

s přítomností mírné/střední/těžké poruchy užívání psychoaktivních látek (7).

Klasifikační manuál MKN-10 v rámci toxických psychóz uvádí ještě diagnózu F1x.7 Psychotická porucha reziduální nebo s pozdním nástupem. Jedná se o poruchu, u které psychotické symptomy přetrvávají déle, než můžeme očekávat přímý účinek ve vztahu k užití psychoaktivní látky či vznikají s odstupem 2–6 týdnů od užití psychoaktivní látky (8).

Tabulka 1 uvádí jednotlivá diagnostická kritéria toxické psychózy F1x.5 dle diagnostických manuálů MKN-10 a DSM-5-TR.

Vývoj počtu pacientů s toxickou psychózou

Počty pacientů v České republice s diagnostikovanými toxickými psychózami jsou ve srovnání s pacienty s diagnózami schizofrenního okruhu nízké: 1 889 versus 46 425 pacientů v ambulantní péči, 716 versus 8 691 pacientů v hospitalizaci (údaje z roku 2020 srovnávající počty pacientů s diagnózami toxických psychóz a počty pacientů s diagnózami F20-F29, tj. schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy), zároveň jejich počet neustále narůstá (3), dále jsou toxické psychózy nejspíše poddiagnostikovány, takže oficiální počty odrážejí jen „vrchol ledovce“.

Počet hospitalizovaných pacientů v České republice s diagnostikovanou toxickou psychózou se od roku 2010 do roku 2020 postupně významně zvyšoval (v přímém srovnání let 2010 a 2020 počet narostl o 88 % u konopí, o 36 % u stimulancií, o 90 % u polymorfního užívání více drog). V psychiatrických ambulancích byl v České republice v přímém srovnání let 2010 a 2020 nárůst o 76 % u toxické psychózy způsobené více drogami, o 65 % u kanabisových toxických psychóz a o 42 % u psychóz vyvolaných stimulancií. Jedinou výjimkou je počet hospitalizovaných pacientů s alkoholovou toxickou psychózou, který postupně klesá. V přímém srovnání let 2011 a 2020 klesl o 39 % u hospitalizací, počet ambulantně léčených pacientů s alkoholovou toxickou psychózou klesl v přímém srovnání let 2010 a 2020 o 36 %. Podobné trendy ve vývoji toxických psychóz naznačují i světové studie (3).

Diagnostika a klinický obraz

Klinický obraz

Toxické psychózy s vyšší prevalencí jsou předmětem četných studií se zaměřením na

konkrétní toxickou psychózu způsobenou danou psychoaktivní látkou. Níže uvádíme informace se zaměřením na klinický obraz a psychodiagnostiku.

Alkohol

Alkoholová toxická psychóza se ukazuje jako vzácná komplikace užívání alkoholu. Celoživotní prevalence alkoholové toxické psychózy u pacientů závislých na alkoholu byla celosvětově potvrzena ve výši 0,41 % (9).

Po nespecifických prodromech (úzkost, nespavost, dysforie, bolest hlavy) se objevují sluchové iluze a halucinace. Pacient vnímá indiferentní zvuky jako slova, posléze se objevují hlasy více lidí, většinou pacientových známých, kteří se mezi sebou hádají. Často je to pacient, o kterého se vede pře. Jedna skupina se ho zastává a druhá ho osočuje (antagonistické halucinace). Halucinace mohou být i zrakové, rovněž nepříjemné, někdy strašidelné (2, 10). Při deliriu tremens (třaslavé, třesoucí se delirium) rovněž dochází k objevení vizuálních halucinací (typicky spíše lezoucího drobného hmyzu (mikrozoopsie) než mediálně tradovaných „bílých myšek“), ale i taktálních a sluchových halucinací, dalšími projevy jsou třes, pocení, hypertenze, tachykardie, nevolnosti s nauzeou, nespavost a kvalitativní porucha vědomí následkem odvykacího stavu. Častými komorbidními příznaky jsou deprese, úzkost a zvýšená míra suicidality (11). Oproti pacientům se závislostí na alkoholu bez dalších komplikací mají pacienti s alkoholovou toxickou psychózou závažnější kognitivní pokles (měřeno Mini-Mental State Examination – MMSE) (10). Při abstinenci příznaky obvykle během týdne vymizí a prognóza bývá příznivá (12).

Typické bludy alkoholiků jsou emulatořní – žárlivecké a paranoidní. Diagnostiku může navíc komplikovat skutečnost, že nevěra partnera je relativně častá, což někdy mate začínající psychiatry, kteří toto nerozpoznávají jako blud. V tomto případě však blud dělá bludem skutečnost, že nemocný dospěl k závěru nevěry inkoherentními myšlenkovými prostředky („V tramvaji na mě mrkali, což je známka, že je mi nevěrná.“). Konfrontace s touto realitou pro pacienta často znamená zvýraznění paranoidity (obava, že bude zlikvidován manželčiným milencem). Vlivem bludné produkce stoupá tenze a úzkost pacienta, často následována agresivním chováním (2). Protože bludy alkoholiků mohou přetr-

vávat i dlouhou dobu po abstinenci, jsou někdy tyto pacienti mylně uzavíráni v rámci diagnózy F22 Porucha s bludy nikoliv jako F10.5 resp. F10.7.

Kanabinoidy

Užívání konopí zvyšuje riziko vzniku psychotických příznaků o 40 % (oproti populaci, která konopí neužívá) (13). Celoživotní prevalence kanabisové toxické psychózy u uživatelů konopí se uvádí 0,5 % (14). MKN-10 na rozdíl od DSM-5 neuvádí oficiální popis ani dg. kód pro psychózu vyvolanou THC. Nová klasifikace v MKN-11 ho již uvádí a rozšiřuje i o syntetické kanabinoidy, kterým je např. u nás ve výdejových automatech donedávna volně dostupný a od 1. 3. legislativně zakázaný hexahydrokanabinol neboli HHC.

Symptomatologie kanabisové toxické psychózy zahrnuje celou šíři pozitivních i negativních příznaků. Z pozitivních je to zvýšená paranoidita, paranoidní a velkášské bludy, dezorganizace, