let a více se potýká se závislostí na stimulantech**, přičemž mírně vyšší výskyt je zaznamenán u **dospívajících dívek ve věku 12-17**. Mezi dospělými jsou nejvíce zasaženi mladí lidé ve věku **18-29**.

Intravenózní užívání stimulantů je **častější u mužů** než u žen.

Užívání stimulantů bez lékařského předpisu je rovněž rozšířené mezi studenty středních a vysokých škol, přičemž **5–35 % z nich uvádí užití v posledním roce.**

Rizikové faktory rozvoje poruchy užívání stimulantů

Rizikové faktory pro rozvoj poruchy užívání stimulantů zahrnují **osobní i environmentální** vlivy.

Lidé s duševními onemocněními (např. bipolární porucha, schizofrenie) nebo s jinými poruchami užívání návykových látek mají **vyšší riziko** rozvoje závislosti

na stimulantech i vyšší riziko relapsu.

Významnou roli hrají také **environmentální faktory**, zejména u dospívajících. Jedinci vystavení kokainu již v prenatálním období nebo vyrůstající v domácnostech, kde rodiče užívají drogy, mají vyšší pravděpodobnost rozvoje problémů s užíváním stimulantů.

Riziko dále zvyšuje **násilí v komunitě**, život v **nestabilním domácím prostředí**, přítomnost **duševních potíží**, či trávení času s **uživateli a distributory drog.**

Jak stimulanty vedou k závislosti?

Porucha užívání návykových látek postihuje lidi napříč věkem i sociálními skupinami, **nejčastěji se však vyskytuje u osob ve věku 12 až 25 let.**

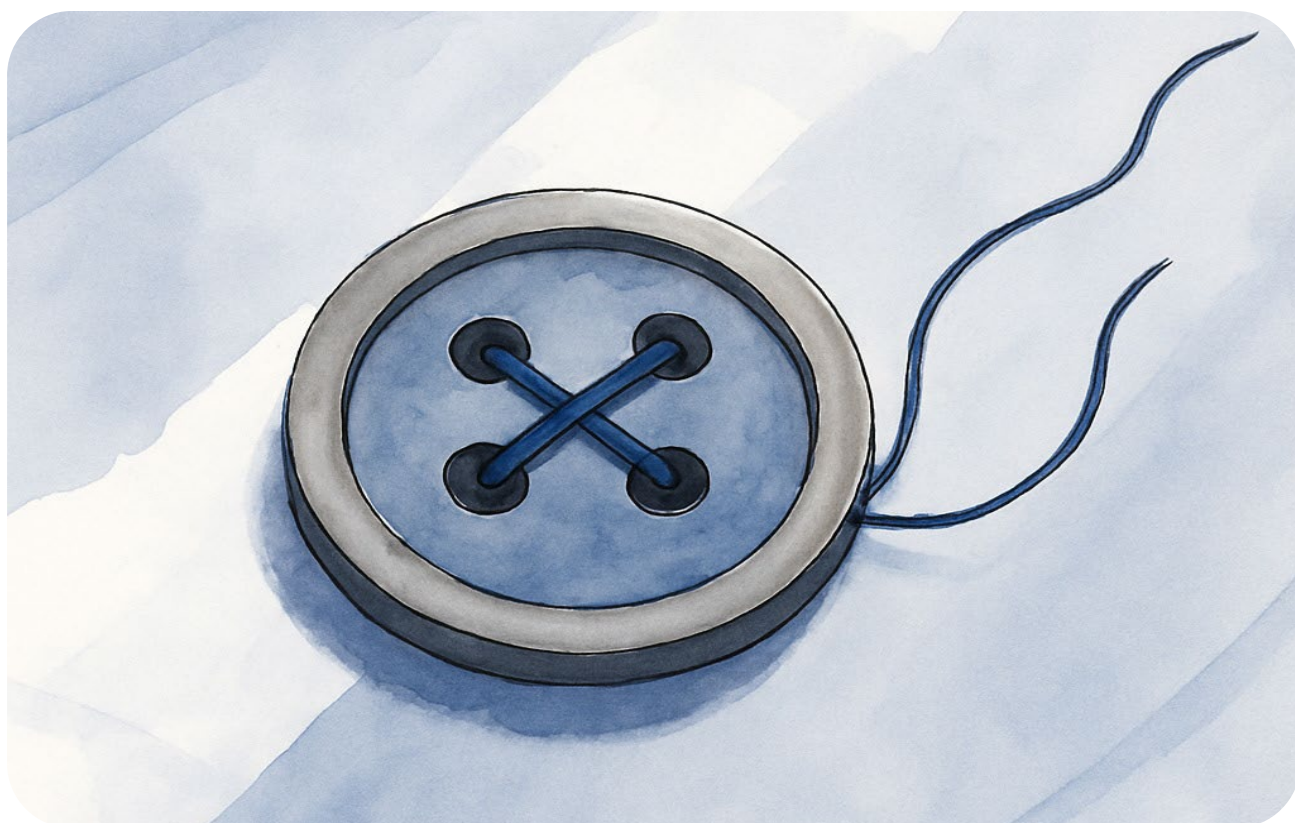
Mnoho lidí **začíná užívat stimulanty**, například metamfetamin nebo stimulanty na předpis, v období brzy po dosažení **dvacátého roku života**, často kvůli **kontrole hmotnosti nebo pro zvýšení výkonu ve škole, práci či sportu.**

Pravidelné užívání může rychle přejít do závislosti, zejména při kouření nebo injekční aplikaci stimulantů, kdy se může rozvinout **těžká závislost už během několika týdnů až měsíců.**

Vzorci užívání se mohou pohybovat od **nárazového nadměrného užívání až po každodenní užívání**. S postupem času se často rozvíjí tolerance, která snižuje původně příjemné účinky, a člověk pak potřebuje vyšší dávky nebo častější užívání.

6.2

Rozpoznání poruchy užívání stimulantů, intoxikace stimulanty a abstinenčních příznaků: jak na to?



Porucha užívání stimulantů (StUD) označuje vzorec užívání stimulantů, jako jsou amfetaminy nebo kokain, který vede k výrazným problémům v každodenním životě.

Jak rozpoznat poruchu užívání stimulantů?

Porucha užívání stimulantů (StUD)

znamená užívání stimulantů, jako jsou amfetaminy nebo kokain, které vede k výrazným problémům v každodenním životě.

Pro stanovení diagnózy je potřeba, aby se během jednoho roku objevily **ALESPOŇ DVA** z následujících příznaků:

UŽÍVÁNÍ VĚTŠÍHO MNOŽSTVÍ

stimulantu nebo **PO DELŠÍ DOBU** než bylo původně zamýšleno.

Snaha o omezení či ukončení užívání, **KTERÁ SE NEDAŘÍ.**

Věnování ZNAČNÉHO MNOŽSTVÍ

ČASU shánění stimulantů, jejich užívání nebo zotavování se z jejich účinků.

Silné **BAŽENÍ NEBO NUTKÁNÍ** stimulant užít.

Pokračování v užívání přes **PROBLÉMY V PRÁCI, VE ŠKOLE NEBO DOMA.**

Pokračování v užívání i přes **VZTAHOVÉ NEBO SOCIÁLNÍ POTÍŽE.**

VZDÁVÁNÍ SE DŮLEŽITÝCH

AKTIVIT kvůli užívání stimulantu.

Užívání stimulantu v **NEBEZPEČNÝCH SITUACÍCH.**

Užívání i přesto, že člověk ví, že to **ZHORŠUJE JEHO FYZICKÉ NEBO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.**

ROZVOJ TOLERANCE, potřeba vyšších dávek k dosažení účinku nebo menší účinek při stejné dávce.

ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY nebo užívání stimulantu k jejich zmírnění.

Zdravotní rizika poruchy užívání stimulantů

Porucha užívání stimulantů může vést k celé řadě závažných zdravotních komplikací, přičemž jejich charakter se liší podle způsobu užívání.

- Lidé, kteří stimulanty **šňupají**, mohou trpět **chronickými záněty dutin, krvácením z nosu**, v některých případech až **perforací nosní přepážky**.
- **Kouření** stimulantů často způsobuje dýchací obtíže, například **kašel, bronchitidu nebo plicní infekce**.
- Injekční užívání vede k viditelným vpichům, nejčastěji na pažích, a výrazně zvyšuje riziko **HIV, hepatitidy a dalších infekcí**.
- Uživatelé stimulantů zároveň často trpí **úbytkem hmotnosti, podvýživou a bolestí na hrudi**. V těžších případech může dojít k **infarktu, mozkové mrtvici, záchvatům nebo k náhlému úmrtí** v důsledku respiračních či srdečních komplikací.

Intoxikace stimulanty: hlavní příznaky a projevy

Intoxikace stimulanty vzniká po nedávném užití stimulantů, jako jsou amfetaminy, kokain nebo podobné látky.

Může vést k **nápadným změnám v chování a duševním stavu**, jako jsou:

- pocit nadměrného štěstí nebo naopak emoční otupělost
- odbržděné chování, euforie nebo nadměrná bdělost
- zvýšená úzkost, napětí nebo podrážděnost až vztek
- během užití nebo krátce po něm se může objevit také zhoršený úsudek a opakované či stereotypní chování.

Kromě změn v chování **se často objevují i fyzické příznaky**.

Patří mezi ně:

- zrychlený nebo zpomalený srdeční tep
- rozšířené zornice
- vysoký nebo nízký krevní tlak
- pocení nebo naopak neobvyklý pocit chladu
- nevolnost nebo zvracení
- nevysvětlitelný úbytek hmotnosti
- neklid nebo zpomalené pohyby
- svalová slabost, bolest na hrudi nebo nepravidelný srdeční rytmus
- zmatenost, křeče nebo dokonce ztráta vědomí

Pokud se u člověka po užití stimulantu objeví dva nebo více z těchto příznaků, může se jednat o intoxikaci stimulanty, která může být vážná a vyžadovat lékařskou pomoc.

Abstinenční příznaky po stimulantech: co očekávat

Když člověk po delší době užívání **přestane nebo výrazně omezí užívání stimulantů** jako jsou kokain, amfetaminy nebo podobné drogy, může se u něj objevit **abstinenční stav**.

Tento proces může vyvolat **intenzivní smutek nebo pocit nespokojenosti a je spojen s řadou tělesných i emočních změn**.

Tyto příznaky se mohou **objevit během několika hodin až několika dní** po vysazení.

Mezi časté příznaky patří:

- extrémní únava
- nepříjemné, živé sny
- potíže se spánkem nebo naopak nadměrná spavost
- výrazné zvýšení chuti k jídlu
- neobvyklý neklid nebo naopak zpomalenost

Tyto abstinenční příznaky mohou způsobovat **výrazný diskomfort a narušovat každodenní fungování**, takže je obtížnější pracovat, udržovat sociální kontakty nebo zvládat běžné činnosti.

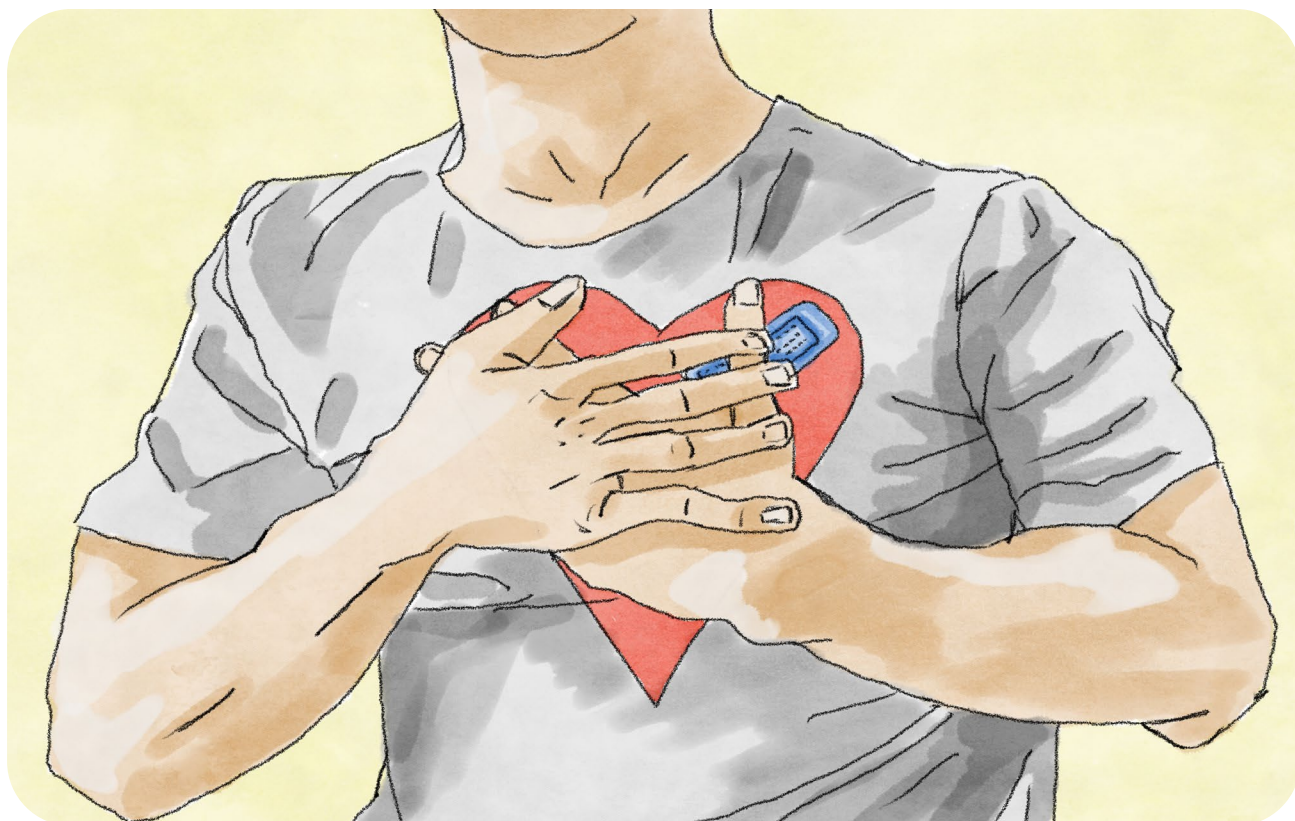
Důležité je, že tyto příznaky nelze vysvětlit jiným zdravotním či duševním onemocněním ani abstinenčním stavem po jiné látce.

Pokud se u někoho po vysazení stimulantů tyto příznaky objeví, je zásadní vyhledat pomoc a podporu.

6.3

Jak ovlivňuje porucha užívání stimulantů zdraví?

130



Porucha užívání stimulantů (StUD) znamená užívání stimulantů, jako jsou amfetaminy nebo kokain, které vede k výrazným problémům v každodenním životě.

Jak stimulanty ovlivňují srdce?

Lidé s poruchou užívání stimulantů mají **vyšší riziko** rozvoje **kardiovaskulárních onemocnění**.

Stimulanty, například kokain, mohou způsobovat srdeční potíže tím, **že zužují cévy a zvyšují zátěž srdce**, což vede ke **snížení prokrvení srdečního svalu** (myokardiální ischemii).

Pokud je kokain užíván společně s alkoholem, tělo vytváří škodlivou látku zvanou **kokaethylen**, která je **pro srdce toxická a zároveň prodlužuje účinky kokainu**.

Proč mají uživatelé drog vyšší riziko infekcí?

Lidé, kteří užívají stimulanty, jsou zranitelnější vůči infekčním onemocněním jako je **hepatitida B a C, HIV, sexuálně přenosné infekce (STIs), a tuberkulóza**. Je to do velké míry důsledkem **rizikového chování**, například sdílení jehel, nechráněného sexu a nedostatečné hygieny.

Užívání drog může také zvyšovat **sexuální aktivitu** a někdy vede k tomu, že lidé směřují sex za drogy. Tím se zvyšuje pravděpodobnost **většího množství sexuálních partnerů i nebezpečných praktik**.

Bohužel mnoho lidí s poruchami užívání návykových látek — zejména těch, kteří mají zároveň duševní onemocnění - **se**

jen zřídka nechává testovat nebo očkovat proti těmto nemocem.

U mužů se závažným duševním onemocněním a hepatitidou C je častější sdílení jehel, zatímco **ženy** v podobné situaci mají větší sklon k **rizikovému sexuálnímu chování**, například k nechráněnému sexu výměnou za peníze nebo drogy. Lidé, kteří mají **HIV a/nebo hepatitidu C a zároveň poruchu užívání návykových látek**, často trpí i dalšími duševními potížemi, jako jsou úzkost, deprese, mánie nebo dokonce psychóza.

Porucha užívání stimulantů a rizika pro matky, děti i dlouhodobé zdraví

Těhotné ženy, které užívají stimulanty, čelí závažným rizikům, včetně **předčasného porodu, komplikací souvisejících s placentou a nízké porodní hmotnosti dítěte**. Zejména užívání kokainu **může poškodit** jak matku, tak vyvíjející se plod. Kromě rizik spojených s těhotenstvím může užívání stimulantů vést také ke **zhoršení kognitivních funkcí a k výrazným problémům se zuby** zejména u uživatelů metamfetaminu. Známým příkladem je tzv. **“meth mouth”**, který způsobuje těžký zubní kaz a onemocnění dásní. Uživatelé stimulantů mají rovněž vyšší riziko **úrazů**, často v souvislosti s **agresivním chováním**.

Mnoho lidí se kvůli udržení své drogové závislosti uchyluje k **ilegálním aktivitám, jako jsou krádeže nebo prostituce**, což zvyšuje pravděpodobnost, že se dostanou do kontaktu s násilím a budou mít právní problémy.

Časté jsou také návštěvy pohotovosti kvůli akutním psychickým krizím, infekcím a úrazům souvisejícím s užíváním drog.

Mohou stimulanty způsobit schizofrenii?

Výzkumy ukazují, že schizofrenie ani jiné chronické psychotické poruchy, které se mohou rozvinout po psychóze vyvolané drogou, **nejsou způsobeny výhradně užíváním drog**.

Tyto látky mohou spíše vyprovokovat psychózu u lidí, kteří jsou již k psychotickým poruchám **výrazně náchylní**, než aby byly hlavní příčinou vzniku onemocnění.

Psychóza vyvolaná metamfetaminem vs. schizofrenie

Psychóza vyvolaná metamfetaminem (MIP) a schizofrenie **mohou vypadat velmi podobně**, což ztěžuje jejich rozlišení.

U lidí s psychózou vyvolanou metamfetaminem (MIP) bývají obvykle **méně výrazné negativní příznaky** (například nedostatek

motivace nebo sociální stažení).

Obě poruchy mají společné projevy, jako jsou halucinace a bludy, a toto překrývání naznačuje, že za MIP i schizofrenií **mohou stát jak společné, tak i odlišné mozkové mechanismy**.

Mohou antipsychotika snižovat bažení po drogách u duální schizofrenie?

Antipsychotické léky mohou pomáhat zvládat bažení po drogách u lidí, kteří mají současně schizofrenii i poruchu užívání návykových látek.

Některé studie ukazují, že lidé se schizofrenií **v časně fázi odvykání kokainu často prožívají výrazně silnější bažení**, někdy až dvojnásobně intenzivní, než osoby bez schizofrenie.

Výzkum rovněž přináší slibné výsledky **u atypických antipsychotik a antipsychotik s parciálním agonistickým účinkem**, která mohou **pomáhat snižovat bažení po kokainu i konopí** a omezovat tak jejich užívání u lidí se schizofrenií.

Shrnutí pro pečovatele:

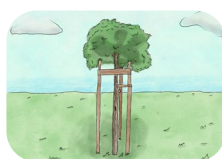
- Užívání stimulantů zvyšuje bdělost a pocit potěšení, ale zároveň narušuje systém odměny v mozku.
- Postupem času se užíváním zvyšuje riziko rozvoje závislosti, psychózy, srdečních komplikací a rizikového chování.
- U lidí se schizofrenií stimulanty zhoršují příznaky a stírají hranici mezi projevy samotného onemocnění a účinky drogy.
- Antipsychotika mohou u lidí se schizofrenií pomoci snížit bažení po kokainu i konopí a zároveň omezit jejich užívání.

Reference:

1. Valeska Cid-Jofré, Bahamondes T, Agustina Zúñiga Correa, Ivalú Ahumada Arias, Reyes-Parada M, Renard GM. Psychostimulants and social behaviors. *Frontiers in pharmacology* [Internet]. 2024 Apr 25;15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38725665/>
2. Ramasubbu C, Poonia S, Brady-Randle E, Schutz CG, Rafizadeh R. Psychostimulant Substitution Therapy for the Treatment of Stimulant Use Disorders in Patients with Schizophrenia or Schizoaffective Disorder: A Systematic Review. *Journal of Dual Diagnosis* [Internet]. 2025 Mar 14;21(2):167–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40085427/>
3. Dolan SB, Chen Z, Huang R, Gatch MB. “Ecstasy” to addiction: Mechanisms and reinforcing effects of three synthetic cathinone analogs of MDMA. *Neuropharmacology* [Internet]. 2018 May 1;133:171–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29378213/>
4. Stoneberg DM, Shukla RK, Magness MB. Global Methamphetamine Trends: An Evolving Problem. *International Criminal Justice Review* [Internet]. 2017 Oct 6;28(2):136–61. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1057567717730104>
5. DSM-V: American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th edn). APA, 2013.
6. Ziedonis DM, Smelson D, Rosenthal RN, Batki SL, Green AI, Henry RJ, et al. Improving the Care of Individuals with Schizophrenia and Substance Use Disorders: Consensus Recommendations. *Journal of Psychiatric Practice* [Internet]. 2005 Sep;11(5):315–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16184072/>
7. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K. Prediction of Onset of Substance-Induced Psychotic Disorder and Its Progression to Schizophrenia in a Swedish National Sample. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2019 Sep 1;176(9):711–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3105966/>
8. Cohen-Laroque J, Inès Grangier, Perez N, Kirschner M, Kaiser S, Sabé M. Positive and negative symptoms in methamphetamine-induced psychosis compared to schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research* [Internet]. 2024 May 1;267:182–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38554698/>
9. J Martinez-Raga, M Bajouco, D Kenzin, J Sahlsten, D De Berardis, G Tzeferakos, et al. Dual disorder: does expert clinical experience support the rationale for cariprazine use? *PubMed* [Internet]. 2024 Mar 1 [cited 2025 Jul 12];28(5):2095–106. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38497891/>

V kapitole 7 najdete

Tato kapitola se zaměřuje na to, jak mohou pečující osoby podpořit blízkého člověka, který se potýká se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek.



7.1

Podpora rodiny otevírá cestu k zotavení



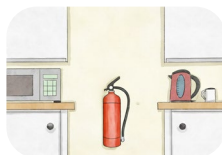
7.2

Překonání stigma



7.3

Kontinuální péče je klíčem k zotavení



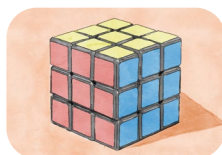
7.4

Jak zvládnout krizovou situaci?



7.5

Prevence užívání návykových látek u schizofrenie

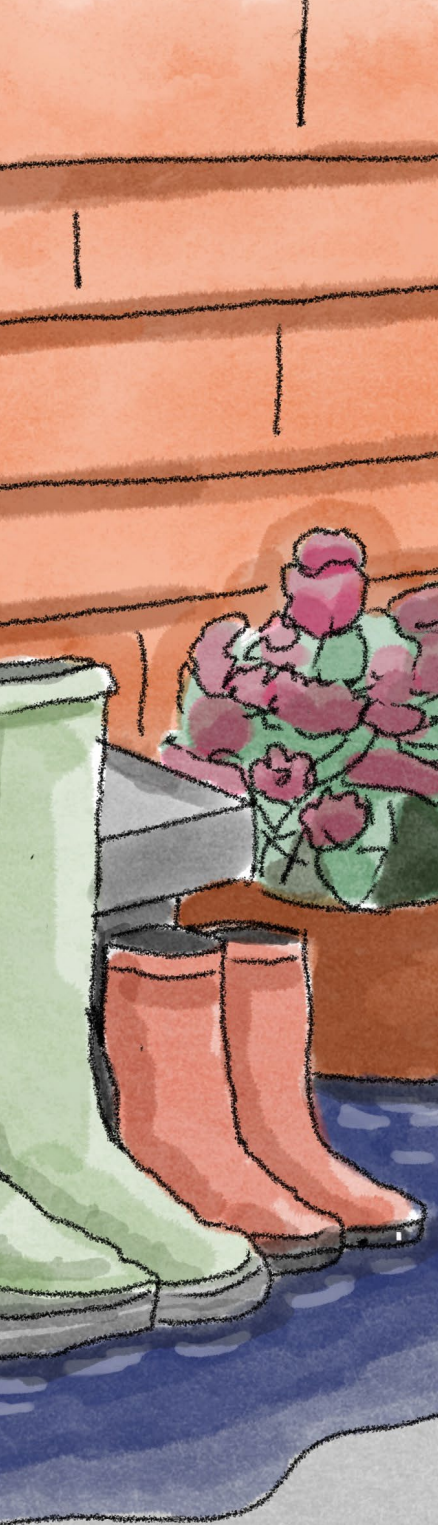


7.6

Maximalizace výsledků léčby

Podpora na cestě k zotavení





Fakta

Porucha užívání návykových látek je duševní onemocnění, ne jen důsledek špatných rozhodnutí - jde o poruchu mozku, která vyžaduje porozumění a odpovídající péči.

Při podpoře blízkého člověka se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek, zejména v krizových situacích, jako je psychóza, deprese nebo násilné chování, **je zásadní jednat klidně, věcně a informovaně.**

Včasná podpora může vše změnit. Otevřená komunikace, propojení s dostupnými zdroji pomoci a rychlá intervence mohou pomoci předejít stále častějšímu zhoršování užívání návykových látek i jeho následkům.

Komplexní léčba může pomoci dosáhnout zotavení. Kombinace medikace s psychoterapií a péčí o fyzické zdraví je zásadní pro zlepšení kvality života lidí se schizofrenií a poruchami užívání návykových látek.

7.1

Podpora rodiny otevírá cestu k zotavení



Věděli jste, že **1 ZE 4** lidí se v určitém období svého života stane pečující osobou pro někoho blízkého?

Mezi mladými lidmi jsou potíže s duševním zdravím jedním z hlavních důvodů, proč potřebují podporu; až 90 % z nich ji dostává právě kvůli těmto potížím.

Péče o blízkého člověka se schizofrenií může být velmi náročná a **mnoho rodinných příslušníků se často cítí zahlceno** tíhou této odpovědnosti. Schizofrenie a porucha užívání návykových látek (SUD) navíc často jdou ruku v ruce a sdílejí některé genetické i neurobiologické mechanismy.

Komorbidity schizofrenie a poruch užívání návykových látek není výjimkou — naopak představuje častou realitu.

Zásadní role rodiny

Když se schizofrenie a porucha užívání návykových látek (SUD) setkají, výrazně se **zvyšuje složitost celé situace** a může být mnohem těžší získat správnou a účinnou péči.

Tento **"střet komplexit"** často vede k horším zdravotním výsledkům, zejména u osob se závažným a dlouhodobým duševním onemocněním.

Právě proto jsou **podpora a porozumění ze strany blízkých klíčové v každé fázi**. Rodina a přátelé hrají zásadní roli v tom, že na této cestě stojí po boku člověka se schizofrenií a SUD, **pomáhají mu nacházet stabilitu a udržovat naději**.

I když se blízký člověk může zdát, že nespolupracuje nebo si svůj stav plně neuvědomuje, neznamená to, že pokrok není možný. Dlouhodobá **PÉČE, DŮSLEDNOST A SOUCIT MOHOU SKUTEČNĚ MĚNIT SITUACI**, přinášet uzdravení i naději.

Změna pohledu na závislost: léčitelná porucha mozku

Historicky byla porucha užívání návykových látek nesprávně chápána a často vnímána spíše jako morální selhání než jako onemocnění. Lidé, kteří s ní zápasili, byli **nespravedlivě označováni** nálepkami typu „narkoman“ či „závislák“, což jen **posilovalo stigma a pocity studu**.

Díky pokroku v neurovědách dnes víme, že porucha užívání návykových látek je **komplexní porucha mozku**.

Poruchy užívání návykových látek (SUD) jsou úzce propojené s duševními onemocněními a vytvářejí **obousměrný vztah**: lidé s psychickými obtížemi mohou sahat po návykových látkách a užívání těchto látek zároveň může zvyšovat pravděpodobnost rozvoje duševních poruch.

Děje se tak proto, **že návykové látky ovlivňují stejné mozkové dráhy, které se podílejí na regulaci duševního zdraví**.

Ačkoliv je **SUD** chronické a progresivní onemocnění, které může vést k relapsům, nejdůležitější skutečností je, že **je léčitelné**.

Nové pokroky v léčbě

Nedávné studie přinášejí naději. V jedné observační studii vědci sledovali osoby se schizofrenií, které zároveň bojovaly se závislostí na kokainu. Každý pacient dostával **individuálně upravenou antipsychotickou léčbu podle jeho potřeb**. Studie zahrnovala lidi, kteří buď kokain užívali aktuálně, nebo ho užívali v posledních třech měsících.

Výsledky byly povzbudivé:

Téměř **60% ÚČASTNÍKŮ PŘESTALO NÁVYKOVOU LÁTKU UŽÍVAT** nebo **SVOU SPOTŘEBU VÝZNAMNĚ OMEZILO**.

U **70%** došlo ke zlepšení příznaků a celkového chování.

Tato zjištění ukazují, že **komplexní a dlouhodobě konzistentní léčba může lidem pomoci** znovu získat kontrolu nad vlastním životem.



Zotavení je možné a se správnou podporou se dlouhodobé uzdravení může stát dosažitelnou realitou.

7.2

Překonání stigmatu

142



Schizofrenie a poruchy užívání
návykových látek patří mezi nejvíce
stigmatizovaná duševní onemocnění.

Lidé žijící s těmito onemocněními často čelí negativním předsudkům, mnoho lidí je vnímá jako nebezpečné, nepředvídatelné nebo méně schopné než osoby s jinými psychickými obtížemi.



Toto stigma vede k diskriminaci, strachu, sociálnímu odstupu a odmítání.

Veřejné postoje k těmto dvěma onemocněním se liší

Postoje veřejnosti k těmto dvěma onemocněním se výrazně liší. Lidé s poruchou užívání návykových látek (SUD) bývají často **obviňováni** z toho, že si za své onemocnění mohou sami, a jsou vnímáni jako morálně selhávající. To pak vede k **hněvu, odsuzování a neochotě nabídnout pomoc.**

Naopak u lidí se schizofrenií je častěji uznáváno, že jde o reálné duševní onemocnění, a mnoho lidí podporuje i myšlenku nedobrovolné léčby. **Stigma má však pro obě skupiny závažné důsledky.** Vytváří překážky v zaměstnání, prohlubuje sociální izolaci, snižuje sebevědomí a odrazuje lidi od vyhledání odborné pomoci.

Snižování stigmatizace a související diskriminace je proto zásadní pro zlepšení celkové pohody lidí, kteří s těmito onemocněními žijí.

Jak mohou pečující osoby bojovat proti stigmatizaci a zároveň podporovat své blízké

Péče o člověka, který má zároveň schizofrenii i poruchu užívání návykových látek, může být obzvláště náročná. Přesto existují **strategie podložené výzkumy**, které mohou pečujícím pomoci **stigma zmírňovat a poskytovat skutečně účinnou podporu:**

EDUKACE A PSYCHOEDUKACE.

Porozumění příznakům a možnostem léčby schizofrenie i poruch užívání návykových látek pomáhá pečujícím zvládat situaci efektivněji. Informování pečující také dokážou lépe čelit dezinformacím a stigmatizaci, což prospívá jak jim samotným, tak jejich blízkým.

EMOČNÍ A PSYCHICKÁ PODPORA.

Pečující často zažívají tzv. **"sekundární stigma"**, tedy dopad stigmatizace namířené na člověka, o nějž pečují.

RODINNÉ PSYCHOEDUKAČNÍ

PROGRAMY prokazatelně snižují stres, zlepšují copingové strategie a zmírňují dopad stigmatizace, což vede **lepší zkušenosti s péčí.**

DOSTUPNOST PORADENSTVÍ A VZÁJEMNÉ/PEER PODPORY.

Pečující mohou zápasit s izolací a pocity viny nebo přetížení. Podpůrné skupiny a odborné poradenství přinášejí úlevu, posilují odolnost a pomáhají **s udržitelností dlouhodobé péče.**

PODPORA SLUŽEB ZAMĚŘENÝCH NA ZOTAVENÍ. Podpora služeb orientovaných na zotavení, které propojují péči o duševní zdraví i léčbu závislosti, může **snížit stigma a zlepšit výsledky léčby.** Spolupráce s odborníky a lidmi se zkušeností s duševním onemocněním, kteří chápou principy zotavení, je klíčová. Součástí je i prosazování systémových změn a služeb, které nabízejí skutečně komplexní a integrovanou péči, což pomáhá snižovat stigma spojené s těmito duálními diagnózami.

COPINGOVÉ STRATEGIE A ZVLÁDÁNÍ STRESU. Výzkumy ukazují, že pečující s dobrými copingovými schopnostmi a silnou sociální oporou prožívají nižší míru stresu. Důležité je upřednostňovat **self-care**, dopřát si **odpočinek** a **mít realistická očekávání** od systému zdravotní péče – to vše pomáhá stres zvládat a snižuje i dopad stigmatizace, se kterou se pečující mohou setkávat.

Tím, že pečující budou informovaní, budou prosazovat kvalitnější péči a budou zároveň dbát i na vlastní duševní a fyzickou pohodu, mohou sehrát klíčovou roli v **odbourávání stigmatizace a ve zlepšení výsledků léčby u svých blízkých.**

7.3

Kontinuální péče je klíčem k zotavení



Míra remise u lidí s poruchami užívání návykových látek se liší podle typu užívané látky.

Přehled dostupných dat:

Míra **REMISE** činila **83.7% u tabáku**, **90.6% u alkoholu**, **97.2% u konopí**, a mimořádně vysokých **99.2% u kokainu**.

Přesto však zůstává **RELAPS** velkým problémem.

Je znepokojivé, že **50% lidí zotavujících se ze závislosti na tabáku ho začne znovu užívat do 1 roku**.

Během **3 let** může relaps nastat u **20%** osob, které se zotavily z užívání **kokainu**, a u více než **50% lidí s poruchou užívání alkoholu**.

Ačkoli riziko relapsu s délkou remise klesá, nikdy zcela nezmizí. To zdůrazňuje potřebu **dlouhodobé podpory a průběžných intervencí!**

Včasná podpora je klíčová

Včasná podpora hraje **zásadní roli** v úspěšném zotavení lidí se schizofrenií a současnou poruchou užívání návykových látek.

Jakmile se porucha užívání návykových látek rozvine, často se stává **chronickým onemocněním**, které vede k **dlouhodobým změnám** v mozku.

Tyto změny jsou navíc umocněny dalšími psychickými obtížemi a sociálními výzvami, se kterými se člověk může potýkat.

Přestože abstinence může postupně napomoci návratu mozkových funkcí k normálu, míra zotavení se liší podle několika faktorů, mezi které patří:

- **konkrétní užívaná látka**
- **délka trvání poruchy**
- **míra podpory** během zotavení

Většina lidí s poruchou užívání návykových látek prochází **cykly remise a relapsu**, což znovu potvrzuje, jak důležitá je **včasná intervence a dlouhodobá, konzistentní podpora**.

Rozpoznání prvních známek užívání návykových látek

Včasná intervence je klíčová, zejména vzhledem k silné souvislosti mezi raným užíváním návykových látek a rizikem rozvoje poruchy užívání návykových látek.

Rozpoznání **známek užívání, například náhlých změn v chování nebo náladě**, může pomoci vytvořit prostor pro důležité rozhovory.

Vedení **soucitného a neodsuzujícího dialogu** o těchto obavách pomůže vytvořit **podpůrné prostředí**, ve kterém může člověk bezpečně sdílet své zkušenosti i obtíže.

Pomoc blízkým dříve, než se rozvine závislost: porozumění časně fázi závislosti

Problematické užívání návykových látek je mnohem častější než plně rozvinutá závislost, přesto však i **mírné užívání může být varovným signálem**. Pokud se přehlídí, může se užívání postupně vyvinout v poruchu užívání návykových látek (SUD) a vést k závažnějším následkům.

Pro označení této časně fáze užívání návykových látek odborníci zavedli koncept **zvýšeného rizika vzniku závislosti**, inspirovaný pojmem prediabetes.

Tento koncept **se vztahuje k časným stádiím rizikového nebo problematického užívání návykových látek**, která ještě nepřešla v těžkou závislost. Analogicky k prediabetu zdůrazňuje význam včasného rozpoznání a intervence s cílem předejít rozvoji závažných poruch užívání návykových látek.

Pro pečující osoby je pro porozumění časným fázím rizikového užívání návykových látek důležité vědět, že i **mírné až střední užívání může být známkou zvýšené zranitelnosti**.

Díky včasné reakci - pomocí **podpory, otevřené komunikace a propojení s dostupnými zdroji** - mohou zdravotníci i pečující potenciálně **předejít mnoha negativním důsledkům** nezdravého

užívání návykových látek a zabránit přechodu do poruch užívání návykových látek. Tento přístup pomáhá **jak pacientům, tak pečovatelům** snížit riziko dlouhodobé újmy a podpořit zdravější a stabilnější budoucnost.

Jak mohou pečovatelé pomoci s včasným rozpoznáním SUD



Podporujte otevřené rozhovory.

Vytvořte **bezpečný prostor**, ve kterém váš blízký bude moct mluvit o užívání návykových látek. I jednoduchá otázka nebo vyjádření obavy může otevřít důležitý rozhovor.



Seznamte se se screeningovými nástroji.

Zorientujte se v běžných screeningových metodách a kritériích. **Porozumění tomu, co zdravotníci při vyšetření sledují**, vám může pomoci včas zachytit první známky problémového užívání.



Zasazujte se o screening.

Pokud máte podezření na užívání návykových látek, **povzbud'te** svého blízkého, **aby o tom mluvil** se svým lékařem. Můžete mu doporučit, aby se během kontroly zeptal konkrétně na otázky týkající se užívání látek.



Všímejte si změn v chování.

Sledujte **změny** nálady, zdravotního stavu nebo denních návyků, které mohou naznačovat zneužívání látek. Pokud si všimnete **varovných signálů**, může být vhodný čas otevřít téma vyhledání pomoci.



Povzbuzujte blízkého ve vyhledání profesionální pomoci.

Pokud screening odhalí problém, pomozte svému blízkému **vyhledat dostupné zdroje podpory nebo léčby**. **Vaše iniciativa a podpora** mohou zvýšit jeho ochotu vyhledat odbornou pomoc.



Využívejte i neformální screening doma.

I když jsou formální screeniny zásadní, můžete klást i jednoduché neformální otázky, které pomohou zachytit možné riziko užívání. Neodsuzující dotazy na pití alkoholu nebo užívání léků mohou být prvním krokem k hlubšímu rozhovoru.

Screeningové nástroje užívání návykových látek

Jednou z největších příležitostí v dnešní zdravotní péči je **včasné odhalení** poruch užívání návykových látek (SUD).

Díky **proaktivnímu přístupu a zapojení** mohou pečující osoby výrazně přispět k tomu, aby se problémové užívání zachytilo co nejdříve.

Nástroje jako **Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)** a **Tobacco, Alcohol, Prescription Medication, and Other Substance (TAPS)** slouží k rychlému zhodnocení způsobu užívání návykových látek.

Například ASSIST obsahuje jednoduché otázky, které mohou pomoci určit, zda je užívání alkoholu nebo drog rizikové či škodlivé.

Tyto screeniny lze provádět i při běžných preventivních nebo kontrolních lékařských návštěvách, což představuje výbornou příležitost zachytit potíže včas.

“Model chronické péče” pro dlouhodobou péči

Dosažení co nejlepších výsledků u lidí s poruchami užívání návykových látek (SUD) vyžaduje dlouhodobou péči.

Jedním z účinných přístupů je **Model chronické péče (Chronic Care Model)**, který byl původně vytvořen pro léčbu diabetu, ale dnes se úspěšně využívá i u SUD. Klade důraz na **kontinuální péči**, která v průběhu času vede k **lepšímu zvládnutí onemocnění**.

Například člověk, který nedávno prodělal relaps, může potřebovat **časté kontroly nebo úpravy medikace**, zatímco osoba ve stabilní a dlouhodobé remisi může vystačit s méně intenzivní podporou. **Změny životního stylu** - například omezení užívání návykových látek a zapojení do podpůrných skupin — mohou výrazně zvýšit šanci na dlouhodobé zotavení.

Model chronické péče **začleňuje léčbu SUD do běžné zdravotní péče**, čímž zlepšuje dostupnost služeb a snižuje náklady. **Péče je přizpůsobena individuálním potřebám** - některým lidem mohou stačit komunitní zdroje nebo podpora praktického lékaře, zatímco jiní více využijí specializované ambulantní nebo hospitalizační programy.

Díky tomu je možné poskytovat **personalizovanou péči, aniž by byl zdravotnický systém zbytečně přetížen**.

Podpora na cestě zotavení: tipy pro pečující osoby



Stabilní denní rutina může přinášet pocit bezpečí a časem pomoci snižovat užívání návykových látek.



Jemné připomínání léčebného plánu, včetně užívání předepsaných léků, může být užitečné. Pokud má váš blízký potíže léčbu dodržovat, **otevřený a citlivý rozhovor o překážkách** může vést k nalezení řešení.



Udržování otevřené komunikace podporuje upřímnost. **Prostor bez předsudků** usnadňuje sdílení obtíží spojených s užíváním návykových látek i dalších problémů.



Všímání si změn nálady nebo chování umožňuje **zachytit možné varovné signály relapsu včas**.



Podpora zvládnání stresu pomocí mindfulness, pohybu, nebo věnování se koníčkům může posilovat psychickou pohodu.



Propojení s odborníky na duševní zdraví se zkušeností se schizofrenií a poruchami užívání návykových látek může nabídnout **odborné vedení a užitečné zdroje pomoci**.



Podpora zapojení do programů zotavení, například do dvanáctikrokových skupin, může přinést pocit sounáležitosti a povzbuzení, což bývá v náročných obdobích velmi důležité.



Proces zotavení zahrnuje úspěchy i neúspěchy. Poskytování emoční podpory a **oslavování i malých úspěchů** může být pro člověka velmi motivující.



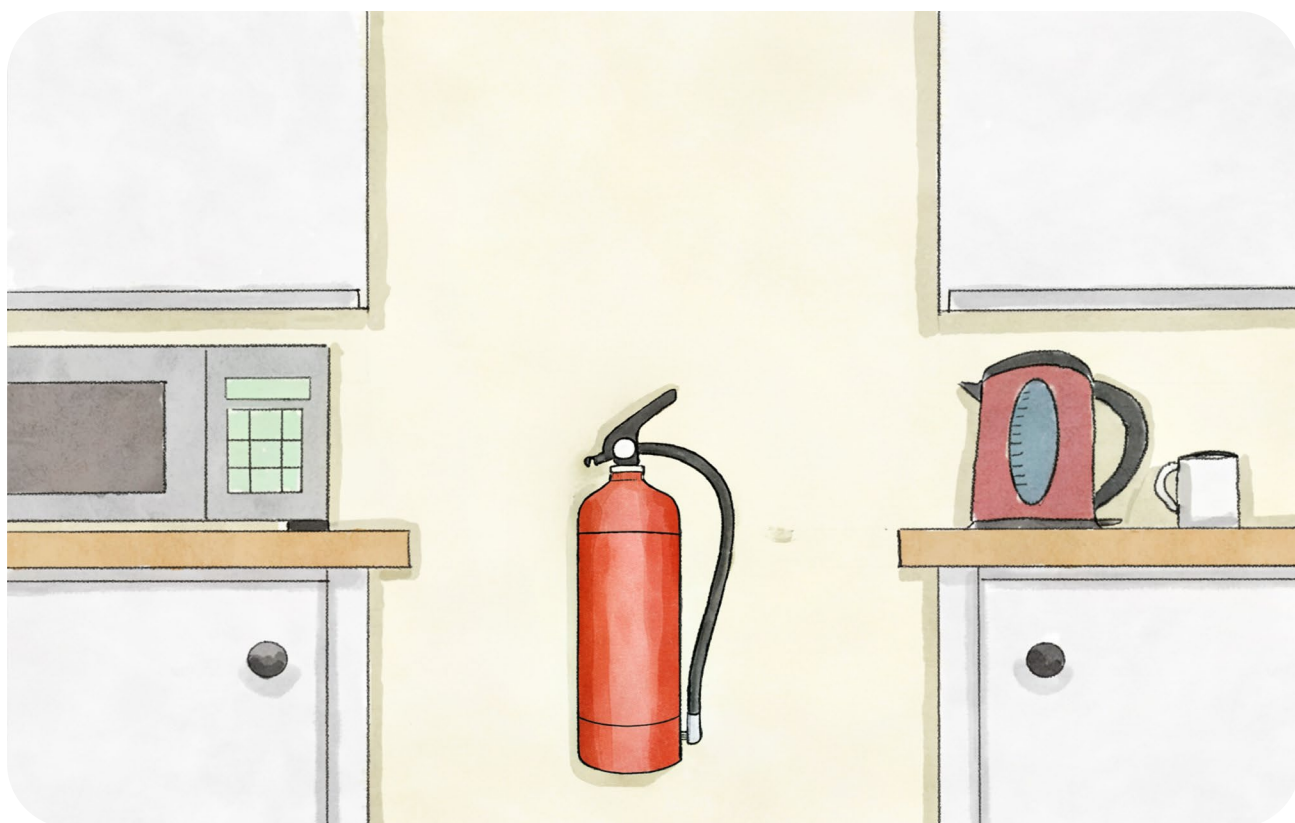
Nezapomínejte na vlastní pohodu. Péče o druhé je náročná, proto je důležité pečovat i o sebe a v případě potřeby vyhledat podporu, abyste si **udrželi dlouhodobou odolnost**.



S laskavostí, soucitem a trpělivostí můžete poskytnout skutečně smysluplnou podporu a pomoci svému blízkému, který čelí schizofrenii a problémům s užíváním návykových látek, na cestě k zotavení.

7.4

Jak zvládnout krizovou situaci?



Při podpoře lidí se schizofrenií a poruchami užívání návykových látek je zásadní jednat klidně, věcně a informovaně, zejména v krizových situacích, jako je psychóza, deprese nebo násilné chování.

Zde jsou klíčové kroky, které je vhodné podniknout s ohledem jak na duševní onemocnění, tak na zneužívání návykových látek.

Zvládání psychózy

V okamžicích psychózy může pomoci **KLIDNÝ, NEKONFRONTAČNÍ PŘÍSTUP**, který situaci spíše uklidní.

Často je vhodnější **nesnažit se člověka o jeho bludech přesvědčovat ani s ním vést spory**, protože takové reakce mohou zvyšovat jeho stres a úzkost.

Místo toho může vytvořit pocit bezpečí **empatické naslouchání** a uznání jejich emocí, bez toho, abyste potvrzovali jejich nepravdivé přesvědčení.

Například citlivá věta jako

"Vypadá to, že je tohle pro tebe opravdu děsivá situace..."

může nabídnout podporu, aniž by prohlubovala zmatek.

Důležité je také **myslet na bezpečí**, zejména pokud se zdá, že by člověk mohl ublížit sobě nebo ostatním.

Zajištění klidného prostředí a **omezení vnějších podnětů** může pomoci předejít eskalaci, zatímco čekáte na odbornou pomoc.

Zvládání násilného chování

V situacích, kdy hrozí násilí, je **OSOBNÍ BEZPEČÍ VŽDY NA PRVNÍM MÍSTĚ**.

Může být užitečné **udržovat bezpečný odstup**, zejména pokud existuje jakékoli riziko ublížení.

Odstranění nebezpečných předmětů z okolí a **vyhýbání se jakékoli konfrontaci** nebo agresí může snížit pravděpodobnost výbuchu.

Pokud situace zůstává napjatá, je vhodné **kontaktovat vyškolené odborníky**, například záchranné složky, aby pacient dostal odpovídající péči.

Zvládání deprese

U člověka, který prožívá depresi, může pomoci už jen to, že mu **NABÍDNETE EMPATICKÝ, NEODSUZUJÍCÍ PROSTOR**, kde může vyjádřit své pocity a být vyslyšen.

Uznání jeho trápení větami jako

"Chápu, že procházíš těžkým obdobím..."

může dát jasně najevo podporu.

Pokud se deprese zdá závažná nebo se objeví známky sebevražedných myšlenek, může pomoci jemně člověka povzbudit, **aby se spojil s odborníkem na duševní zdraví.**

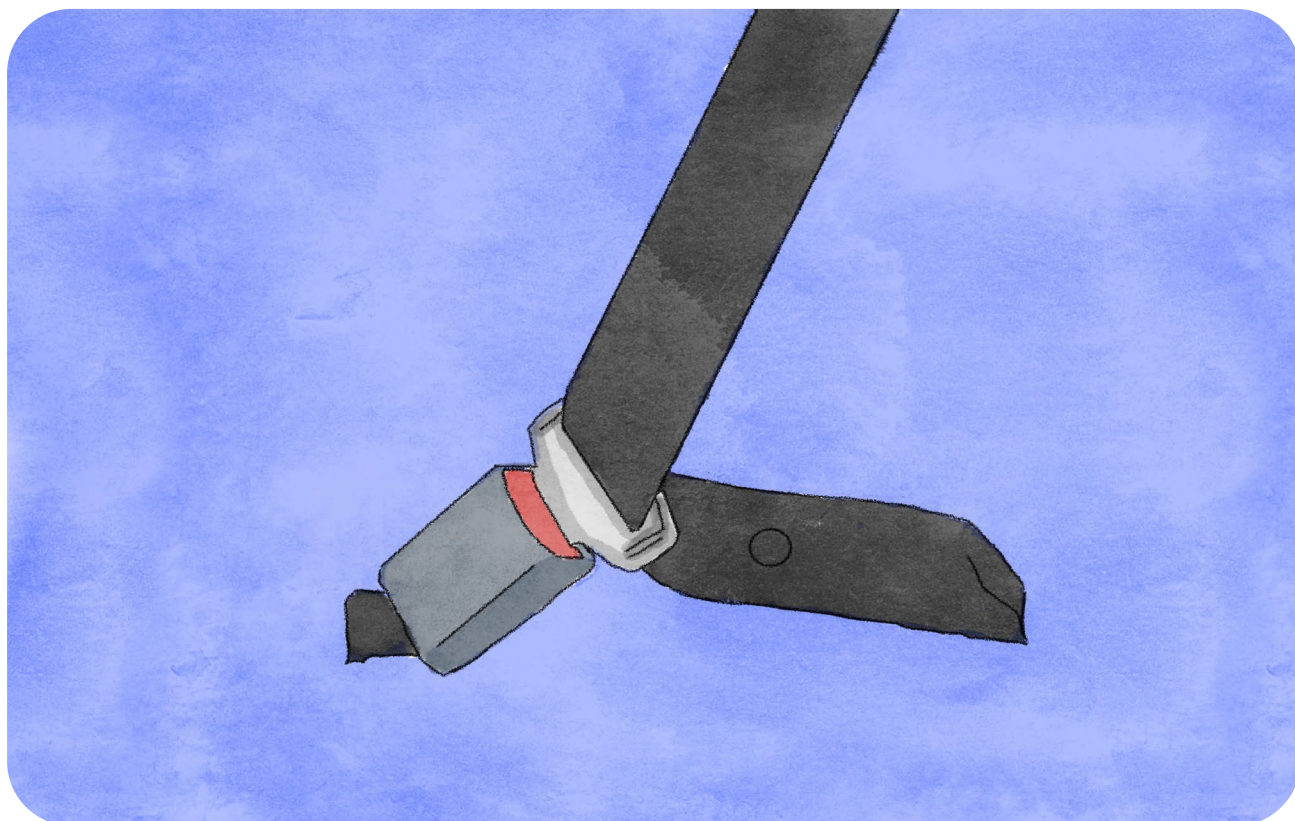
Tím, že se zaměříte na klidnou komunikaci, bezpečí a včasné vyhledání odborné pomoci, můžete v těchto náročných situacích výrazně pomoci a možná i zachránit život.

Pokud si nejste jistí, jak postupovat, je vždy vhodné obrátit se na odborníky na duševní zdraví nebo krizové linky, které poskytnou okamžitou pomoc.

7.5

Prevence užívání návykových látek u schizofrenie

154



Přijetím principů harm reduction (minimalizace škod) mohou pečující osoby pomoci svým blízkým zůstat v bezpečí a zároveň je podporovat na cestě ke stabilitě a zotavení.

Jak mohou pečující osoby předcházet užívání návykových látek u lidí se schizofrenií?

Pečující mohou hrát **ZÁSADNÍ ROLI** v prevenci užívání návykových látek u lidí se schizofrenií. Primární prevence se zaměřuje na snižování rizikových faktorů a posilování ochranných faktorů tak, aby se užívání látek oddálilo nebo se mu úplně předešlo.

155

Pečující mohou:



Podporovat strategie zdravého zvládnání vypjatých situací.

Povzbuzujte blízkého k tomu, aby stres a příznaky schizofrenie zvládal **způsoby, které nesouvisí s užíváním návykových látek**, například pomocí terapie, pohybu nebo koníčků.



Rozpoznávat časné varovné signály.

Naučte se rozpoznat známky zneužívání návykových látek, zejména u zranitelných osob. Včasné zachycení rizikového chování **umožňuje rychlou intervenci a podporu** ještě před tím, než se rozvine závislost. Důležitá je také edukace o rizicích užívání drog, včetně předávkování.



Poskytovat rodinnou a komunitní podporu.

Pomáhejte vytvářet podpůrné prostředí tím, že budete snižovat stigma a podporovat otevřené rozhovory o duševním zdraví i užívání návykových látek. Posilování rodinných vazeb a vztahů vytváří **ochrannou síť**, která může výrazně snížit riziko problémového užívání.

Co jsou strategie harm reduction a jak mohou pomoci lidem se schizofrenií a užíváním návykových látek?

STRATEGIE HARM REDUCTION

nabízejí soucitný a praktický způsob, jak podpořit lidi se schizofrenií a současně s poruchami užívání návykových látek. Zaměřují se na **omezení negativních dopadů užívání návykových látek** a zároveň berou v úvahu potřeby v oblasti duševního zdraví. Tyto strategie **nevyžadují okamžité ukončení užívání**, díky čemuž jsou dostupnější a často i účinnější pro ty, kteří zatím nejsou připraveni nebo schopni přestat návykové látky užívat.

Zde jsou některé vědecky podložené strategie harm reduction:

KONTROLOVANÉ PROSTORY

PRO UŽÍVÁNÍ. Tato zařízení poskytují **bezpečné a kontrolované prostředí**, kde mohou lidé užívat návykové látky pod zdravotnickým dohledem. Snižuje se tím riziko předávkování a zároveň je k dispozici okamžitá zdravotní pomoc. Současně mohou být lidé propojeni se službami duševního zdraví, které podporují léčbu a stabilizaci schizofrenie.

Kromě toho může život zachránit **distribuce léků k reverzi předávkování a edukace, jak je správně používat**, zejména v rizikových situacích.

Velmi důležitá je také **integrovaná péče a koordinace služeb (case management)**, protože umožňuje, aby psychiatrická léčba a adiktologické služby spolupracovaly a řešily obě poruchy současně.

PODPŮRNÉ SÍTĚ. Zapojení koučů nebo pomocníků s vlastní zkušeností může výrazně pomoci lidem s duální diagnózou. Tyto sítě poskytují emoční oporu, snižují stigma a podporují zotavení díky důvěře a porozumění mezi pečujícími a těmi, kteří pomoc potřebují.



Přijetím principů harm reduction mohou pečující pomoci svým blízkým zůstat ve větším bezpečí a zároveň je podpořit na cestě ke stabilitě a zotavení.

Jak může podpůrné domácí prostředí změnit život lidí se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek?

Vytvoření podpůrného prostředí pro člověka žijícího se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek zahrnuje několik klíčových prvků, které podporují bezpečí, stabilitu a celkovou pohodu:



Zajištění bezpečného a strukturovaného

domácího prostředí je zásadní, protože poskytuje pocit jistoty, který může zmírnit úzkost a podpořit zotavení.



Důslednost a pravidelný režim pomáhají člověku

lépe zvládat každodenní život, usnadňují kontrolu příznaků a snižují stres spojený s nepředvídatelností.



Podpora zdravých návyků, včetně vyvážené stravy,

pravidelného pohybu a kvalitní spánkové hygieny, je důležitá, protože tyto faktory ovlivňují jak psychické, tak fyzické zdraví.



Rozpoznání možných spouštěčů, například stresu,

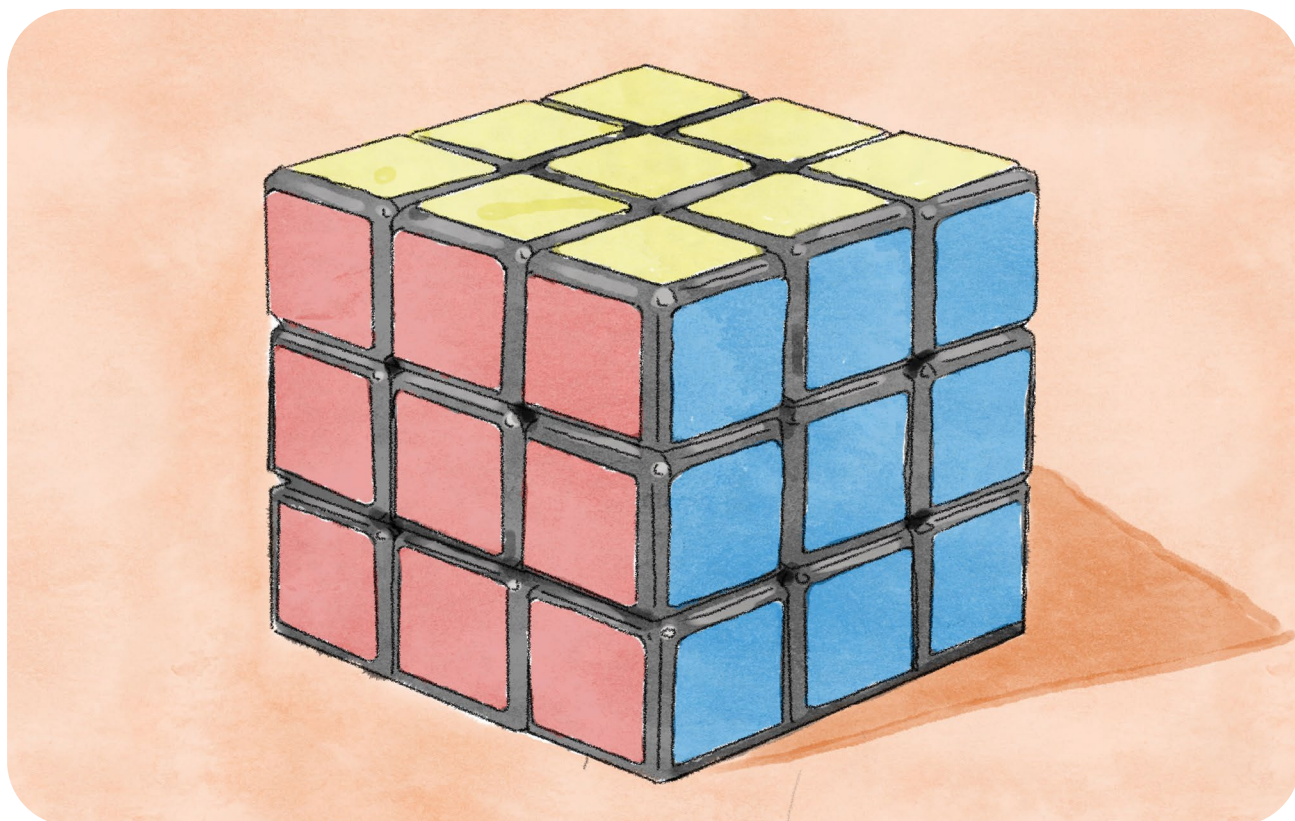
určitého prostředí nebo samotného užívání návykových látek, a zavedení strategií pro zvládání krizových situací může výrazně posílit stabilitu a zabránit zhoršení příznaků.

Zaměřením se na tyto oblasti mohou pečující vytvořit podpůrné prostředí, které člověka provází na jeho cestě k zotavení.

7.6

Maximalizace výsledků léčby

158



Komplexní léčba může přiblížit zotavení.

Léčba lidí, kteří mají zároveň schizofrenii a poruchu užívání návykových látek, je složitá a vyžaduje víc než jen medikaci. Nedávný výzkum zdůrazňuje několik klíčových bodů, které mohou pomoci zlepšit výsledky léčby:

HOLISTICKÁ PÉČE. Protože se tito lidé často potýkají jak s fyzickými, tak s psychickými obtížemi, je důležité poskytovat péči, která **řeší obě oblasti současně**. Spolu se schizofrenií se často vyskytují například srdeční onemocnění, cukrovka a užívání návykových látek, a pokud se tyto problémy léčí společně, může to zlepšit celkové zdraví i kvalitu života.

PODPORA POMOCÍ MEDIKACE.

Některé léky, zejména novější antipsychotika, mohou pomoci zvládat příznaky psychózy i závislosti. Tyto léky stabilizují chemické procesy v mozku, což může usnadnit kontrolu příznaků schizofrenie a bažení po užívání návykových látek. Pro dlouhodobý úspěch je však zásadní **správná volba medikace a průběžné sledování možných nežádoucích účinků**.

TERAPIE A SOCIÁLNÍ PODPORA.

U většiny lidí samotné léky nestačí.

Psychoterapie, například kognitivně-behaviorální terapie (KBT), pomáhá zvládat užívání návykových látek a rozvíjet dovednosti pro běžný život, například udržení práce nebo vztahů. **Podpůrné skupiny a komunitní programy** jsou také důležité, aby se člověk udržel na cestě

zotavení a snížilo se riziko relapsu.

PREVENCE RELAPSU. Protože riziko relapsu je vysoké jak u užívání návykových látek, tak u příznaků schizofrenie, **dlouhodobé plány léčby** se zaměřují na průběžnou podporu, nastavení medikace a terapii, které pomáhají udržet stabilitu a dobré fungování.

Nedávné studie zdůrazňují, že individuálně nastavený a integrovaný léčebný plán, který kombinuje medikaci s psychoterapií a péčí o fyzické zdraví, je zásadní pro zlepšení kvality života těchto pacientů.

Proč je farmakologická léčba pro zotavení nezbytná?

Farmakologická léčba je zásadní pro osoby, které se potýkají jak s poruchami užívání návykových látek, tak s psychiatrickými onemocněními, například se schizofrenií. Léky mohou účinně zmírňovat příznaky spojené s užíváním návykových látek a zároveň pomáhat stabilizovat psychický stav.

Výběr správné medikace vyžaduje **pečlivé zvážení a průběžné sledování**, aby byla léčba účinná a bezpečná.

Pro dosažení nejlepších výsledků je klíčové **začlenit farmakologické intervence do komplexního léčebného plánu**.

Ten by měl zahrnovat také psychoterapii a sociální podporu, které posilují účinek léků a zvyšují šanci na dlouhodobé zotavení.

Díky tomuto komplexnímu přístupu mohou pečující osoby lépe podpořit své blízké s duální schizofrenií na jejich cestě k zotavení.

Klíčová role pečujících při zlepšování výsledků léčby

DODRŽOVÁNÍ MEDIKACE.

Pečující mohou pomoci tím, že zajistí, aby jejich blízký **pravidelně užíval předepsané léky**. Tato podpora může **snížit riziko relapsu** i hospitalizace.

ZAPOJENÍ DO TERAPIE. Povzbuzování k docházení na terapii nebo účast na sezeních (například v rámci rodinné psychoedukace) mohou být velmi přínosné. Tyto programy **pomáhají pečujícím lépe porozumět schizofrenii i poruše užívání návykových látek**, snižují jejich zátěž a posilují znalosti. Zároveň bylo prokázáno, **že zlepšují výsledky jak u pacientů, tak u pečujících**.

SLEDOVÁNÍ PŘÍZNAKŮ. Pečující mohou být důležitou oporou také tím, že si **všímají příznaků** a varovných signálů relapsu nebo zhoršení užívání návykových látek. Díky tomu mohou zdravotníci včas **upravit léčbu**.

BUDOVÁNÍ TERAPEUTICKÉ SPOLUPRÁCE. Komunikační strategie jako LEAP (Listen, Empathize, Agree, Partner – naslouchat, vcítit se, shodnout se, spolupracovat) pomáhají pečujícím **budovat důvěru** s blízkým člověkem. To může zvýšit jeho **ochotu pokračovat v léčbě a spolupracovat**.

VYTVÁŘENÍ STABILNÍHO A PODPŮRNÉHO PROSTŘEDÍ.

Pečující mohou nastavit **denní režim** a zajistit klidné a bezpečné domácí prostředí. **Stabilita** je důležitá jak pro udržení abstinence, tak pro zvládnání schizofrenie.

Nefarmakologická léčba

Kromě medikace doporučují odborná doporučení její kombinaci s nefarmakologickými přístupy. Patří sem **PSYCHOSOCIÁLNÍ INTERVENCE** a různé formy terapie, například **KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE (KBT)** nebo **RODINNÁ TERAPIE**.

Tyto přístupy poskytují **další stupeň podpory**, pomáhají pacientům lépe zvládat příznaky, zlepšují každodenní fungování a celkově zvyšují kvalitu život. **PROPOJENÍ** těchto terapií s medikací vytváří komplexnější a účinnější léčebný plán pro lidi žijící se schizofrenií.

Motivační rozhovor (MR)

Motivační rozhovor (MR), je komunikační technika, která **pomáhá lidem najít vlastní důvody**, proč ve svém životě udělat pozitivní změny.

Je užitečná zejména pro ty, kteří si nejsou jistí svým užíváním návykových látek nebo léčbou duševního onemocnění. MR může **podpořit silnější pocit odpovědnosti** a pomoci člověku více se zapojit do svého léčebného plánu.

Jedná se o **podpůrný a neodsuzující přístup**, který lidem umožňuje prozkoumat jejich cíle a postupně **budovat motivaci** ke změně.



Klíčové techniky: reflektivní naslouchání, podněcování rozhovorů o změně a podpora sebedůvěry.



Vědecké důkazy: MR prokazatelně přispívá ke snížení užívání návykových látek u lidí se schizofrenií.

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)

KBT je široce využívaná metoda léčby jak schizofrenie, tak poruch užívání návykových látek (SUD), včetně užívání opioidů a stimulantů.

U pacientů se schizofrenií se KBT zaměřuje na **nápravu bludného myšlení a na snížení emočního stresu** spojeného s psychotickými příznaky. U lidí se SUD pomáhá rozpoznat spouštěče, zvládat bažení a předcházet relapsu.

Kombinace těchto přístupů umožňuje

terapeutům **cíleně pracovat se specifickými výzvami**, které přináší duální diagnóza.



Klíčové techniky: kognitivní restrukturalizace, behaviorální aktivace a psychoedukace.



Vědecké důkazy: studie ukazují, že KBT může zlepšit psychiatrické příznaky a zároveň snížit užívání návykových látek u pacientů se schizofrenií a SUD.

Kontingenční management (KM)

KM je léčebná metoda, která pacientům poskytuje **odměny**, (například poukázky, vouchery nebo dárkové karty), pokud splní konkrétní cíle — například se zdrží užívání drog

U lidí se schizofrenií lze KM upravit tak, aby je motivoval k lepší spolupráci jak v léčbě duševního onemocnění, tak v léčbě závislosti. Díky pozitivnímu posilování může být léčba pro pacienty přitažlivější, **srozumitelnější a odměňující**, což zvyšuje jejich ochotu v ní pokračovat.



Klíčové techniky: systém voucherů, intervence založené na odměnách.



Vědecké důkazy: KM se ukazuje jako zvláště účinný při snižování užívání stimulantů, jako je kokain nebo metamfetamin, a může také pomoci omezit užívání opioidů u pacientů se schizofrenií.

Rodinná psychoedukace

Rodinná psychoedukace poskytuje rodinám **vzdělávání o schizofrenii, závislosti a strategiích zvládnání**, aby dokázaly lépe zvládat tyto duální obtíže.

S **lepší rodinnou podporou** mají pacienti vyšší pravděpodobnost, že budou dodržovat léčbu, vyhnou se relapsu a lépe zvládnou psychiatrické příznaky.



Klíčové techniky: psychoedukační programy a workshopy, nácvik copingových dovedností, krizová intervence.



Vědecké důkazy: Rodinné intervence prokazatelně zlepšují výsledky v prevenci relapsu i ve funkčním zotavení u pacientů s duální schizofrenií.

Nácvik sociálních dovedností (NSD)

NSD se zaměřuje na **zlepšování sociálního fungování**, které bývá u lidí se schizofrenií často narušené.

Lze ho kombinovat i s intervencemi zaměřenými na užívání návykových látek například tím, že se do tréninku **zařadí modelové situace, komunikační cvičení a strategie řešení problémů**. Ty mohou jednotlivcům pomoci vyhnout se rizikovým situacím, ve kterých hrozí užití návykových látek.



Klíčové techniky: role-play, posilování pozitivních sociálních interakcí.



Vědecké důkazy: NSD prokazatelně zlepšuje kvalitu života, sociální fungování a adherenci k léčbě u pacientů s duální diagnózou.

Mindfulness přístupy

Mindfulness přístupy, například **Mindfulness-Based Stress Reduction**

(**MBSR**), jsou stále více zkoumány jak u schizofrenie, tak u poruch užívání návykových látek. Mindfulness techniky pomáhají pacientům **lépe si uvědomovat své myšlenky, emoce i bažení**, což usnadňuje zvládnání stresu a vyhýbání se spouštěčům užívání návykových látek.



Klíčové techniky: meditace, cvičení formou body scan (uvědomění si těla), a mindfulness dýchání.



Vědecké důkazy: mindfulness přístupy jsou spojovány se snížením bažení po návykových látkách a se zlepšením psychiatrických příznaků.

Asertivní komunitní léčba (AKL)

AKL je intenzivní týmový přístup určený k podpoře lidí se závažným duševním onemocněním, jako je schizofrenie, kteří **měli v minulosti potíže s dodržováním léčby, zkušenost s bezdomovectvím nebo užíváním návykových látek.**

Vybraný tým poskytuje case management, lékařskou a psychiatrickou péči, poradenství v oblasti užívání návykových látek a podporu v běžném každodenním fungování.



Klíčové techniky: terénní práce, průběžné sledování a poskytování léčby přímo v komunitě.



Vědecké důkazy: AKL účinně snižuje počet hospitalizací, zlepšuje adherenci k léčbě a podporuje zotavení u pacientů s duální diagnózou.

Být informovaný vám pomůže zvládat náročné situace s větší jistotou a poskytovat potřebnou podporu lidem se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek.

Tím, že se seznámíte s konkrétními látkami, které se mohou v jejich životě objevovat — například tabákem, alkoholem, konopím a stimulanty — získáte lepší přehled o rizicích spojených s každou z nich.

Tyto znalosti vám pomohou s včasným rozpoznáním problémů a umožní účinnější podporu i včasnou intervenci.

Reference:

- Gaudreault K, Tremblay J, Bertrand K. The needs of carers who support people living with schizophrenia and a substance use disorder: a multiperspective evaluation. *Advances in dual diagnosis* [Internet]. 2024 Jan 2 [cited 2024 May 14];17(1). Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/add-07-2023-0015/full/html?skipTracking=true>. Szerman N, Torrens M, Maldonado R, Balhara YPS, Salom C, Maremani I, et al. Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Translational Psychiatry* [Internet]. 2022 Oct 13;12(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36229453/>
- Metcalfe B. Supporting people with co-occurring mental health issues, alcohol and drug use. *Mental Health Practice* [Internet]. 2024 Jan 9;27(2). Available from: https://www.researchgate.net/publication/377294207_Supporting_people_with_co-occurring_mental_health_issues_alcohol_and_drug_use
- Tessier A, Roger K, Gregoire A, Desnavailles P, Misdrahi D. Family psychoeducation to improve outcome in caregivers and patients with schizophrenia: a randomized clinical trial. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2023 Jun 23;14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37426102/>
- Volkow ND, Blanco C. Substance use disorders: A comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry* [Internet]. 2023;22(2):203–29. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10168177/>
- Montero-Hernandez G, Alberdi-Páramo I, Pérez-Lombardo M, Rodríguez-Quijano J, Pemán-Rodríguez J, Ibáñez-Vizoso JE. New drugs in the treatment of dual psychosis: use of cariprazine in schizophrenia, other psychotic disorders and use of cocaine. A case series in a specific outpatient psychiatric clinic for substance use disorders. *European Psychiatry* [Internet]. 2024 Apr [cited 2025 Jan 27];67(S1):S294–5. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11859604/>
- Hobern B, Carrotte ER, Rehm IC, Blanchard M, Groot C. Stigma Towards People Living with Co-occurring Schizophrenia Spectrum and Substance Use Disorders: A Scoping Review. *International journal of mental health and addiction* [Internet]. 2024 Jun 27; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2025-00783-001>
- Znaidi F, Jenhani R, Arousse A, Moula O, Ghachem R. Perceived stigma and burden in natural caregivers of patients with schizophrenia. *European Psychiatry* [Internet]. 2021 Apr [cited 2022 Sep 6];64(S1):S533–3. Available from: https://www.researchgate.net/publication/358772898_Perceived_stigma_and_burden_in_natural_caregivers_of_patients_with_schizophrenia
- Percudani M, R. Iardino, Matteo Porcellana, Jacopo Lisoni, Brogonzoli L, Stefano Barlati, et al. The Patient Journey of Schizophrenia in Mental Health Services: Results from a Co-Designed Survey by Clinicians, Expert Patients and Caregivers. *Brain Sciences* [Internet]. 2023 May 19;13(5):822–2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10216771/>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration . First-Episode Psychosis and Co-Occurring Substance Use Disorders [Internet]. Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory; 2019 [cited 2025 Jul 10]. Available from: <https://library.samhsa.gov/product/first-episode-psychosis-and-co-occurring-substance-use-disorders/pep19-pl-guide-3>
- Nathan R, Lewis E. Assessment of coexisting psychosis and substance misuse: complexities, challenges and causality. *BJPsych Advances* [Internet]. 2020 Jul 20;27(1):1–11. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-advances/article/assessment-of-co-existing-psychosis-and-substance-misuse-complexities-challenges-and-causality/AA565FFAE9E4F283AD6398447A226198>
- Latimore AD, Salisbury- Afshar E, Duff N, Freiling E, Kellett B, Sullenger R, et al. Primary, Secondary, and Tertiary Prevention

- of Substance Use Disorders through Socioecological Strategies. *NAM perspectives* [Internet]. 2023 Sep 6;9(6). Available from: <https://nam.edu/primary-secondary-and-tertiary-prevention-of-substance-use-disorders-through-socioecological-strategies/>
13. Bahji A. Navigating the Complex Intersection of Substance Use and Psychiatric Disorders: A Comprehensive Review. *Journal of Clinical Medicine* [Internet]. 2024 Feb 9;13(4):999. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38398311/>
 14. Sinclair DL, Chantry M, Clara De Ruyscher, Jürgen Magerman, Nicaise P, Wouter Vanderplasschen. Recovery-supportive interventions for people with substance use disorders: a scoping review. *Frontiers in psychiatry* [Internet]. 2024 Mar 21;15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10991812/>
 15. Kirkbride JB, Anglin DM, Colman I, Dykxhoorn J, Jones PB, Patalay P, et al. The social determinants of mental health and disorder: Evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)* [Internet]. 2024 Jan 12;23(1):58–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10786006/>
 16. Martinotti G, Fornaro M, Domenico De Berardis. Editorial: Comorbidity in bipolar disorder and schizophrenia, volume III. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2024 Jan 9;14. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsy.2023.1356817/full>
 17. 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. *International Clinical Psychopharmacology* [Internet]. 2024 Sep 25;40(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39319529/>
 18. Barlati S, Nibbio G, Vita A. Evidence-based Psychosocial Interventions in schizophrenia: a Critical Review. *Current opinion in psychiatry* [Internet]. 2024 Feb 15;37(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10990032/>
 19. Stevović LI, Repišti S, Radojičić T, Sartorius N, Tomori S, Džubur Kulenović A, et al. Non-pharmacological treatments for schizophrenia in Southeast Europe: An expert survey. *International Journal of Social Psychiatry* [Internet]. 2021 Aug 14;68(5):002076402110230. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34392727/>
 20. Martino S, Carroll K, Kostas D, Perkins J, Rounsaville B. Dual Diagnosis Motivational Interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment* [Internet]. 2002 Dec;23(4):297–308. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12495791/>
 21. Rawson RA, McCann MJ, Flammino F, Shoptaw S, Miotto K, Reiber C, et al. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction* [Internet]. 2006 Feb;101(2):267–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16445555/>
 22. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Pharoah F, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2010 Oct 18;(12). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4204509/>
 23. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* [Internet]. 2008;76(3):491–504. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18540742/>
 24. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2000;(2):CD001089. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10796415/>

V kapitole 8 najdete

Tato kapitola prostřednictvím příkladů z reálného života ukazuje, jak otevřená, nehodnotící a vědomá komunikace pomáhá pečujícím budovat důvěru a podporovat blízké se schizofrenií a poruchami užívání návykových látek na jejich cestě k zotavení.



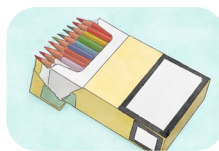
8.1

Aktuální duševní stav a pocity



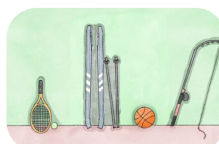
8.2

Užívání návykových látek a spouštěcí faktory



8.3

Strategie zvládnání



8.4

Plány a naděje do budoucna



8.5

Léková adherence



8.6

Nestigmatizující komunikace



8.7

Krizová intervence



8.8

Posouzení rizika sebevraždy





Fakta

Otevřená a podpůrná komunikace mezi pečujícími a lidmi se schizofrenií a poruchami užívání návykových látek je klíčová pro budování důvěry, porozumění a dodržování léčby.

Při navrhování alternativních zvládacích mechanismů je důležité zaměřit se na podpůrné a pozitivní strategie přizpůsobené individuálním potřebám každého člověka.

V krizových situacích je nutné postupovat obezřetně, vnímat bezprostřední rizika a mít připravený jasný a strukturovaný krizový plán.

Volbou nehodnotícího, povzbuzujícího dialogu mohou pečující lépe podporovat své blízké na jejich cestě k zotavení a přispět tak ke zlepšení kvality jejich života.



Při zahájení rozhovoru s člověkem se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek o jeho aktuálním duševním stavu a prožívání je zásadní vytvořit bezpečný a neodsuzující prostor.

Podpora **OTEVŘENÉHO DIALOGU BEZ VNUCOVÁNÍ POKYNŮ**

může člověku pomoci cítit se bezpečně při vyjadřování svých myšlenek a emocí.

Zde je několik tipů, jak můžete jako pečující k tomuto tématu citlivě přistoupit:

EMPATICKÉ A OTEVŘENÉ OTÁZKY

Klidné, nevtíravé kladení otevřených otázek povzbuzuje vašeho blízkého, aby sdílel své pocity bez tlaku.

Tyto otázky mu umožňují vést rozhovor a zaměřit se na to, co je pro něj nejdůležitější.

- Příklad:

„Všiml/a jsem si, že jsi v poslední době trochu tišší. Jak se teď cítíš?“

AKTIVNÍ NASLOUCHÁNÍ A POTVRZENÍ EMOCÍ

Když člověk vyjadřuje své pocity, je zásadní používat techniky aktivního naslouchání.

To zahrnuje **parafrázování** jeho slov, abyste ukázali porozumění, pomohli mu cítit se vyslyšený a zároveň potvrdili jeho emoce.

- Příklad:

„Zní to, že to pro tebe bylo v poslední době náročné a cítíš se přetíženě. Chápu to správně?“

Nestigmatizující jazyk

Vyhnete se výrazům, které by mohly nést stigma nebo naznačovat odsuzování. To je obzvláště důležité u lidí se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek, kteří často čelí společenskému znevýhodnění a předsudkům. Používejte neutrální jazyk, který se zaměřuje na chování, nikoli na identitu člověka.

- Příklad:

„Chápu, že se někdy může zdát, že se věci vymykají kontrole. Je něco konkrétního, co ti teď nedá spát?“

Dejte člověku, o kterého pečujete, kontrolu nad rozhovorem

Umožněte mu, aby sám určoval **tempo rozhovoru** a rozhodl se, kolik toho chce sdílet. Můžete vyjádřit **ochotu naslouchat, aniž byste ho tlačili** do témat, na která se ještě necítí připravený.

- Příklad:

„Jsem tady pro tebe a rád/a si tě vyslechnu, kdykoli budeš chtít mluvit o tom, co se děje.“

Podporujte zamyšlení nad každodenním životem a zvládacími mechanismy

Ptejte se způsobem, který člověka **citlivě vede** k zamyšlení nad tím, jak jeho psychický stav ovlivňuje každodenní fungování, například spánek, sociální kontakty nebo užívání návykových látek. To mu může pomoci uvědomit si dopady obtíží, aniž by se cítil souzený.

- Příklad:

„Jak se ti v poslední době daří, nemáš problémy se spánkem nebo se zvládáním věcí, které tě obvykle baví?“

Příklad rozhovoru o aktuálním duševním stavu a prožívání

„Všiml/a jsem si, že ses v poslední době trochu víc stáhl/a do sebe. Jak se ti daří?“

„Nevím... připadá mi, že je toho všeho na mě moc.“

„Zní to, že je toho na tebe opravdu hodně. Chceš si o tom popovídat, co tě nejvíc tíží? Jsem tady, abych tě vyslechl/a.“

„Nějak mám pocit, že nedokážu ovládat svoje myšlenky.“

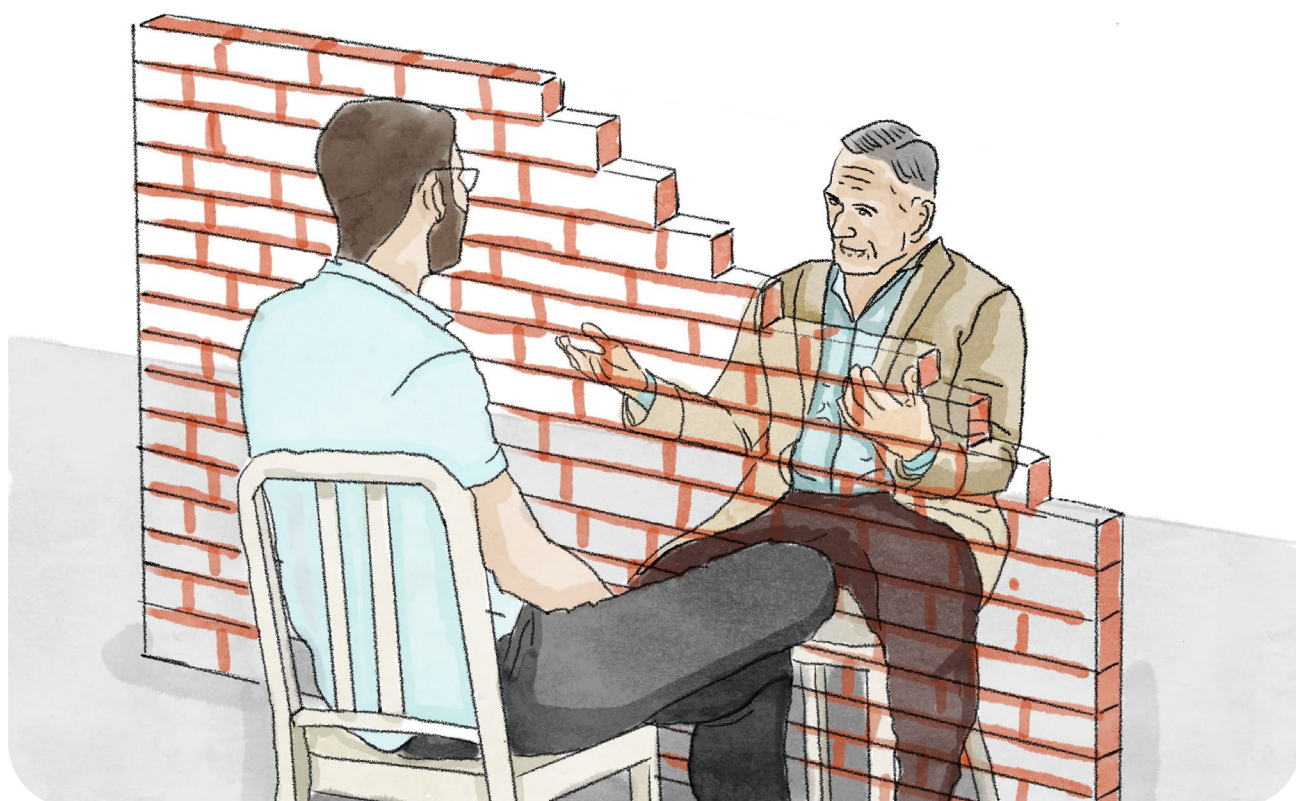
„To musí být opravdu těžké. Je něco konkrétního, co ti teď nejvíc běží hlavou a o čem bys chtěl/a mluvit?“

Tento způsob komunikace dává člověku prostor otevřít se vlastním tempem a zdůrazňuje empatii a neodsuzující přístup.

8.2

Užívání návykových látek a
spouštěcí faktory

172



Rozhovor o užívání návykových látek a možných spouštěcích u člověka s duální diagnózou může být účinnější, pokud k němu přistoupíme se soucitným a neodsuzujícím postojem.

Takový přístup může vytvořit bezpečné prostředí, ve kterém se váš blízký může zamyslet nad svým užíváním návykových látek a o tom, jak to ovlivňuje jeho psychické zdraví.

Otevřené otázky o souvislostech mezi duševní poruchou a užíváním návykových látek

Otevřené otázky mohou vašemu blízkému poskytnout příležitost sdílet své zkušenosti způsobem, který je bezpečný a bez odsuzování.

Tato technika, často využívaná v motivačním rozhovoru, **podporuje zamyšlení a porozumění** vlastním myšlenkám i ambivalenci vůči změně.

- Příklad:

„Všiml/a sis, jak užívání [látky] ovlivňuje to, jak se cítíš nebo jak se chováš?“

Takové otázky mohou vašemu blízkému pomoci **vytvářet souvislosti** mezi užíváním návykových látek a psychickým stavem, a tím podporovat sebepoznání a hlubší porozumění.

Porozumění spouštěčům a vzorcům chování

Zkoumání spouštěčů a vzorců chování může hrát důležitou roli v péči o duální schizofrenii. Spouštěče často vycházejí ze stresu, emočních obtíží nebo vlivů prostředí.

- Příklad:

„Jsou chvíle nebo situace, kdy tě to víc táhne k užívání? Co ti v těch momentech připadá nejtěžší?“

Takový dialog může otevřít prostor k rozhovoru o **alternativních zvládacích mechanismech a o tom, jak lépe zvládat** zranitelné situace.

Normalizace prožívání bez zlehčování problému

V náročných obdobích mohou **slova, která normalizují a uznávají prožívání člověka** pomoci zmírnit pocity studu nebo viny. Zároveň je důležité, aby dotyčný věděl, že jeho obtíže berete vážně. **Uznání emocí vytváří bezpečný a podpůrný prostor**, ve kterém se člověk může snadněji otevřít.

- Například můžete říct:

„Hodně lidí v těžkých chvílích sáhne po něčem, aby to zvládli. Rád/a bych si vyslechl/a, čím procházíš, a společně můžeme hledat způsoby, jak na tom pracovat.“

Podle doporučení Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) může **uznání prožívání člověka, aniž bychom schvalovali škodlivé chování, snížit odpor a podpořit otevřenější a upřímnější rozhovory.**

Reflexe a shrnutí situace pro transparentnost

Opakování toho, co vám váš blízký sdílí, může být dobrým způsobem, jak projevit empatii a ujistit ho, že jeho zkušenosti skutečně chápete. Shrnutí jeho myšlenek také může pomoci zpřehlednit rozhovor a vytvořit prostor pro další zamyšlení.

- Například uznání typu:

„Zní to, že se zpočátku po užití cítíš klidněji, ale později se to spíš zhorší. Chápu to správně?“

může podpořit důvěru a vzájemné porozumění.

Tento přístup, často s ohledem na zkušenosti s traumatem, může být obzvláště užitečný při podpoře člověka s komplexními potřebami v oblasti duševního zdraví a užívání návykových látek.

Citlivé zkoumání dopadů užívání návykových látek

Rozhovor o tom, jak může užívání návykových látek ovlivňovat různé oblasti života, může být **citlivým způsobem, jak podpořit zamyšlení.**

Ptát se na témata jako **spánek, nálada nebo vztahy starostlivým tónem** vytváří prostor, aby člověk mohl přemýšlet o dopadech svého užívání, aniž by se cítil odsuzován.

- Například,

společné uvažování o tom, jak může užívání návykových látek souviset s příznaky schizofrenie,

jako jsou halucinace nebo bludy, může vést k hlubšímu porozumění, přičemž rozhovor zůstává soucitný a otevřený.

Příklad rozhovoru o užívání návykových látek a spouštěčích

„Říkal/a jsem si, jak se v poslední době cítíš. Jak se ti daří?“

175

„Je to takové nahoru a dolů.
Někdy mám prostě pocit, že je toho na mě moc, víš?“

„To zní opravdu náročně. Máš pocit, že ti užívání návykových látek v těchto chvílích pomáhá, nebo to naopak situaci ztěžuje?“

„Ze začátku mi to pomůže, jako bych to zvládal/a líp.
Ale pak se všechno zase vrátí a někdy je to ještě horší.“

„Rozumím. Zní to, že ti to nejdřív přinese určitou úlevu,
ale potom se věci znovu vyostří. Chápu to správně?“

„Jo, asi ano. Někdy je těžké to zvládat,
hlavně když jsem ve stresu.“

„To si dovedu představit. Jsou chvíle, kdy je těžší odolat užití — třeba když se něco
určitého děje nebo když se cítíš určitým způsobem?“

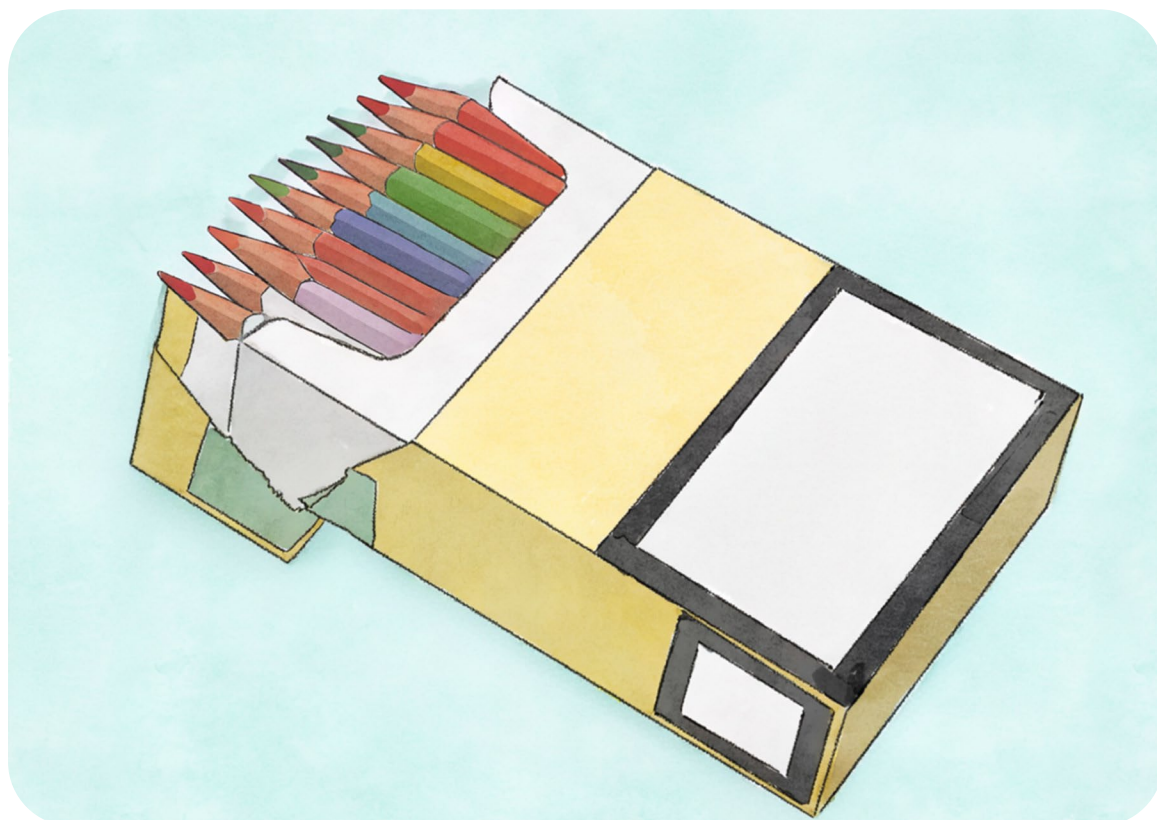
„Určitě, hlavně když jsem pod tlakem nebo nemůžu spát.“

„Děkuju, že to se mnou sdílíš. Je opravdu užitečné pochopit, kdy jsou ty chvíle
nejtěžší. Možná bychom mohli zkusit společně vymyslet i jiné způsoby, jak zvládat
stres, aby to pro tebe bylo o trochu snazší.“

8.3

Strategie zvládání

176



Při podpoře člověka se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek k tomu, aby zvažil alternativní zvládací mechanismy, je důležité zaměřit se na pozitivní, podpůrné přístupy, které jsou přizpůsobené jeho konkrétním potřebám.

Strukturovaný denní režim

Zavedení pravidelného režimu se **stabilním spánkem, jídlem a odpočinkovými aktivitami** může vytvořit **pocit klidu a stability**. Tato struktura nejen pomáhá snižovat stres a zlepšovat náladu, ale také usnadňuje zvládání příznaků a **postupné zmírňování bažení po návykových látkách**. Postupem času může **předvídatelný rytmus** dne poskytnout **pevný základ** pro celkovou duševní i fyzickou pohodu.

Sociální podpora a podpůrné skupiny

Zapojení do podpůrných skupin, například těch, které nabízí organizace NAMI (National Alliance on Mental Illness) nebo Anonymní narkomani (NA), může vytvořit **příležitosti k navázání kontaktu s lidmi, kteří prochází podobnými obtížemi**. Tyto skupiny poskytují **bezpečný prostor pro sdílení zkušeností, hledání zvládacích mechanismů a učení se od ostatních v podpůrném prostředí**.

Kreativní aktivity a pohyb

Věnování se tvořivým činnostem, jako je kreslení, psaní deníku nebo hudba, případně zařazení lehké fyzické aktivity, například chůze či jógy, může být **užitečným způsobem zvládání stresu**. Tyto aktivity mohou zlepšit náladu, podpořit sebevyjádření a sloužit jako pozitivní

alternativa při zvládání náročných situací.

Rozvoj schopnosti zvládat emoce

Rozvíjení **zdravých způsobů zvládání emocí** může mít velký význam, zejména v náročných situacích. **Techniky z dialektické behaviorální terapie (DBT)** mohou například pomoci lidem rozpoznat spouštěče, na chvíli se zastavit a hledat alternativní způsoby reakce. Podle doporučení SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) jsou tyto dovednosti obzvláště cenné pro osoby, které žijí se schizofrenií a současně s poruchou užívání návykových látek, protože podporují lepší emoční regulaci a celkovou pohodu.

Mindfulness a uzemňovací techniky

Cvičení mindfulness, jako je hluboké dýchání, progresivní svalová relaxace nebo řízená imaginace, mohou pomoci **zvládat stres a zklidnit zahlcující emoce**.

Uzemňovací techniky, například zaměření pozornosti na smyslové vjemy (např. všimnout si pěti věcí, které právě vidíte), mohou v obtížných chvílích přinést **pocit stability a ukotvení**.

Příklad rozhovoru na téma zvládacích mechanismů

178

„Co ti obvykle aspoň trochu pomáhá cítit se lépe, když je toho na tebe moc nebo když jsi ve stresu? Zkoušel/a jsi třeba dechová cvičení nebo nějaké aktivity, které tě baví, jako kreslení nebo psaní deníku?“

„Někdy si věci píšu, ale ne vždycky to pomůže.“

„To je dobrý začátek. Možná bychom spolu mohli zkusit prozkoumat i další možnosti, třeba mindfulness cvičení nebo denní režim, ve kterém by bylo víc klidných chvil pro tebe. Rád/a to s tebou klidně zkusím, pokud by ti to pomohlo.“

Tyto strategie mohou lidem pomoci nacházet lepší způsoby zvládnání obtíží a zároveň podporují sebepoznání i emoční odolnost v prostředí poskytujícím podporu bez odsuzování.

8.4

Plány a naděje do budoucna



Zahájení rozhovoru o plánech a cílech s člověkem, který čelí schizofrenii a poruše užívání návykových látek, může být zásadním způsobem, jak podpořit jeho cestu k zotavení.

Mluvit o jejich nadějích a životních plánech jim pomáhá znovu získat pocit smyslu a kontroly, **díky čemuž může zotavení působit dosažitelněji.**

I **malé kroky** směrem k osobnímu rozvoji mohou být velmi **motivující a posilující.**

Zaměření na malé, dosažitelné kroky

O plánech se často mluví snáze tehdy, když jsou **velké cíle rozděleny do malých**, jednoduchých kroků. To může udělat pokrok **lépe zvládnutelným** a zabránit pocitům stresu nebo zahlcení..

Například můžete společně vyzkoušet něco jednoduchého, jako je zlepšení spánku nebo zařazení malé příjemné aktivity do denního režimu, jako způsob, jak **vytvářet pozitivní změnu.**

Objevování osobních hodnot a zájmů

Rozhovor o tom, na čem člověku skutečně záleží, například rodina, kreativní koníčky nebo osobní růst, může být důležitým způsobem, jak odhalit, co mu dává **naději a smysl.** To může zahrnovat i uvažování o **koníčcích a aktivitách**, které měl dříve rád a hledání cest, **jak se k nim znovu postupně vrátet** pro zlepšení celkové životní pohody.

Změna prostřednictvím motivačních rozhovorů

Použití metody, jako je motivační rozhovor, který podporuje **zvědavost a reflektivní naslouchání**, může citlivě otevřít rozhovory o tom, co by člověk chtěl zlepšit nebo změnit.

Kladení otevřených otázek o nadějích a o tom, co lidem pomáhá cítit se stabilněji a bezpečněji, **může podpořit vlastní přemýšlení bez pocitu nátlaku.**

Podpora víry ve schopnost dělat pokroky

Ujištění, že i malé kroky vpřed mají význam, může být důležitým projevem podpory. Říct člověku, že věříte v jeho schopnost pracovat na svých cílech, i když pomalu, může být silným motivátorem.

- Například můžete říct:

„Vidím, jak moc se snažíš, a opravdu věřím, že se můžeš posouvat dál, krok za krokem. Kdykoli budeš něco potřebovat, zvládneme to spolu.“

Uvědomění si, že překážky jsou součástí cesty

Nezdary jsou přirozenou součástí procesu a připomínání této skutečnosti může pomoci zmírnit pocity viny nebo frustrace. Uznání toho, že některé dny budou těžší než jiné, spolu s povzbuzením v těchto chvílích, může posílit pocit podpory a udržet motivaci.

Můžete například říct:

„Je v pořádku, když věci nejdou vždy hladce, každá snaha má smysl, i v těžkých dnech. Budeme na tom pracovat společně.“

To může pomoci budovat odolnost a udržet motivaci.

181

Příklad rozhovoru o plánech a nadějích

„Když přemýšlíš o příštích týdnech nebo měsících, je něco, na co by ses chtěl/a zaměřit a co bys rád/a zlepšil/a? Může to být i něco malého, třeba najít režim, který ti bude vyhovovat.“

„Chtěl/a bych se cítit méně úzkostně, možná mít lepší kontrolu nad spánkem.“

„To je skvělý cíl. Lepší odpočinek může udělat velký rozdíl. Je něco, co ti pomáhá se před spaním uvolnit nebo se cítit klidněji?“

„Někdy mi pomáhá čtení, ale ne vždycky to funguje.“

„To je dobrý začátek. Co kdybychom spolu zkusili prozkoumat i několik dalších možností? Můžeme také postupně vytvořit plán, který ti bude pomáhat v tom, co potřebuješ, abys se cítil/a lépe.“

Tato technika pomáhá člověku přemýšlet o vlastních cílech a o tom, čeho chce dosáhnout. Probíhá prostřednictvím podpurných rozhovorů, které ho povzbuzují k vyjádření myšlenek a pocitů, a tím posilují naději i motivaci.

8.5

Léková adherence

182



Rozhovor o dodržování léčby s člověkem, který má schizofrenii a poruchu užívání návykových látek, je důležitý pro účinné zvládnání příznaků a pro zotavení.

Při léčbě antipsychotiky se **zeptajte na případné obtíže** s dodržováním léčebného plánu. **Naslouchání obavám** lidí ohledně nežádoucích účinků nebo jiných situací, které mohou prožívat, pomáhá **budovat důvěru** a usnadňuje otevřený rozhovor o obtížích, s nimiž se potýkají.

- Například:

„Jak ti to jde s léky? Pomáhají ti, nebo máš nějaké obavy?“

Zahájení rozhovoru o zkušenostech s medikací

Rozhovor o medikaci může být užitečným způsobem, jak porozumět tomu, jak člověk vnímá svůj současný léčebný plán, včetně jeho přínosů i obtíží. Otevřené otázky vytvářejí prostor pro sdílení bez pocitu nátlaku.

- Například můžete říct něco jako:

„Jak na tebe léky působí? Všiml/a sis nějakých změn nebo je něco, o čem bys chtěl/a mluvit?“

Respektování obav a nežádoucích účinků

Nežádoucí účinky mohou být častým důvodem, proč je pro člověka těžké léčbu dodržovat.

Projev empatie může vytvořit pocit podpory.

- Můžete například říct:

„Vím, že léky někdy mohou mít vedlejší účinky, které se těžko zvládají. Všiml/a sis něčeho takového v poslední době?“

To může otevřít dveře k dalším důležitým rozhovorům.

Spolupráce se zdravotníky

Pokud se objeví obavy ohledně medikace, **může být užitečné je probrat s lékařem.**

- Citlivé povzbuzení, například:

„Pokud ti na lécích něco neseď, možná by stálo za to zmínit se lékaři. Někdy mohou i malé úpravy hodně pomoci.“

může podpořit spolupráci bez tlaku.

Uznání náročnosti duální diagnózy

Zvládání příznaků schizofrenie i medikace je obtížné samo o sobě, a pokud se přidává i užívání návykových látek, může být situace

ještě náročnější. **Uznání této zátěže** pomáhá člověku cítit se pochopený.

- Můžete říct například:

„Vím, že není jednoduché zvládat všechno najednou. Je něco, co bych mohl/a udělat, aby to pro tebe bylo aspoň trochu snazší?“

To může vytvořit prostředí, ve kterém se člověk cítí vyslyšený a podporovaný.

Strategie budování každodenní rutiny

Najít drobné způsoby, jak **zařadit užívání léků do každodenního režimu**, může pomoci s pravidelností.

Navázání užití léku na existující zvyk může hodně pomoci.

- Například můžete říct:

„Někdy pomáhá spojit užívání léků s něčím, co už stejně děláš, třeba s čištěním zubů. Myslíš, že by ti to mohlo fungovat?“

Příklad rozhovoru o lékové adherenci

„Jak ti to jde s léky? Pomáhají ti cítit se stabilněji, nebo tě trápí nějaké vedlejší účinky?“

„Někdy pomáhají, ale nelíbí se mi, jak jsem pořád unavený/á.“

„To musí být frustrující. Možná bychom to mohli probrat s doktorem. Někdy existují alternativní možnosti, které únavu zmírní.“

„Jo, možná. Jen nechci mít pořád pocit, že jsem mimo.“

To úplně chápu. Je důležité, abys se cítil/a co nejvíce při smyslech a komfortně. Podpořím tě v hledání řešení, které ti bude víc vyhovovat.“

Tento přístup podporuje otevřený a upřímný rozhovor o užívání léků podle doporučení. Zahrnuje diskusi o vedlejších účincích, spolupráci se zdravotníky a hledání řešení, která podporují celkovou pohodu člověka.

8.6

Nestigmatizující komunikace

185



Schizofrenie a porucha užívání návykových látek jsou často spojeny s výrazným stigmatem, které lidem mnohdy brání vyhledat pomoc.

Začínat rozhovory způsobem, který neodsuzuje ani nevyvolává pocit studu, je velmi důležité pro **budování důvěry** a pro **podporu otevřené komunikace**.

Používání **neutrálního a podpůrného jazyka, vyhýbání se nálepkám a zaměření na to, jak se člověk cítí** nebo co prožívá, může zvýšit jeho ochotu vyhledat pomoc. Tento přístup pomáhá **snižovat pocit studu** a činí člověka přístupnějším vůči podpoře.

Upřednostnění člověka před diagnózou

Výběr slov může výrazně ovlivnit, jak se člověk cítí.

Označovat někoho nejprve jako člověka - například *"člověk se schizofrenií"* nebo *"někdo, kdo čelí obtížím s užíváním návykových látek"* - **vyjadřuje respekt** a uznává jeho individualitu, místo aby se zaměřovalo pouze na jeho onemocnění.

Zaměření na chování a prožívání

Mluvit o konkrétním chování nebo pocitech namísto nálepek může rozhovor učinit podpůrnějším.

- Například věta:

„Všiml/a jsem si, že se v poslední době zdáš ustaraný/á. Chceš si o tom promluvit?“

může vytvořit prostor pro dialog, aniž by se vše točilo kolem diagnózy.

Volba neutrálního a podpůrného jazyka

Používání neutrálních výrazů, které popisují to, co člověk prožívá, může působit méně odsuzujícím dojmem.

- Například použít spojení:

*„užívání návykových látek“
namísto „zneužívání drog“*

udržuje pozornost na situaci, aniž by se přidával negativní nádech.

Projev empatie a porozumění

Uznání pocitů člověka, i jednoduchými větami jako:

*„To zní opravdu náročně“ nebo
„Chápu, že to může být zahlcující“*

mu může pomoci cítit se vyslyšený a respektovaný.

Je to způsob, jak ukázat, že jeho obtíže jsou skutečné a důležité, aniž by byly zlehčovány.

Týmová spolupráce

Požívání spikleneckého jazyka, jako

„Jak na tom můžeme pracovat společně?“

nebo *„Zkusme se podívat, co by to mohlo*

udělat lépe zvládnutelným,“ posiluje pocit, že člověk na své obtíže není sám.

Tento přístup přesouvá pozornost k partnerství, podporuje pocit povzbuzení a buduje důvěru.

187

Příklad rozhovoru o nestigmatizující komunikaci

„Vím, že to pro tebe bylo poslední dobou opravdu náročné, a jsem tady, abych tě podpořil/a způsobem, který ti bude vyhovovat. Pokud se na to cítíš, chtěl/a bys sdílet, jak se ti v poslední době daří?“

„Někdy mám pocit, že mi nikdo nerozumí. Nesnáším, když mám pocit, že mě lidé vidí jen jako diagnózu.“

„To musí být hodně izolující. Chápu, že jsi mnohem víc než jakákoli diagnóza. Zkusme se zaměřit na to, co se ti děje v každodenním životě. Co ti v poslední době nejvíc běží hlavou?“

Tento přístup pomáhá člověku cítit se vnímaný jako osobnost, nejen skrze svou diagnózu, což může posílit důvěru a podpořit otevřenější a pozitivnější rozhovory o jeho zkušenostech a potřebách.

8.7

Krizová intervence

188



Když se člověk se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek ocitne v krizové situaci, je zásadní přistupovat k ní s opatrností a pozorností. Je důležité být si vědom/a jakýchkoli bezprostředních rizik a mít jasný plán, jak zajistit jeho bezpečí.

Vytvoření bezpečnostního plánu, rozpoznání krizových spouštěčů a propojení člověka s krizovými kontakty může zahránit život. Zapojení rodiny nebo přátel může poskytnout další důležitou oporu.

Po odeznění krize jsou **pravidelné kontroly a dlouhodobá péče** zásadní k tomu, aby se člověk cítil bezpečně a podporovaně.

Tento přístup se osvědčil v akutních situacích, například při prevenci sebevraždy.

Spolupráce na bezpečnostním plánu

Společné vytvoření bezpečnostního plánu může člověku dodat pocit posílení a opory. Tento plán by měl obsahovat kroky, které může podniknout, pokud se začne cítit zahlceně – jako **kontaktovat důvěryhodnou osobu, najít způsob, jak si zajistit bezpečnější prostředí nebo použít techniky, které mu pomohou cítit se klidněji.**

Rozpoznání spouštěčů a včasných varovných signálů

Zaměření na situace a pocity spojené s výrazným stresem, jako je **rostoucí úzkost nebo myšlenky na sebepoškození**, pomáhá lépe odhadnout, kdy je **nutná intenzivnější podpora**. Otevřená komunikace zároveň usnadňuje rozpoznání těchto varovných signálů v budoucnu.

Hledání zvládacích strategií

Zaměření na strategie, které člověku v minulosti pomáhaly – například **uzemňovací techniky, hluboké dýchání nebo kontakt s blízkými lidmi** – může posílit to, co už funguje. Zároveň může otevřít prostor pro hledání nových způsobů zvládnání, které budou bezpečné a dosažitelné.

Zapojení blízkých osob do plánu

Pokud jsou tomu nakloněni, **rodinní příslušníci nebo blízcí přátelé** mohou hrát klíčovou roli. Když budou vědět, jak mohou v těžkých chvílích pomoci, může to **posílit pocit propojení a připravenosti u všech zúčastněných.**

Dlouhodobé udržování kontaktu

Pravidelné kontroly mohou být užitečným způsobem, jak sledovat, jak se člověku daří, a podle potřeby bezpečnostní plán upravovat. Tyto následné rozhovory **přinášejí pocit kontinuity** a potvrzují, že na to **člověk není sám.**

Příklad rozhovoru pro zahájení krizové intervence

„Zkusme spolu vymyslet plán pro chvíle, kdy začnou být věci těžké. Můžeme do něj zahrnout i to, jak rozpoznat první varovné signály, třeba když se začneš cítit úzkostně nebo nejistě. Co ty na to?“

„Myslím, že by to mohlo pomoci, hlavně kdyby existoval způsob, jak mi připomenout, co mám dělat.“

„Určitě! Můžeme nastavit připomínky a také přidat několik důležitých kontaktů - rodinu, přátele nebo kohokoli, komu důvěřuješ. Můžeme tam také zahrnout zvládací strategie. Myslíš, že by ti pomohlo ozvat se třeba [jméno blízké osoby], když se budeš takto cítit?“

Tento typ rozhovoru vytváří bezpečný a partnersky nastavený prostor, který člověku pomáhá cítit se silnější a mít větší kontrolu nad svým krizovým plánem.

8.8

Posouzení rizika sebevraždy

191



Při posuzování rizika sebevraždy u osob se schizofrenií a současně s poruchou užívání návykových látek je důležité postupovat citlivě a strukturovaně.

Cílem je porozumět míře rizika, rozpoznat ochranné faktory a naplánovat účinné způsoby podpory.

Podpora otevřeného, neodsuzujícího dialogu

Začít **otevřenými otázkami pomáhá vytvořit bezpečný prostor**, ve kterém se člověk cítí komfortně a může sdílet své myšlenky.

Pečující může například říct:

„Chtěl/a bys mluvit o tom, co ti teď běží hlavou? Jsou chvíle, kdy je to pro tebe obzvlášť těžké?“

Tento přístup umožňuje vyjádřit obtížné pocity bez obav z odsouzení a **usnadňuje otevřenou debatu** o sebevražedných myšlenkách a emocích.

Vytvoření bezpečnostního plánu

U osob s vyšším rizikem může být bezpečnostní plán velmi užitečným nástrojem. Může zahrnovat:

- kontaktní údaje pro případ nouze
- uzemňovací techniky pro krizové okamžiky
- seznam blízkých přátel nebo rodinných příslušníků, na které se lze obrátit

Dobře promyšlený bezpečnostní plán poskytuje pocit jistoty a jasné, praktické kroky pro náročné situace.

Pravidelné kontroly a dlouhodobá podpora

Pravidelné kontroly po úvodním zhodnocení rizika sebevraždy jsou důležité, zejména u lidí s duální diagnózou.

Tyto následné kontakty umožňují znovu **upravit případná opatření a pokračovat v poskytování podpory** podle potřeby.

“**Hodnocení rizika sebevraždy by nemělo být jednorázovou záležitostí.**”

Pohled nad rámec samotné míry rizika

Kromě určení úrovně rizika je užitečné **zkoumat i další faktory, které mohou ovlivnit plánování intervence**. Patří mezi ně například:

- **protektivní faktory – podpora blízkých osob, zvládací dovednosti, osobní silné stránky**
- **aktuální stres** – nedávné ztráty, izolace nebo obtíže v každodenním fungování

Identifikace těchto prvků pomáhá vytvořit plán, který lépe odpovídá individuálním potřebám daného člověka.

Příklad rozhovoru pro posouzení rizika sebevraždy

„Rád/a bych si s tebou na chvíli sedl/a a zeptal/a se, jak se ti v poslední době daří. Někdy, když toho máme v hlavě hodně, to může působit zahlcujícím dojmem. Jsou v poslední době chvíle, kdy je pro tebe těžké zvládat věci sám/sama?“

„Někdy ano. Je to těžké vysvětlit. Některé dny jsou prostě hodně tíživé.“

„To zní opravdu náročně. Zkusme si společně promluvit o tom, co by ti mohlo v takových chvílích pomoci. Jsem tady, abych ti pomohl/a najít způsoby, jak těmi okamžiky projít bezpečně, a rád/a tě podpořím, jak jen budu moci.“

Otevřená a bezpečná komunikace dává člověku pocit, že je brán vážně a že má podporu, což umožňuje lépe zhodnotit situaci a zvolit vhodnou pomoc.

Komunikační techniky

Používejte otevřené otázky

Tyto otázky člověka podpoří, aby se **více rozpovídal** o svých pocitech a zkušenostech. Je vhodné **vyhýbat se otázkám, na které lze odpovědět pouze "ano" nebo "ne"**.

- Například:

„Můžeš mi říct víc o tom, čím si teď procházíš?“

Aktivní naslouchání

Opakujte nebo shrňte to, co druhý říká, abyste ukázali, že opravdu nasloucháte a rozumíte. To pomáhá budovat důvěru a spolupráci.

- Například:

„Zní to, jako by tě to všechno hodně zahlcovalo.
Chápu to správně?“

Nestigmatizující jazyk

Vyhýbejte se hodnotícím nebo odsuzujícím výrazům. Při diskuzi o užívání návykových látek a příznacích duševního onemocnění používejte **neutrální jazyk**, aby se člověk necítil kritizovaný nebo zahanbený.

- Například: Místo otázky „**Proč pořád bereš drogy?**“, zkuste říct

„Zdá se, že užívání návykových látek je součástí toho, čím procházíš.
Můžeš mi říct víc o tom, jak na tebe působí?“

Validujte prožívání

Uznávejte pocity a obtíže bez hodnocení a dávejte najevo, že **to, co člověk prožívá, je skutečné a pochopitelné**.

Například:

„Vidím, jak těžké to pro tebe je, a dává smysl, že se takhle cítíš.“

Zachovejte klid a trpělivost

Schizofrenie může vést k dezorganizovanému myšlení a užívání návykových látek může zvyšovat zmatenost. Buďte trpělí, **netlačte na odpovědi** a dejte člověku čas uspořádat si myšlenky.

- Například:

Pokud ztratí nit rozhovoru, můžete ho jemně vrátit k tématu:

„Mluvil/a jsi o tom, že pro tebe byly věci v poslední době hodně náročné.
Můžeš mi o tom říct víc?“

Nabízejte podporu, ne okamžitá řešení

Někdy lidé nejsou připraveni hledat řešení a potřebují hlavně, aby je někdo vyslechl.

Nabídněte podporu a prostor k mluvení, místo snahy vše hned „napravit“.

- Například:

„Jsem tady pro tebe a můžeme tím projít společně.“

Reference:

- McGinty E, Pescosolido B, Kennedy-Hendricks A, Barry CL. Communication Strategies to Counter Stigma and Improve Mental Illness and Substance Use Disorder Policy. *Psychiatric Services* [Internet]. 2018 Feb;69(2):136–46. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5794622/>
- Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR. Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients With Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 1998 Jan 1;24(4):589–608. Available from: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article-abstract/24/4/589/1929004>
- Phillips K. Mental Illness Is Not Anyone's Fault: A Review of NAMI, the National Alliance on Mental Illness. *Journal of Consumer Health on the Internet* [Internet]. 2020 Jan 2;24(1):75–81. Available from: <https://pure.psu.edu/en/publications/mental-illness-is-not-anyones-fault-a-review-of-nami-the-national>
- Baigent M. Managing patients with dual diagnosis in psychiatric practice. *Current Opinion in Psychiatry* [Internet]. 2012 May;25(3):201–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22449766/>
- Schrank B, Hayward M, Stanghellini G, Davidson L. Hope in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* [Internet]. 2011 May;17(3):227–35. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/advances-in-psychiatric-treatment/article/hope-in-psychiatry/324DF7F5D18B4EC148DD21D5619F4BB4>
- Perkins AJ, Khandker R, Overley A, Solid CA, Chekani F, Roberts A, et al. The impact of antipsychotic adherence on acute care utilization. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2023 Jan 24;23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36694142/>
- Arya Jayasree, Padmavathi Shanmuganathan, Ramamurthy P, None Alwar MC. Types of Medication Non-adherence & Approaches to Enhance Medication Adherence in Mental Health Disorders: A Narrative Review. *Indian journal of psychological medicine* [Internet]. 2024 Mar 25;46(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39545134/>
- Ahad A, Gonzalez M, Junquera P. Understanding and Addressing Mental Health Stigma Across Cultures for Improving Psychiatric Care: A Narrative Review. *Cureus* [Internet]. 2023 May 26;15(5):1–8. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10220277/>
- Cassivi C, Sergerie-Richard S, Saint-Pierre B, Goulet M. Crisis Plans in Mental health: a Scoping Review. *International Journal of Mental Health Nursing* [Internet]. 2023 Apr 26;32(5). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.13158>
- Berardelli I, Rogante E, Sarubbi S, Erbutto D, Lester D, Pompili M. The Importance of Suicide Risk Formulation in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2021 Dec 16;12(12). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34975579/>
- Posner K, Buchanan J, Amira L, Yershova K, Lesser A, Goldstein E. Identification and screening of suicide risk. *A Concise Guide to Understanding Suicide* [Internet]. 2014 Sep 18 [cited 2025 Jul 18];17–32. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2014-19111-003>
- Nompo RS. Therapeutic Communication in Schizophrenic Patients: A Systematic Literature Review. *Scientia Psychiatrica* [Internet]. 2023 Jul 10;4(3):405–9. Available from: <http://www.scientiapsychiatrica.com/index.php/SciPsy/article/view/158>

V kapitole 9 najdete

Tato kapitola nabízí praktické rady pro péči o sebe a pro prevenci i zvládnání vyhoření, které pečujícím pomáhají udržet si vlastní pohodu a schopnost poskytovat svým blízkým účinnou a dlouhodobou podporu.



9.1

Zvládnání emoční a fyzické zátěže



9.2

Překonávání behaviorálních a komunikačních obtíží



9.3

Překonávání sociální izolace a dvojí stigmatizace



9.4

Vyhledávání integrovaných možností léčby



9.5

Rovnováha mezi péčí o druhé a vlastní pohodou



9.6

Prevence a zvládnání vyhoření pečujících

Podpora pro ty, kteří sami podporují





Fakta

Péče může být velmi náročná.

Podpora blízkého člověka se schizofrenií a současně s poruchou užívání návykových látek často znamená zvládat nepředvídatelné chování, relapsy a krizové situace, což může vést k dlouhodobému stresu, pocitům viny a emočnímu vyčerpání pečujících.

Vyvažování pečovatelských povinností.

Pečující by měli adaptovat strategie, které podporují jak léčebné potřeby jejich blízkého, tak i jejich vlastní zdraví a duševní pohodu.

Předcházení vyhoření.

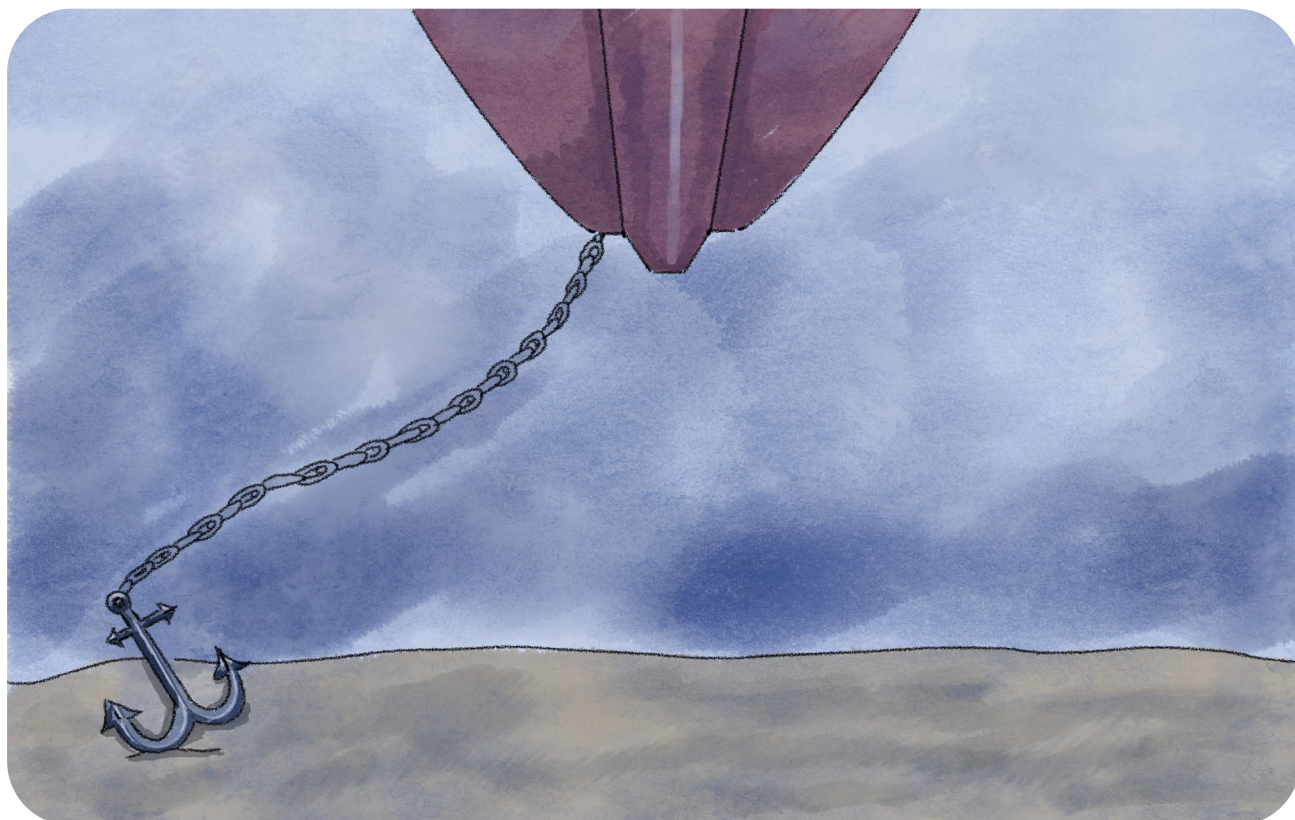
Včasné rozpoznání prvních známek vyhoření umožňuje zasáhnout dříve, než dojde k závažnějším psychickým nebo tělesným obtížím.

Self-care není luxus – je to nutnost.

Upřednostňování vlastní životní pohody, nastavování realistických hranic, vyhledávání sociální podpory a praktiky mindfulness mohou pečujícím pomoci zvládat vyhoření a dlouhodobě si udržet schopnost poskytovat soucitnou a kvalitní péči.

9.1

Zvládání emoční a fyzické zátěže



Podpora člověka, který žije se schizofrenií a současně s poruchou užívání návykových látek, přináší specifické výzvy a často vede k výrazné emoční i fyzické zátěži.

CHRONICKÝ STRES A VYHOŘENÍ

Podpora člověka s duální schizofrenií znamená zvládat nepředvídatelné chování, relapsy a krizové situace, a tím pádem i **dlouhodobý stres**. Ten může postupně vést k vyhoření, které se projevuje **emočním vyčerpáním, pocitem odcizení a sníženou schopností poskytovat podporu** tak, jak by si pečující přál.

POCITY VINY A BEZMOCI

Pečující mohou pociťovat vinu, pokud se jim nedaří zabránit negativním důsledkům, jako jsou relapsy nebo hospitalizace.

Vědomí, že nedokáže „vyléčit“ blízkého člověka může vést k **pocitům bezmoci** a někdy až **depresím**.

ZÁRMUTEK A NEJISTÁ ZTRÁTA

Pečující mohou prožívat **zármutek nad ztrátou osoby, jakou kdysi znali**, zejména pokud onemocnění výrazně změnilo chování nebo osobnost jejich blízkého.

Zvládání chronického stresu a vyhoření

UPŘEDNOSTNĚNÍ OSOBNÍ POHODY

Vyhrazení času na **aktivity, které pomáhají dobít energii**, jako je fyzický pohyb, kreativní činnosti nebo setkávání se s přáteli, může pečujícím výrazně pomoci zvládat stres.

STANOVENÍ REALISTICKÝCH HRANIC

Nastavení **jasných a dosažitelných limitů** v péči pomáhá předcházet přetížení. Sdílení odpovědnosti s dalšími členy rodiny nebo vyhledání externí pomoci může přinést velmi potřebnou úlevu.

HLEDÁNÍ OPORY V KOMUNITĚ

Zapojení do **podpůrných skupin** propojuje pečující s lidmi, kteří skutečně rozumějí jejich situaci, a nabízí jak **emoční podporu, tak praktické rady**.

JAK SI UDRŽET VNITŘNÍ ROVNOVÁHU

Techniky jako meditace, psaní deníku nebo relaxační cvičení mohou sloužit jako každodenní **nástroje ke snížení stresu a obnovení emoční rovnováhy**.

Zvládání pocitů viny a bezmoci

REDEFINOVÁNÍ ROLE PEČUJÍCÍHO

Přijetí skutečnosti, že některé výsledky jsou mimo osobní kontrolu a že úlohou pečujícího je být oporou, nikoli řešit všechny problémy, může přinést úlevu. **Zotavení není lineární proces**, je plné vzestupů i pádů.

ZAMĚŘENÍ NA SMYSLUPLNOU PODPORU

Vnímání péče jako příležitosti poskytovat smysluplnou podporu, byť i v malých krocích, může pomoci **přesunout pozornost od výsledků k hodnotě** každodenního úsilí.

EMOČNÍ PODPORA

Rozhovor s důvěryhodným přítelem, terapeutem nebo podpůrnou skupinou může pečujícím pomoci **podívat se na své emoce jinak a získat zdravější nadhled**.

PODPORA SAMOSTATNOSTI

Podporování malých kroků k větší samostatnosti u blízkého člověka může **snížit tlak na pečujícího, že musí „všechno vyřešit“** sám.

Zvládání zármutku a nejisté ztráty

ROZPOZNÁNÍ A POJMENOVÁNÍ EMOCÍ

Uvědomění si a pojmenování pocitů smutku, frustrace a touhy může být prvním krokem k uzdravení.

HLEDÁNÍ NOVÝCH ZPŮSOBŮ PROPOJENÍ

I když se vztah může změnit, společné zájmy, drobné okamžiky a vzpomínky mohou pomoci zachovat pocit blízkosti.

HLEDÁNÍ SMYSLU V PEČOVÁNÍ

Zamýšlení se nad přínosem poskytované podpory, bez ohledu na to, jak malý se může zdát, může přinést pocit smyslu a naplnění.

VYHLEDÁNÍ ODBORNÉ PODPORY

Terapie, workshopy nebo podpůrné skupiny zaměřené na pocit ztráty mohou nabídnout strategie zvládání i uklidnění pro pečující, kteří se s tímto komplexním druhem zármutku potýkají.

9.2

Překonávání behaviorálních a komunikačních obtíží

202



Péče o člověka se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek může být velmi náročná, zejména kvůli nepředvídatelnému chování. Porozumění těmto výzvám a osvojení si účinných způsobů, jak na ně reagovat, může výrazně přispět k lepší pohodě jak pečujícího, tak opečovávaného.

Běžné behaviorální obtíže

AGRESE A ODPOR K LÉČBĚ

Schizofrenie a užívání návykových látek mohou někdy vést k **podrážděnosti, agresivitě nebo odmítání léčby**. Toto chování je **pro pečující velmi stresující** a může představovat i bezpečnostní riziko.

SPOUŠTĚČE SPOJENÉ S UŽÍVÁNÍM LÁTEK

Užívání návykových látek může **zhoršovat příznaky** jako jsou paranoia a halucinace. Pečující často **zápasí s tím, jak tyto situace zvládat** a zároveň zabránit dalšímu užívání návykových látek.

VYHÝBÁNÍ SE SPOLEČENSKÝM KONTAKTŮM

Pocity **nedůvěry, studu nebo nedostatku motivace** mohou vést k izolaci. Pečující pak na sobě nesou **emocionální zátěž** spojenou s poskytováním společnosti a podpory.

Zvládání agrese a odmítané spolupráce

ROZPOZNÁNÍ SPOUŠTĚČŮ

Všimněte si opakujících se **vzorců** - určité stresory, prostředí nebo témata rozhovorů mohou vést k podráždění. Úprava toho, jak a kdy tyto situace vznikají, může pomoci předejít zbytečnému vyostření konfliktu.

POUŽÍVÁNÍ UKLIDŇUJÍCÍCH STRATEGIÍ

Použití **klidného, neutrálního tónu a nekonfrontační komunikace** může pomoci zmírnit napětí. Dát člověku prostor k vyjádření emocí může být rovněž užitečné.

VYHLEDÁNÍ ODBORNÉ POMOCI

Terapeuti a odborníci na duševní zdraví mohou nabídnout **individualizované strategie**, včetně technik kognitivně-behaviorální terapie (KBT), které pomáhají zvládat agresi.

VYTVOŘENÍ BEZPEČNOSTNÍHO PLÁNU

Mít **jasný plán** pro zvládání agresivních epizod může snížit stres a zvýšit připravenost na náročné situace.

Zvládání spouštěčů užívání návykových látek

POROZUMĚNÍ SOUVISLOSTEM

Pochopení toho, jak užívání návykových látek ovlivňuje příznaky schizofrenie, může pečujícím pomoci lépe **předvídat a zvládat** spouštěče.

PODPORA MALÝCH KROKŮ

Namísto zaměření se na úplné ukončení užívání návykových látek může být účinnější **hledat alternativní přístupy**, jako je strategie snižování rizik (např. omezení frekvence užívání nebo vyhýbání se určitým látkám). Tento přístup může pomoci budovat důvěru a podpořit spolupráci.

ZVAŽOVÁNÍ INTEGROVANÉ LÉČBY

Programy, které **léčí obě** poruchy současně, obvykle vedou k lepším dlouhodobým výsledkům. Konzultace s odborníkem o možnostech integrované léčby může být užitečným krokem.

UDRŽOVÁNÍ OTEVŘENÉ KOMUNIKACE

Neodsuzující a podpůrný přístup může povzbudit člověka k větší otevřenosti ohledně jeho obtíží a zvýšit jeho ochotu vyhledat pomoc.

Jak řešit vyhýbání se sociálním kontaktům

POVZBUZOVAT, NEVYVÍJET TLAK

Malé, **zvládnutelné** aktivity (například krátká procházka nebo klidné rodinné setkání) mohou pomoci člověku znovu navázat sociální kontakt, aniž by se cítil přetížený.

RESPEKTOVÁNÍ OSOBNÍCH HRANIC

Umožnit člověku, aby si **sám určoval tempo** sociálních interakcí, může posílit důvěru a snížit pocit tlaku.

ZAPOJENÍ DO PODPŮRNÝCH SKUPIN

Kontakt s lidmi, kteří mají podobné zkušenosti, může **zmírnit pocity izolace a stigmatizace**.

POSILOVÁNÍ OSOBNÍCH VAZEB

Společné aktivity nebo koníčky, které přinášejí **radost**, mohou představovat nenáročný a přirozený způsob, jak udržovat sociální kontakt bez nadměrného stresu.

Praktické tipy pro zvládání behaviorálních obtíží

Zde je několik způsobů, jak mohou pečující lépe zvládat náročné projevy chování a zároveň si zachovat vlastní pohodu:



Spolupracujte se zdravotnickými odborníky na vytvoření plánu péče, který komplexně řeší jak behaviorální obtíže, tak i emoční potřeby.



Využívejte dostupné zdroje pro pečující, podpůrné skupiny a vzdělávací programy, které nabízejí praktické strategie i emoční podporu.



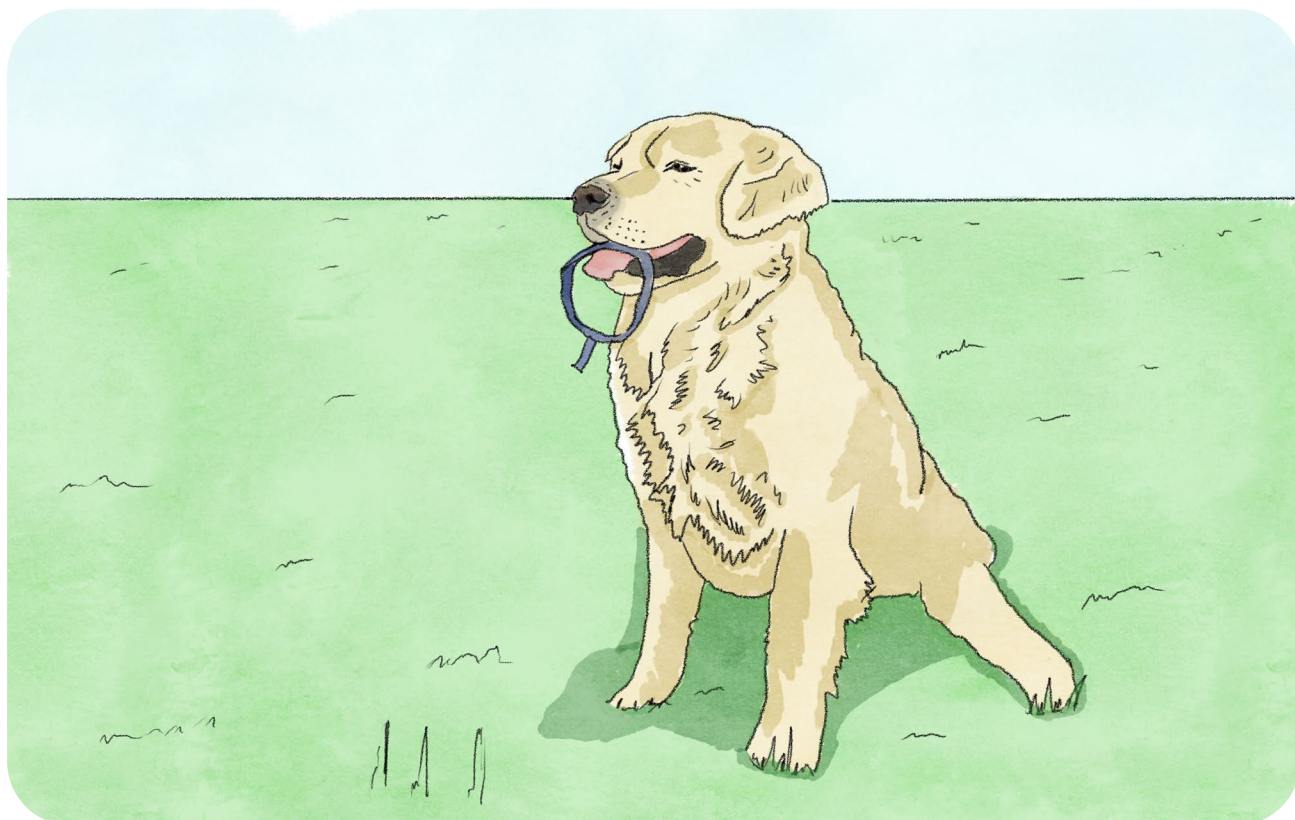
Bud'te k sobě laskaví a trpěliví. Pomůže to nejen vám, ale i tomu, o koho pečujete.



9.3

Překonávání sociální izolace a dvojí stigmatizace

206



Péče o blízkého člověka se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek může být velmi osamělou cestou. Tato zkušenost je často ještě umocněna dvojím stigmatem, které je s těmito nemocemi spojeno.

SOCIÁLNÍ IZOLACE

Mnoho pečujících váhá sdílet své obtíže ze strachu z **odsuzování** nebo **obviňování** ze strany okolí, což může vést k pocitům **osamělosti** a nedostatku podpory zvenčí.

DVOJÍ STIGMA

Když se schizofrenie a porucha užívání návykových látek vyskytují současně, **stigma se bohužel násobí.**

Neinformovanost a předsudky ve společnosti mohou ztěžovat vyhledání pomoci i navazování kontaktů s ostatními.

ZMĚŇTE ÚHEL POHLEDU

Místo toho, abyste obtíže vnímali jako osobní selhání, zkuste je chápat jako **zkušenosti, kterými prochází mnoho pečujících.** Otevřenost vůči důvěryhodným členům rodiny nebo přátelům může přinést větší porozumění a zmírnit pocit izolace.

ZVAŽTE MOŽNOSTI ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Dopřát si pauzu není sobectví – je to nutnost. **Využití pomoci**, i na krátkou dobu, umožňuje pečujícím odpočinout si, znovu se propojit se svým sociálním okolím a vrátit se ke své roli pečovatele s novou energií.

Jak se vymanit ze sociální izolace

BUDOVÁNÍ PODPŮRNÉ SÍTĚ

Navázání kontaktu s dalšími pečujícími prostřednictvím **podpůrných skupin** nebo **online komunit** vytváří bezpečný prostor pro sdílení zkušeností, hledání rad a získání pochopení. Vědomí, že ostatní rozumějí vašim obtížím, může výrazně zmírnit pocity osamělosti.

VYHLEDÁNÍ ODBORNÉ PODPORY

Pečující si zaslouží podporu stejně jako jejich blízcí. **Rozhovor s psychologem** či **terapeutem** může přinést emoční úlevu i praktické rady.

Zvládání dvojí stigmatizace

VZDĚLÁVEJTE OKOLÍ

Sdílení základních informací o schizofrenii a poruchách užívání návykových látek s rodinou a přáteli může pomoci **bořit mýty a podpořit pochopení.** Stigma často vychází z neinformovanosti a i malé rozhovory mohou vést k většímu porozumění.

VYHLEDÁVEJTE PROSTŘEDÍ BEZ STIGMATIZACE

Obklopte se **lidmi, kteří skutečně rozumějí vaší situaci**, například v organizacích zaměřených na podporu duševního zdraví či ve specializovaných komunitách. Takové prostředí může **přinést pocit sounáležitosti a přijetí.**

ZAPOJTE SE DO ADVOKAČNÍCH AKTIVIT

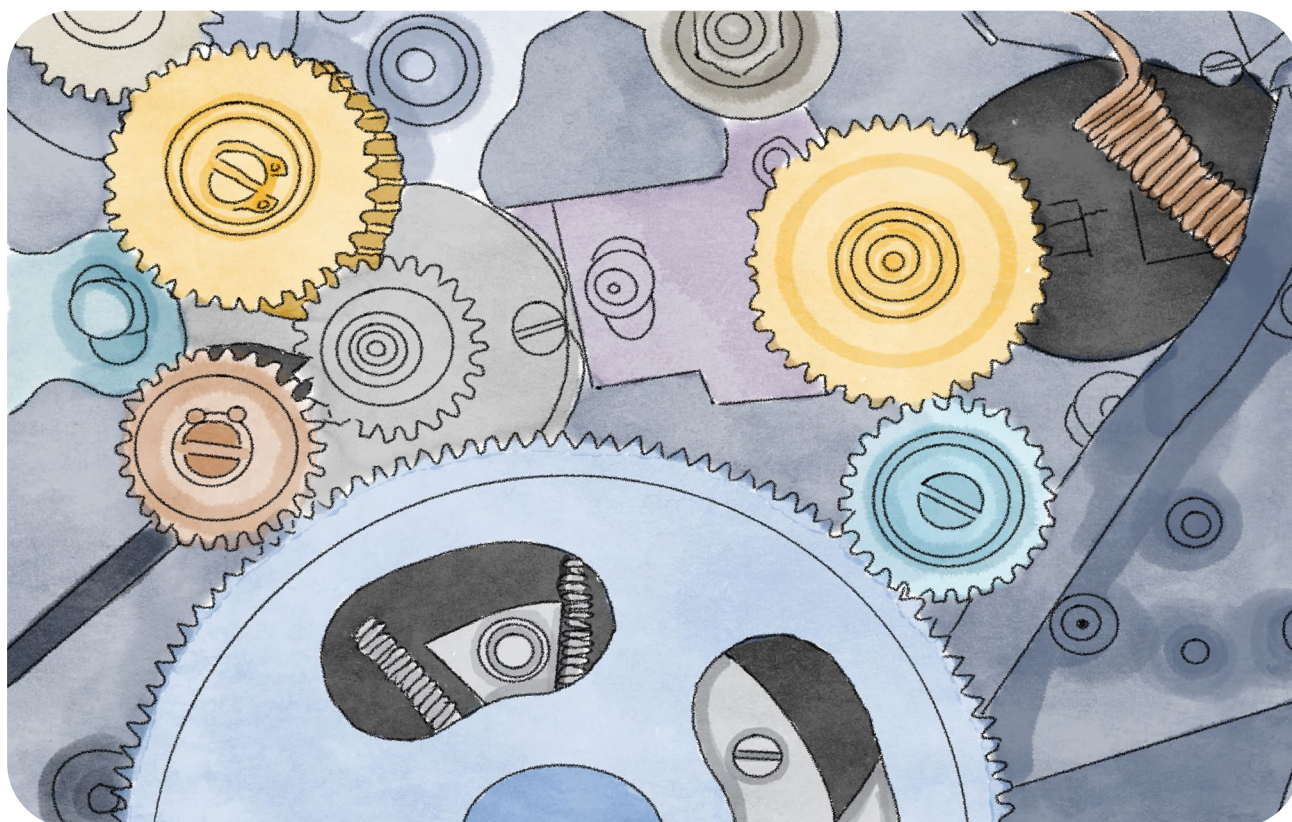
Připojení se k organizacím podporujícím osvětu v oblasti duševního zdraví umožňuje podílet se na **širší společenské diskusi** o stigmatizaci. Může to přinést osobní růst i pocit smysluplnosti.

ZAMĚŘTE SE NA POZITIVNÍ STRÁNKY

Nedopust'te, aby stigma určovalo váš příběh. Soustřed'te se na svou vlastní **sílu** a na **pokroky** svého blízkého. Každý malý krok vpřed – ať už v léčbě, komunikaci nebo osobním rozvoji – si zaslouží **uznání a ocenění**.

“Uvědoměním si sociální izolace a stigmatizace mohou pečující podniknout smysluplné kroky k ochraně vlastního duševního zdraví a pohody, a přitom nadále poskytovat podporu svým blízkým.

9.4

Vyhledávání integrovaných
možností léčby

Zvládání složitosti léčby blízkého člověka se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek může být velmi náročné a často vyvolává u pečujících i rodinných příslušníků pocity nejistoty nebo vyčerpání.

Zde je několik doporučení, která mohou pomoci zvládat tyto výzvy se zaměřením na spolupráci, podporu a péči o sebe:

Vyhledejte integrovaný model péče

Léčba duševních onemocnění a poruch užívání návykových látek je často poskytována odděleně, což může ztěžovat koordinaci péče. **INTEGROVANÁ LÉČBA PROPOJUJE TÝM ODBORNÍKŮ**, například psychiatry, adiktology a terapeutů, kteří současně řeší obě onemocnění.

Tento přístup **SNIŽUJE ZÁTĚŽ PEČUJÍCÍCH**, sjednocuje léčebné postupy a vede k lepším výsledkům léčby.

Pokud je to možné, vyhledejte zdravotnická zařízení nebo programy specializované na **léčbu duálních poruch**. Tyto programy jsou navrženy tak, aby **OBĚ ONEMOCNĚNÍ ŘEŠILY KOMPLEXNĚ** a pomáhaly pacientům směřovat k uzdravení v **strukturovaném a podpůrném prostředí**.

Udržujte otevřenou komunikaci s léčebným týmem

Koordinace mezi zdravotnickými pracovníky nemusí být vždy bezproblémová, ale otevřená komunikace může pomoci vytvořit propojenější a efektivnější přístup k péči.

Kdykoli je to možné, **požádejte poskytovatele péče o sdílení informací nebo o společná setkání** (se souhlasem osoby, která je léčena), aby bylo zajištěno, že všichni postupují podle jednotného léčebného plánu.

Neváhejte:



Požádat o pravidelné informace od lékařů, terapeutů a adiktologů.



Klást otázky k léčebnému plánu, abyste měli jistotu, že zohledňuje obě onemocnění.



Podporovat spolupráci mezi jednotlivými odborníky.

9.5

Rovnováha mezi péčí o druhé a vlastní pohodou



Vyvažování péče o blízkého člověka se schizofrenií a souběžnou poruchou užívání návykových látek s péčí o vlastní duševní a fyzickou pohodu může být pro rodinné příslušníky velmi náročné.

Pečující by měli volit **strategie, které podporují** jak jejich vlastní zdraví, tak léčebné potřeby jejich blízkého.

I když to není nikdy jednoduché, **NALEZENÍ ROVNOVÁHY**, která bude fungovat pro pečujícího i pro osobu, o kterou je pečováno, je klíčem k dlouhodobé pohodě všech zúčastněných.

Upřednostněte péči o sebe

Pro pečující může být snadné **zanedbávat vlastní zdraví** a pohodu, zejména při péči o blízkého s komplexními potřebami.

Udržování vlastního fyzického i duševního zdraví je však zásadní pro poskytování kvalitní péče. Pečující by si měli vědomě **plánovat čas pro sebe**, i kdyby šlo jen o krátké přestávky, pohyb, procházku nebo koníčky, které podporují odpočinek a regeneraci.

“Studie ukazují, že pečující, kteří pravidelně dbají o self-care, zvládají lépe emoční i fyzickou zátěž spojenou s péčí o blízkého.

Může být také užitečné **vyhledat pro sebe terapii nebo poradenství**, protože zvládání emoční zátěže spojené s péčí může být velmi náročné.

Je důležité si uvědomit, že **požádat o pomoc není známkou slabosti**. Podpora není určena jen pro člověka v léčbě, ale také pro pečující.

Stanovte si hranice a realistická očekávání

Pečující by si měli **NASTAVIT REALISTICKÁ OČEKÁVÁNÍ** vůči sobě i svému blízkému. Je důležité přijmout, že pokrok v léčbě může být pomalý a že mohou nastat i zhoršení či relapsy.

Stanovení přiměřených hranic a schopnost říci „ne“ nebo požádat o pomoc jsou zásadní pro udržení rovnováhy.

Díky nastavení zvládnutelných cílů v osobním životě i v péči mohou pečující předejít pocitu přetížení.

Vytvořte si podpůrnou síť

Silná **PODPŮRNÁ SÍŤ ODBORNÍKŮ**, rodinných příslušníků a lidí se sdílenou zkušeností může mít zásadní význam.

Pečující by měli vyhledat **podpůrné skupiny** nebo online komunity, kde se mohou spojit s lidmi v podobné situaci. Tyto skupiny poskytují nejen emoční podporu, ale také praktické rady, jak zvládat stres spojený s péčí, který často souvisí s vyhořením a psychickou zátěží.

Neváhejte se také **obrátit na odborníky v oblasti duševního zdraví** a informovat se o dostupných službách a zdrojích podpory ve vašem okolí.



Péče o člena rodiny se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek je sice projevem lásky a oddanosti, zároveň je však fyzicky i psychicky velmi náročná a může významně ovlivnit duševní i tělesnou pohodu pečujícího, a to až do stádia vyhoření.

Včasné rozpoznání varovných příznaků a aktivní kroky ke zvládnání stresu jsou zásadní jak pro zdraví pečujícího, tak pro kvalitu péče, kterou poskytuje.

214

Rozpoznání vyhoření u pečujících

Vyhoření pečujících se rozvíjí postupně a často zůstává bez povšimnutí, dokud výrazně nezasáhne do každodenního života. Mezi nejčastější příznaky patří:

-  Neustálé vyčerpání
-  Emoční otupělost nebo odtažitost
-  Zvýšená podrážděnost a výkyvy nálad
-  Pocity viny nebo nedostatečnosti
-  Zanedbávání vlastních potřeb
-  Omezení sociálních kontaktů
-  Kognitivní potíže
-  Fyzické projevy stresu

NEUSTÁLÉ VYČERPÁNÍ

Jedním z nejčastějších příznaků vyhoření je trvalá únava. Pečující se mohou **cítit fyzicky vyčerpání i po dostatečném odpočinku**, často se přidružují i poruchy spánku.

EMOČNÍ OTUPĚLOST NEBO ODTAŽITOST

Pečující mohou pociťovat **apatii nebo emoční odstup** od svého blízkého, mít pocit, že už nedokážou poskytovat stejnou úroveň péče jako dříve. Tento odstup se někdy může projevit i jako pocit prázdnoty nebo emoční otupělosti.

ZVÝŠENÁ PODRÁŽDĚNOST A VÝKYVY NÁLAD

Podrážděnost, frustrace či časté změny nálady mohou také signalizovat vyhoření. Pečující pod tlakem mohou **reagovat přehnaně a podrážděně i na drobné podněty** nebo každodenní komplikace.

POCITY VINY NEBO NEDOSTATEČNOSTI

Časté jsou pocity, že „nedělají dost“, případně obviňování sebe sama. Tento **pocit nedostatečnosti** může snižovat sebevědomí a dále přispívat k rozvoji vyhoření.

ZANEDBÁVÁNÍ VLASTNÍCH POTŘEB

Typickým znakem vyhoření je **postupné opomíjení vlastních potřeb** - vynechávání jídel, zanedbávání osobní hygieny nebo rezignace na aktivity, které dříve přinášely radost.

OMEZENÍ SOCIÁLNÍCH KONTAKTŮ

Kvůli stresu nebo nedostatku energie se pečující mohou **izolovat od přátel a**

rodiny. Tato izolace může prohlubovat pocity osamělosti a zhoršovat psychickou pohodu.

KOGNITIVNÍ POTÍŽE

Vyhoření může **negativně ovlivnit kognitivní funkce**, což se projevuje potížemi se soustředěním, rozhodováním nebo pamětí.

FYZICKÉ PROJEVY STRESU

Chronický stres spojený s péčí může vést k **fyzickým projevům**, jako jsou bolesti hlavy, zažívací potíže, vysoký krevní tlak nebo zvýšená náchylnost k onemocněním.

Včasné rozpoznání těchto příznaků umožňuje pečujícím zasáhnout dříve, než vyhoření způsobí závažnější psychické či fyzické komplikace.

Jak stres pečujícího ovlivňuje zotavení blízkého člověka

Stres pečujícího neovlivňuje pouze jeho samotného – může mít dopad i na průběh zotavování blízkého se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek.

Když jsou pečující vyčerpaní nebo emočně vyhořelí, mohou být více kritičtí či podráždění. Neúmyslně tak mohou vyjadřovat negativitu, která zvyšuje stres jejich blízkého a ztěžuje proces zotavení.

Mezi časté reakce pečujících patří například:

- Připisování všech obtíží **užívání návykových látek.**
- **Přeceňování míry kontroly**, kterou

má jejich blízký nad svými příznaky.

- **Snížená empatie** v důsledku frustrace a únavy.

Tato emoční zátěž může vést k častějším konfliktům, pocitům studu u osoby v péči a dokonce i ke zvýšenému riziku relapsu.

Pečující proto potřebují podporu, aby dokázali udržet stabilní a zdravé prostředí jak pro sebe, tak pro své blízké.

Prevence a zvládnání vyhoření pečujících

Přestože je péče náročná, existuje několik strategií, které mohou pomoci vyhoření předcházet nebo jej zvládat:



Včas rozpoznat příznaky vyhoření



Aktivně se věnovat self-care



Vyhledávat sociální podporu



Nastavit realistická očekávání a hranice



Zvážit odbornou pomoc pro pečujícího



Využívat odlehčovací služby (respiti péči)



Zapojit se do rodinných psychoedukačních programů

VČAS ROZPOZNEJTE PŘÍZNAKY VYHOŘENÍ

Pozornost je prvním krokem k řešení vyhoření.

Studie ukazují, že pečující, kteří dokážou vyhoření rozpoznat v rané fázi, častěji vyhledají pomoc dříve, než se situace stane neúnosnou.

VĚNUJTE SE SELF-CARE

Pravidelný pohyb, vyvážená strava a relaxační aktivity (například meditace nebo dechová cvičení) pomáhají udržovat psychickou i fyzickou pohodu. I malé, ale pravidelné kroky v oblasti self-care mohou mít významný dopad.

VYHLEDEJTE SOCIÁLNÍ PODPORU

Spojení s lidmi, kteří situaci rozumějí, například prostřednictvím podpurných skupin pro pečující, online fór nebo důvěryhodných přátel, může přinést emoční úlevu i praktické rady.

NASTAVTE REALISTICKÁ OČEKÁVÁNÍ A HRANICE

Uvědomění si vlastních limitů a nastavení hranic v pečovatelských povinnostech pomáhá předcházet vyhoření. Otevřená komunikace o svých potřebách a včasná žádost o pomoc může dlouhodobě snížit stres.

ZVAŽTE ODBORNOU PODPORU

Vyhledání odborné pomoci pro vlastní duševní zdraví, například formou poradenství či psychoterapie (např. kognitivně-behaviorální

terapie), může pomoci zvládat úzkost, stres a emoční zátěž. Konzultace s pracovníky v sociálních službách může také ulevit od organizační a administrativní zátěže.

VYUŽÍVEJTE ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Pečující by se neměli obávat dopřát si přestávku. Využití odlehčovací péče, kdy dočasně převezme péči vyškolený odborník, umožňuje načerpat nové síly a vrátit se ke své roli s obnovenou energií.

ZAPOJTE SE DO RODINNÝCH PSYCHOEDUKAČNÍCH PROGRAMŮ

Tyto programy poskytují důležité informace, strategie zvládání i emoční podporu a pomáhají jak pečujícím, tak jejich blízkým lépe zvládat výzvy spojené se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek.

Péče o blízkého je náročná zodpovědnost, ale neměla by být na úkor zdraví pečujícího.

Včasným rozpoznáním příznaků vyhoření, vyhledáním podpory a upřednostněním péče o sebe mohou pečující chránit své vlastní zdraví.

*Je důležité si připomenout, že **péče o sebe sama není luxus – je to nezbytnost** pro pohodu pečujícího i pro schopnost poskytovat kvalitní péči.*

Reference:

- Vadher S, Desai R, Panchal B, Vala A, Ratnani IJ, Rupani MP, et al. Burden of care in caregivers of patients with alcohol use disorder and schizophrenia and its association with anxiety, depression and quality of life. *General Psychiatry* [Internet]. 2020 Jun;33(4):e100215. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32656497/>
- 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. *Annals of General Psychiatry* [Internet]. 2024 Oct 30;23(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11526640/>
- Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, et al. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 Apr 3;4(4). Available from: http://www.cochrane.org/CD009922/SCHIZ_de-escalation-techniques-psychosis-induced-aggression-or-agitation
- Yule A, Kelly J. Integrating Treatment for Co-Occurring Mental Health Conditions. *Alcohol Research: Current Reviews* [Internet]. 2019;40(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6799972/>
- Chien WT, Clifton AV, Zhao S, Lui S. Peer support for people with schizophrenia or other serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2019 Apr 4;4(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30946482/>
- Sampogna G, Brohan E, Luciano M, Chowdhary N, Fiorillo A. Psychosocial interventions for carers of people with severe mental and substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry* [Internet]. 2023 Nov 24;66(1):1–75. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37997647/>
- Hobern B, Carrotte ER, Rehm IC, Blanchard M, Groot C. Stigma Towards People Living with Co-occurring Schizophrenia Spectrum and Substance Use Disorders: A Scoping Review. *International journal of mental health and addiction* [Internet]. 2024 Jun 27; Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2025-00783-001>
- Joo JH, Bone L, Forte J, Kirley E, Lynch T, Aboumatar H. The Benefits and Challenges of Established Peer Support Programmes for patients, Informal caregivers, and Healthcare Providers. *Family Practice* [Internet]. 2022 Feb 1;39(5):903–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9508871/>
- Stuart H. Reducing the stigma of mental illness. *Global Mental Health* [Internet]. 2016 May 10;3(17). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5314742/#ref8>
- Gaudreault K, Tremblay J, Bertrand K. The needs of carers who support people living with schizophrenia and a substance use disorder: a multiperspective evaluation. *Advances in dual diagnosis* [Internet]. 2024 Jan 2;17(1). Available from: <https://www.emerald.com/add/article-abstract/17/1/14/1219100/The-needs-of-carers-who-support-people-living-with?redirectedFrom=PDF>
- 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. *Schizophrenia Bulletin* [Internet]. 2024 Jun 28; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38938221/>
- Tessier A, Roger K, Gregoire A, Desnavailles P, Misdrahi D. Family psychoeducation to improve outcome in caregivers and patients with schizophrenia: a randomized clinical trial. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2023 Jun 23;14. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37426102/>
- Kokurcan, A, Yilmaz Özpölat AG, Göğüş AK. Burnout in caregivers of patients with schizophrenia. *TURKISH JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES* [Internet]. 2015 [cited 2020 Nov 26];45(3):678–85. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26281339/>
- Olindah Silaule, Daleen Casteleijn, Adams F, Nokuthula Nkosi. Strategies to alleviate the burden experienced by informal caregivers of persons with severe mental disorders in developing countries: a scoping review (Preprint). *Interactive journal of medical research* [Internet]. 2023 Apr 29;13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10835589/>

V kapitole 10 najdete

V této kapitole najdete příběhy vycházející ze skutečných zkušeností lidí, kteří žijí se schizofrenií a poruchami užívání návykových látek. Ukazuje jejich obtíže, zlomové okamžiky i cestu k uzdravení. Tyto osobní příběhy nabízejí cenný vhled do samotného onemocnění, možností léčby i do zásadní role rodinné podpory v procesu zotavení.



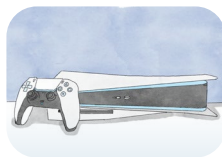
10.1

Michaelův příběh: Každý malý pokrok je vítězstvím



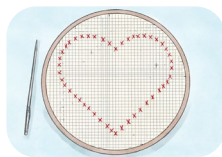
10.2

Alexův příběh: Včasný zásah



10.3

Davidův příběh: Cesta síly a naděje



10.4

Sáry příběh: Cokoliv pro mou dceru





Fakta:

Společná cesta. Zotavení se ze schizofrenie a poruchy užívání návykových látek je společnou cestou. Když zdravotníci, pečující a pacienti spolupracují, může dojít k opravdovému a smysluplnému pokroku.

Více než jen medikace. Léčba není jen o lécích. Komplexní přístup, zahrnující antipsychotickou léčbu, psychoterapii, podporu rodiny a úpravu životního stylu, vytváří nejlepší podmínky pro uzdravení.

Nezdary nejsou selháním. Zotavení není lineární proces. K relapsům může dojít, jsou součástí cesty. Trpělivost, vytrvalost a vhodné úpravy léčby pomáhají vydat se znovu správným směrem.

Podpora rodiny má zásadní význam. Pečující nejsou pasivními pozorovateli, jsou významnými pilíři v procesu zotavení. Vzdělání, porozumění a strukturovaná podpora v domácím prostředí mohou zásadně změnit život.



Třicetiletý Michael se již od dětství potýkal s obtížemi v sociálních interakcích. Lidé z jeho blízkého okolí si zpětně vybavovali nenápadné projevy neobvyklého chování a potíže navazovat vztahy s ostatními, což mohlo naznačovat časně příznaky jeho onemocnění.

Jako dospívající nacházel útěchu v umění a hudbě, ale zároveň začal užívat drogy, především konopí a amfetaminy. Tyto látky pro něj **představovaly způsob, jak zvládat stres a emoce**, se kterými si nevěděl rady. Postupně se však užívání stalo návykem, který už nedokázal kontrolovat.

Boj se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek

Ve 23 letech prodělal Michael svou **první psychotickou epizodu**. Jeho rodina byla zděšená. Začal slyšet hlasy a byl přesvědčený, že ho někdo sleduje. Prožíval silný strach a intenzivní úzkost. Zpočátku lékaři uvažovali o psychóze vyvolané užíváním návykových látek, ale jak čas plynul, **příznaky přetrvávaly**. Tehdy mu byla stanovena diagnóza **schizofrenie**. Následující roky se nesly v opakujících se **cyklech** - medikace, terapie, období zlepšení a poté relaps. **Celou situaci ještě více komplikovala kombinace schizofrenie a poruchy užívání návykových látek**. Navzdory dlouholeté léčbě různými léky se nadále potýkal s přetrvávajícími příznaky, jako

byly sluchové halucinace a paranoia. Pravidelné užívání medikace pro něj bylo obtížné. Rodina ho často nacházela **izolovaného v bytě, mezi nepořádkem a odtrženého** od reality. Jindy na několik dní zmizel, což jeho matku Marii a sestru Anu naplňovalo obavami. Měly strach o jeho bezpečí i budoucnost, přesto však nikdy nepřestaly věřit, že se situace může zlepšit.

Jedné noci byl po těžké epizodě převezen do nemocnice. Ana a Maria seděly v čekárně – vyčerpané a plné strachu.

„Udělal jste všechno, co se dalo. Co když se nikdy nezlepší?“

zašeptala Maria.

Michaelova psychiatrička, doktorka Lara, je přivítala klidným a uklidňujícím hlasem. „Neléčíme jen schizofrenii,“ vysvětlila.

„Musíme se zaměřit také na užívání návykových látek a na kognitivní obtíže. Je to citlivá rovnováha, ale touto cestou půjdeme společně.“

Pak dodala:

„Potřebuje správnou léčbu – a potřebuje i vás.“

Zlomový okamžik: léčebný plán na míru

Doktorka Lara, odhodlaná najít účinnější přístup, se rozhodla nasadit nové antipsychotikum, které lépe odpovídalo Michaelovým potřebám – lék, jenž vykazoval slibné výsledky **jak v léčbě schizofrenie, tak poruchy užívání návykových látek.**

Ana a Maria chtěly vědět, jak mohou Michaelovi **pomoci dodržovat léčbu** a jak doma vytvořit strukturované a stabilní prostředí, které by jeho léčbu podpořilo.

Aby maximalizovala Michaelovu šanci na zlepšení, sestavila doktorka Lara **multidisciplinární tým** zahrnující psychoterapeuta, adiktologa a specialistu na kognitivní rehabilitaci.

„Léčba musí přesahovat samotné podávání léků. Musíme se zaměřit na všechny propojené aspekty Michaelova onemocnění,“

vysvětlila doktorka Lara.

Budování partnerství mezi pečujícími a odborníky

Ana se ujala iniciativy a začala navštěvovat rodinné edukační programy, kde se dozvěděla více o složitosti schizofrenie a poruchy užívání návykových látek i o zásadní roli pečujících.

Tato setkání jí pomohla rozpoznat **časné varovné příznaky relapsu a osvojit si strategie**, jak Michaela citlivě **směřovat k zdravějším způsobům zvládnání obtíží.**

Maria se mezitím zaměřila na **vytvoření strukturovaného denního režimu.**

Jednoduché kroky, jako pravidelné společné jídlo, zapojení Michaela do drobných domácích činností a krátké procházky se staly součástí jeho rehabilitace.

Ana i Maria se také připojily k **podpůrným skupinám pro rodiny** lidí se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek. Sdílením zkušeností tam získaly povzbuzení a úlevu.

„Vaše role je zásadní,“ připomínala jim často doktorka Lara.

„Léky mohou stabilizovat příznaky, ale stabilní a chápatící prostředí je to, co dlouhodobě napomáhá zotavení.“

Překážky na cestě

Cesta nebyla ani zdaleka hladká. V jednu chvíli Michael vynechal kontrolní vyšetření a došlo k relapsu, který spustilo pití alkoholu na oslavě u kamaráda. Maria tu noc plakala, protože se bála, že jsou zase na úplném začátku. Byla to tvrdá připomínka toho, **jak křehké zotavení může být.**

Doktorka Lara jim však připomněla, že **nezdary jsou součástí procesu.**

„Tohle není selhání,“

řekla.

„Je to lekce.“

Farmakologická léčba byla upravena a současně byly posíleny psychosociální intervence.

Michael se vrátil k pravidelným terapeutickým sezením a Ana spolupracovala s poradcem na tom, aby citlivě omezili Michaelovo vystavování se prostředí, které by ho mohlo znovu svádět k užívání návykových látek.

Malé kroky k uzdravení

Po několika měsících se **společné úsilí**

začalo projevovat hmatatelnými výsledky.

Michaelovy psychotické epizody se zmírnily

– jak jejich četnost, tak intenzita.

Zlepšily se také jeho kognitivní funkce,

což mu umožnilo lépe se zapojovat

do rozhovorů a dokonce nastoupit na

částečný úvazek do místní knihovny.

I jeho užívání návykových látek výrazně

pokleslo díky **pravidelné terapii** a

neochvějně podpoře jeho rodiny.

Maria to vystihla nejlépe:

„Je to, jako bychom Michaela pomalu získávali zpět. Vyžaduje to trpělivost, ale každý malý krok je vítězstvím.“



Závěrečná úvaha

„Uzdravení není o dokonalosti, ale o pokroku,“ říkala vždy doktorka Lara. A den za dnem, krok za krokem, se Michael přibližoval ke stabilitě – jako důkaz síly spolupráce mezi jeho lékařským týmem a rodinou.

Michaelův příběh je výzvou pro všechny pečující: vaše oddanost a láska mohou proměnit to, co se zdá nemožné, ve skutečnost. Díky vytrvalosti, spolupráci a správně nastavené léčbě je možné dosáhnout uzdravení i v těch nejsložitějších případech schizofrenie a poruch užívání návykových látek.

10.2

Alexův příběh:
Včasný zásah

226



Jednatřicetiletý Alex čelil
duševním obtížím, kterých si jeho
rodina zpočátku nevšimla.

Obavy se objevily, když se začal **stahovat** sám do sebe, **vyhýbal se** přátelům a rodině a sdílel přesvědčení, která působila **nezvykle**. Slyšel hlasy, které ostatní neslyšeli, měl silné paranoidní obavy, že ho sledují cizí lidé, a byl přesvědčen, že jeho telefon je používán ke špehování. Dokonce měl pocit, že vzduch kolem něj je kontaminovaný.

Na doporučení rodiny se Alex se svými potížemi svěřil praktickému lékaři, který ho okamžitě odeslal do nemocnice k odbornému psychiatrickému vyšetření a následné léčbě.

Pochopení diagnózy

V nemocnici Alex otevřeně popsal závažnost svých prožitků. Vysvětlil, že **úzkost, paranoia a halucinace** mu znemožňovaly spánek. Přestal kouřit, protože se obával, že jsou cigarety otrávené.

Nespavost, zmatenost a neustálé napětí svědčily o hloubce jeho utrpení.

Zpočátku se domníval, že jeho obtíže souvisejí s nedávným užíváním návykových látek, pervitinu, kokainu a alkoholu během tzv. „chemsex“ setkání. Jeho partner si však všiml, že i v období, kdy žádné látky neužíval, přetrvávaly paranoidní myšlenky a bludy, což naznačovalo přítomnost **duševního onemocnění**.

Po důkladném vyšetření byla Alexovi stanovena diagnóza *schizofrenie komplikovaná poruchou užívání návykových látek*. Jeho anamnéza HIV

infekce a **dalších zdravotních obtíží činila celý případ obzvlášť komplikovaným**.

Komplexní léčebný plán

Alex byl přijat na psychiatrické oddělení, kde pro něj multidisciplinární tým specialistů vytvořil **individuální léčebný plán**.

Přístup byl komplexní a zaměřoval se **jak na příznaky schizofrenie, tak na poruchu užívání návykových látek**.

Farmakoterapie: Alex zahájil *léčbu antipsychotiky*. **Dávkování bylo pečlivě upravováno** tak, aby se minimalizovalo riziko nežádoucích účinků a zároveň byla zajištěna dostatečná účinnost léčby.

Terapie a psychoedukace:

Nefarmakologické intervence **doplňovaly medikamentózní léčbu**.

Alex i jeho rodina se účastnili *psychoedukačních sezení*, aby **získali** více informací o schizofrenii a poruše užívání návykových látek, **rozpoznávali spouštěče a budovali zdravé zvládací strategie**. *Kognitivně-behaviorální terapie (KBT)* pomáhala Alexovi lépe zvládat paranoii a bludy, zatímco *motivační rozhovory* podporovaly jeho snahu ke snížení užívání návykových látek.

Namísto požadavku na okamžitou abstinenci se pečující tým **zaměřil na strategie harm reduction (minimalizace rizik)**, které Alexovi umožnily dělat malé, ale smysluplné kroky směrem ke stabilitě.

Podpora fyzického zdraví:

Důležitou součástí léčby byla také péče o Alexovo fyzické zdraví. Do léčebného plánu bylo zahrnuto **nutriční poradenství, strategie zaměřené na spánkovou hygienu i pravidelné sledování a léčba HIV infekce**, aby byla podpořena jeho celková kondice a stabilita.

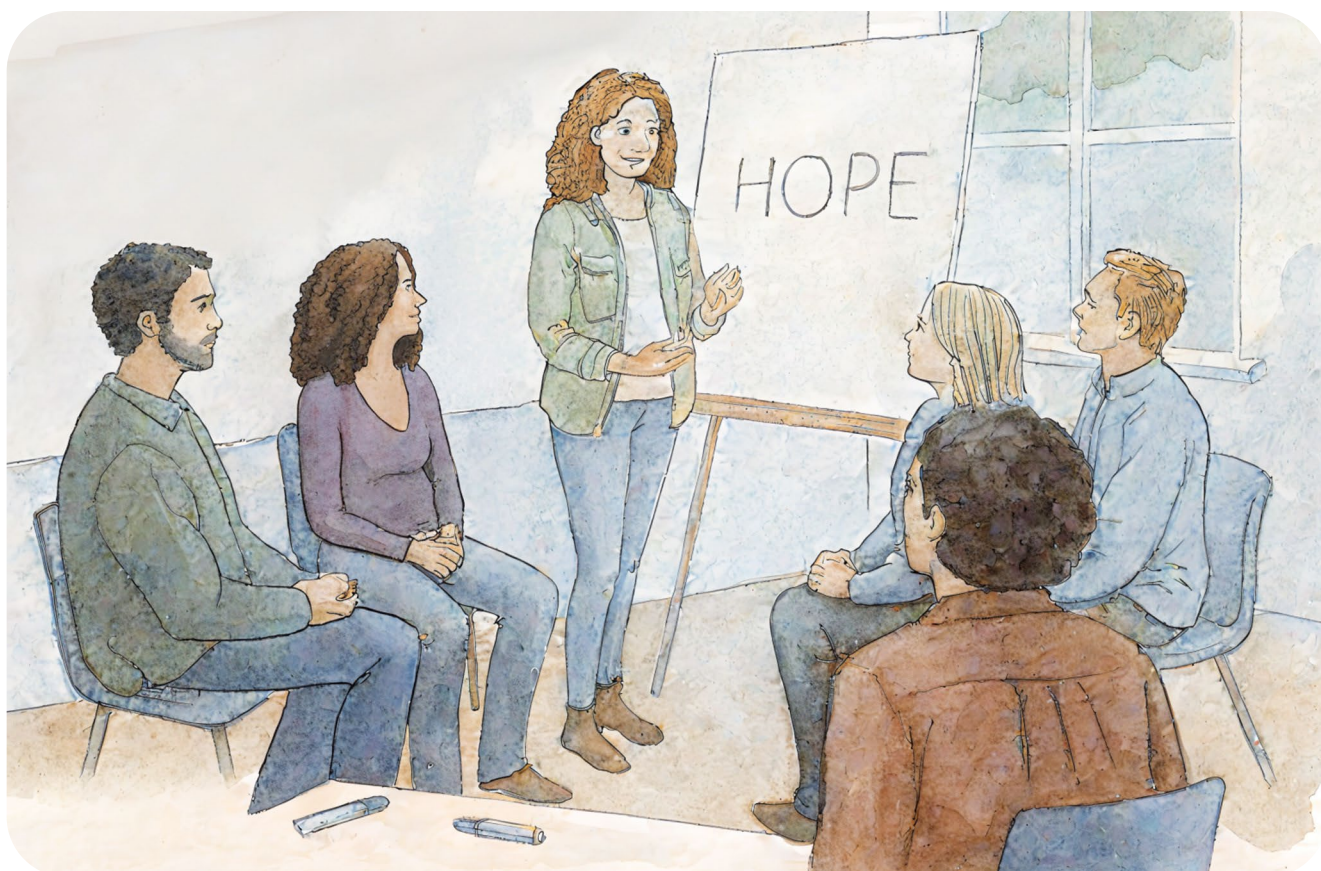
Známky pokroku

Zotavení se obvykle projevuje postupně

a u Alexe se první známky zlepšení objevily už během prvního týdne hospitalizace. Úzkost polevila, hlasy zesláblly a bludy o otravě cigaret a sledování začaly ustupovat.

Ve druhém týdnu uvedl, že spí klidněji – což představovalo významný průlom v jeho léčbě. Během následujícího měsíce se jeho myšlení vyjasnilo a začal se aktivněji zapojovat do terapie.

Po dvou měsících dosáhl Alex výrazného pokroku. Přestože se občas objevily vtíravé myšlenky, naučil se s nimi pracovat. Jeho bludy byly výrazně zmírněny a co je důležité, **začal pociťovat rostoucí naději a optimismus ohledně svého života a budoucnosti.**



Význam rodinné podpory

Alexův příběh ukazuje, jak zásadní roli hraje rodina a sociální podpora při zvládnutí schizofrenie i poruchy užívání návykových látek.

Rozhodnutí jeho rodiny **vyhledat pomoc včas** mělo obrovský význam. Během hospitalizace se **aktivně zapojili do rodinné terapie**, kde se učili, jak vytvořit podpůrné a stabilní domácí prostředí. Jejich zapojení **posílilo vzájemnou důvěru a vytvořilo pevný základ** pro Alexovo další zotavení.

Stejně důležitá byla i oddanost jeho léčebného týmu. K Alexovým komplexním potřebám přistupovali s **empatií a vytrvalostí** a léčbu průběžně upravovali podle jeho pokroku.

Klíčová poučení z Alexova příběhu

VČASNÁ POMOC ZVYŠUJE ŠANCI NA ZOTAVENÍ

Včasná diagnostika a zahájení léčby mohou výrazně zlepšit prognózu u lidí se schizofrenií a poruchou užívání návykových látek.

HOLISTICKÁ PÉČE JE NEZBYTNÁ

Současné řešení psychiatrických obtíží, závislosti i fyzického zdraví vede k účinnějšímu a trvalejšímu zotavení.

RODINNÁ A SOCIÁLNÍ PODPORA MÁ ZÁSADNÍ VÝZNAM

Zapojení blízkých přináší motivaci, stabilitu a povzbuzení během celého procesu uzdravování.

INTEGROVANÁ LÉČBA PŘINÁŠÍ NEJLEPŠÍ VÝSLEDKY

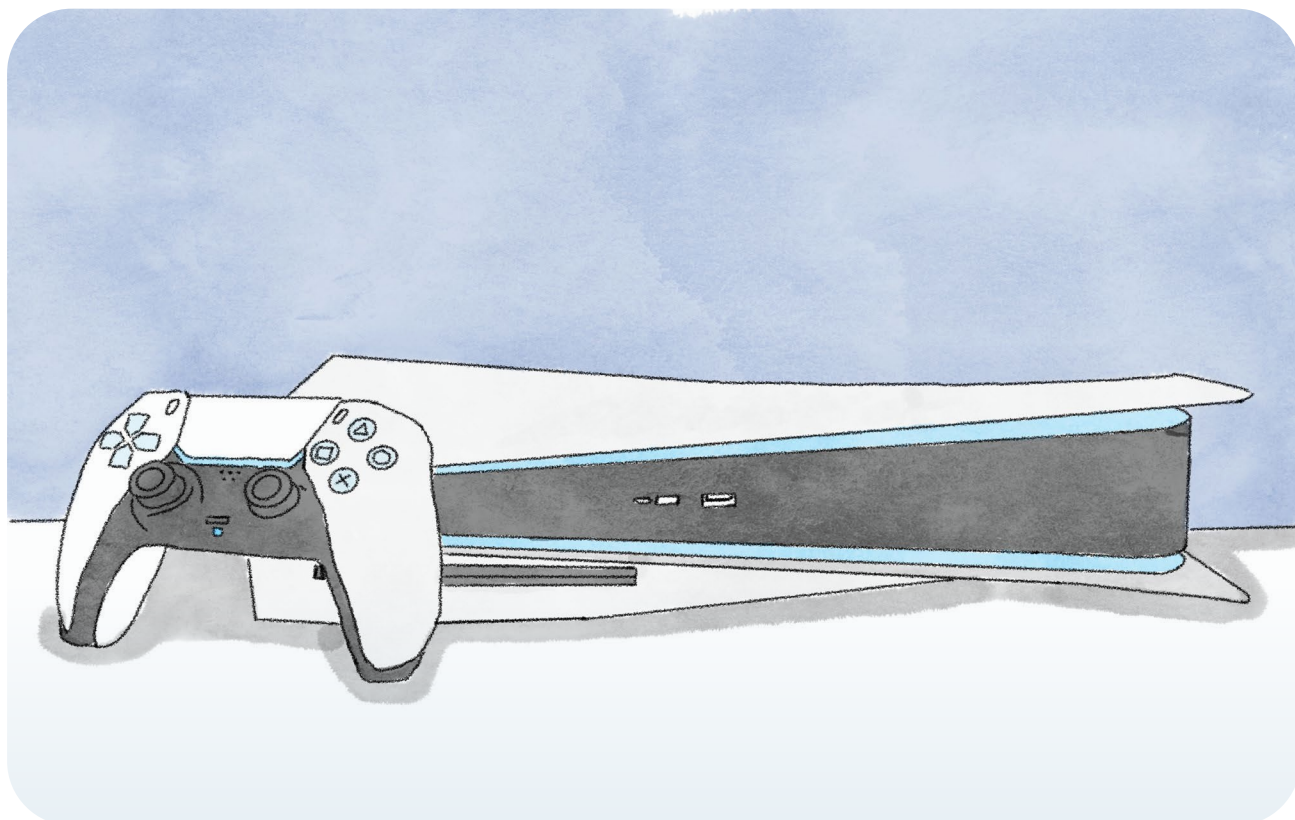
Kombinace farmakoterapie, psychoterapie a úpravy životního stylu vytváří nejúčinnější cestu k zotavení.

Alexův příběh nám připomíná, že i tváří v tvář složitým výzvam, jako je schizofrenie a porucha užívání návykových látek, je zotavení možné. S empatií, individuálně nastavenou péčí a trvalou podporou blízkých i zdravotnických odborníků mohou lidé jako Alex nacházet naději a krok za krokem znovu budovat svůj život.

10.3

Davidův příběh:
Cesta síly a naděje

230



V pouhých třidvaceti letech se David ocitl tváří v tvář náročné kombinaci závažných psychotických příznaků a intenzivního užívání konopí.

David žil s rodiči a mladším bratrem a většinu času trávil stažený do sebe, **odříznutý** od okolního světa. **Úlevu hledal především v užívání konopí a hraní videoher.**

Ačkoli se v jeho rodině schizofrenie nevyskytovala, už v dětství se u něj objevovaly **známky sociální úzkosti a potíží navazovat vztahy.** Tyto obtíže se postupně prohloubily a vyústily v plně rozvinutou psychotickou epizodu.

První epizoda, vyvolaná užíváním konopí, vedla k čtyřicetidenní hospitalizaci. Davidovi byla diagnostikována psychotická porucha ze spektra schizofrenie a současně problémové užívání konopí. Jeho léčebná cesta byla plná **povzbudivých pokroků, ale i obtížných období relapsu.**

První kroky v léčbě

Zpočátku se léčba zaměřila na **zmírnění pozitivních příznaků**, jako byly bludy a halucinace, které na medikaci reagovaly poměrně dobře. Negativní příznaky, například **ztráta motivace a apatie, však přetrvávaly.**

David se cítil stigmatizovaný a rozhodl se **léky předčasně vysadit.** To vedlo k **rychlému relapsu**, návratu psychotických příznaků a zvýšenému užívání konopí.

Tato raná fáze jeho léčby ukázala, jak obtížné je zvládat současně duševní onemocnění i závislost. Zároveň potvrdila, **jak zásadní je trvalá podpora jak ze strany zdravotníků, tak blízkých lidí.**

ZMĚNA SMĚRU

Po návratu do léčby se Davidův stav nadále zhoršoval. Přetrvávaly bludy, halucinace i sociální izolace a přidala se silná touha po konopí.

Počáteční léčba přinesla jen **částečné zlepšení** pozitivních příznaků, navíc byla **zatížena vedlejšími účinky**, což si vyžádalo změnu léčebného postupu.

Byla zavedena nová farmakologická strategie s **postupným přechodem mezi léky.**

Během několika týdnů se zmírnily jak pozitivní, tak negativní příznaky, a částečně ustoupilo i nutkání užívat konopí. Jeho pokrok nebyl vždy plynulý, ale díky vytrvalosti se mu podařilo abstinovat od konopí po dobu dvou měsíců. Ve čtvrtém měsíci léčby začal částečně fungovat v běžném životě a nakonec nastoupil do zaměstnání.

Výzva jménem stigma

Navzdory zlepšení příznaků David dlouhodobě **odmítal nefarmakologické intervence kvůli stigmatu** spojenému s léčbou duševního onemocnění. Tato rezistence omezovala možnosti řešit hlubší sociální a psychologické obtíže a zdůraznila, jak **důležité je destigmatizovat péči o duševní zdraví.**

Naštěstí jeho **rodina sehrála v jeho zotavování klíčovou roli a poskytovala mu jak emoční, tak praktickou podporu.** Její zapojení pomáhalo kompenzovat jeho omezenou účast na

odborných psychosociálních intervencích, i když taková podpora bohužel není v podobných případech vždy samozřejmostí.

LEKCE ODOLNOSTI

Davidův příběh, přestože nakonec přináší povzbudivé výsledky, odráží **složitou a často nepředvídatelnou cestu léčby poruch ze schizofrenního spektra se současným užíváním návykových látek.**

Účinnost léčby se může u každého člověka výrazně lišit a k relapsům může dojít i ve chvíli, kdy se zdá, že pokrok je slibný.

Davidův příběh nám připomíná, že **individuálně nastavený přístup**, který kombinuje farmakologickou léčbu, psychoterapii a podporu rodiny, bývá nejučinnější cestou vpřed.

Zároveň zdůrazňuje, jak **důležité je**

odbourávat stigma, aby se lidé čelící

podobným výzvam cítili dostatečně bezpečně

a vyhledali pomoc bez obav z odsouzení.

Zotavení není přímá cesta – vyžaduje

odolnost, trpělivost a pružnou

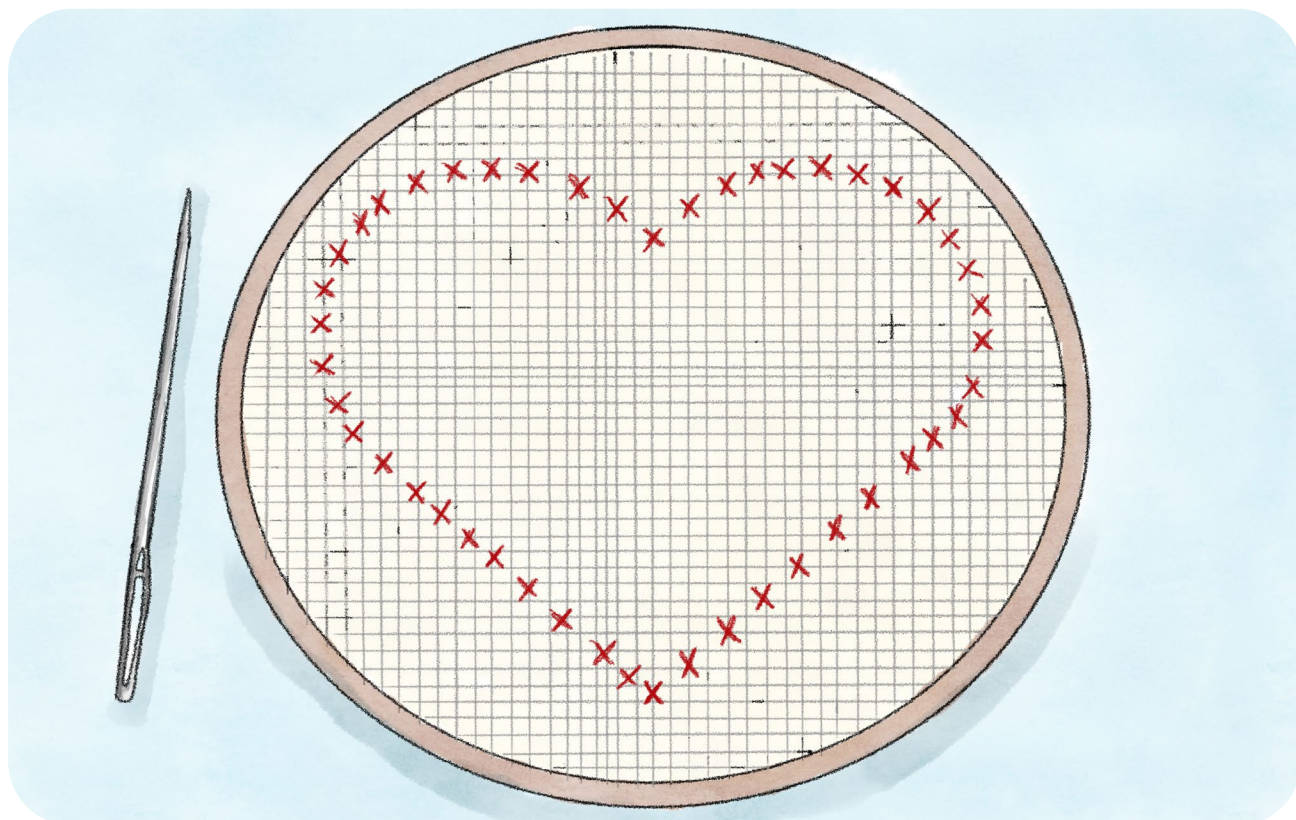
podporu. Vaše láska a podpora jsou

na této cestě nenahraditelné.



10.4

Sářin příběh: Cokoliv pro mou dceru



Sára, šestatřicetiletá svobodná matka,
byla vždy milující a oddanou pečovatelkou
o svou čtrnáctiletou dceru Emmu.

Výzvy spojené s globální pandemií však Sáře způsobily **nečekané obtíže v oblasti duševního zdraví**. Už dříve měla sklony k úzkosti, a proto **začala užívat konopí**, aby dostala stres pod kontrolu. Aniž by si to uvědomovala, **zhoršila si tím skryté psychické onemocnění**. Postupně se šepoty v její mysli změnil v neustálé hlasy a bludné přesvědčení se prohlubovalo, což vedlo k **čím dál nepředvídatelnějšímu a znepokojivému chování**.

Zlom nastal během návštěvy supermarketu, kde Sára vyvolala veřejné pozdvižení. Tato událost vedla k jejímu přijetí na psychiatrické oddělení k hospitalizaci.

Příznaky a diagnóza

Při přijetí do nemocnice vykazovala Sára **závažné příznaky**, jako například:

- sluchové halucinace nabádající k nebezpečnému jednání
- perzekuční bludy, kvůli nimž měla pocit, že je neustále sledována a ohrožována
- intenzivní úzkost a neklid
- epizody agresivity

Její **užívání konopí, které původně mělo sloužit jako způsob zvládnání stresu**, pravděpodobně její stav dále zhoršilo. Ošetřující

tým provedl komplexní vyšetření, včetně zhodnocení její psychiatrické anamnézy, vzorců užívání návykových látek a sociální situace.

Toto podrobné posouzení umožnilo stanovit diagnózu **schizofrenie a poruchy užívání konopí** a vytvořit **komplexní léčebný plán** zaměřený na obě poruchy současně.

Léčba a podpora

Tým zdravotníků pro Sárku připravil **multidisciplinární léčebný plán** zahrnující farmakoterapii, psychoterapii a podporu rodiny, který jí pomohl dosáhnout větší stability.

V tomto náročném období sehrála klíčovou roli její sestra Laura, která převzala péči o Emmu a zároveň byla Sáře silnou oporou během léčby.

- **Farmakologická léčba.** Sáře byla nasazena antipsychotická medikace ke stabilizaci příznaků schizofrenie a zmírnění intenzity halucinací a bludů. Dávkování i typ léku byly upravovány podle její reakce tak, aby byla léčba účinná a zároveň se minimalizovalo riziko nežádoucích účinků. Současně byly do léčby zařazeny léky, které pomáhaly **zvládat úzkost i odvykání užívání konopí**.

- **Nefarmakologické intervence:**
 - ♦ **Psychoedukace:** Sára i její rodina se účastnily sezení zaměřených na lepší porozumění schizofrenii, vlivu užívání návykových látek a prevenci relapsu.
 - ♦ **Kognitivně-behaviorální terapie (KBT):** Sára spolupracovala s terapeutem na **nápravě zkreslených přesvědčení, rozvoji zdravějších copingových strategií a zvládnání chuti** na konopí.
 - ♦ **Rodinná terapie:** Tým zdravotníků zajistil společná setkání s Emmou a Laurou s cílem **zlepšit komunikaci, nastavit realistická očekávání a vytvořit podpůrné domácí prostředí.**
 - ♦ **Ergoterapie:** Byl vytvořen plán aktivit zaměřených na obnovu Sářiny sebedůvěry a každodenního režimu, s důrazem na její roli matky a postupný **návrat do běžného života.**

Cesta k zotavení

Zotavování probíhalo postupně během několika měsíců a bylo prováděno **malými, ale významnými milníky:**

1.-2. týden Došlo k prvotní **stabilizaci**, výrazně se snížila agresivita i intenzita halucinací. Začal se upravovat spánek i chuť k jídlu.

3.-4. týden Sára získala **náhled** na své onemocnění a začala vnímat halucinace a paranoiu jako příznaky schizofrenie. Aktivně se zapojovala do terapeutických sezení.

2.-3. měsíc Sára udělala významný **pokrok** ve zvládnání příznaků i chuti na konopí. Rodina během návštěv zaznamenala lepší komunikaci a méně konfliktů.

4. měsíc Sára dosáhla takové **míry stability**, že mohla být propuštěna domů. Odcházela s jasným léčebným plánem zahrnujícím pokračující terapii, pravidelné užívání léků a zapojení do komunitních podpůrných programů.

Síla rodinné podpory

Sářino **zotavení bylo společnou rodinnou cestou.** Její sestra Laura se stala její největší oporou – zvládala péči o Emmu a zároveň dohlížela na to, aby Sára dodržovala léčbu. **Otevřená komunikace s lékařským týmem** umožnila rodině podílet se na klíčových rozhodnutích a poskytovat Sáře **stabilní a potřebnou podporu.**

Důležitou roli sehrála i Emma. Její přítomnost během návštěv byla pro Sárku **silnou motivací**, připomínala jí její roli matky a posilovala její odhodlání pokračovat v léčbě.

Co nás Sářin příběh učí

Integrovaná péče je nezbytná.

Duální diagnóza schizofrenie vyžaduje léčebný plán, který současně řeší psychické příznaky i užívání návykových látek.

Léčba pouze jedné části problému bývá dlouhodobě málo účinná.

Uzdravení vyžaduje čas.

Sářin příběh ukazuje **význam trpělivosti a vytrvalosti** – pokrok se často měří spíše v měsících než v týdnech. Je důležité oslavovat i malé úspěchy.

Zapojení rodiny je klíčové.

Aktivní účast blízkých nejen podporuje člověka v léčbě, ale zároveň posiluje jeho přirozené zázemí.

Týmová spolupráce přináší lepší výsledky. Kombinace medikace, cílené terapie a sociální podpory vytváří komplexní péči a zvyšuje šanci na dlouhodobou stabilitu.

Sářin příběh dokazuje, že uzdravení – i když může být náročné – je skutečně dosažitelné při správné podpoře a vhodných intervencích.

Dnes je Sára zpět doma, kde postupně znovu buduje svůj život s Emmou a svědomitě pokračuje v léčbě. Zůstává v kontaktu se svým léčebným týmem i komunitními službami a buduje si pevný základ pro dlouhodobou stabilitu.



Reference:

1. Rodriguez Cruz J, Sahlsten Schölin J, Hjorth S. Case Report: Cariprazine in a Patient With Schizophrenia, Substance Abuse, and Cognitive Dysfunction. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2021 Aug 18;12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34489766/>
2. Montes JM, Montes P, Hernández-Huerta D. Cariprazine in Three Acute Patients with Schizophrenia: A Real-World Experience. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [Internet]. 2021 Feb;Volume 17(1):291–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33568908/>
3. Gentile A, Marini S, Matarazzo I, De Berardis D, Ventriglio A. Cariprazine in the treatment of psychosis with comorbid cannabis use: A case report. *Psychiatry Research Communications* [Internet]. 2022 Jun;2(2):100048. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2772598722000290>

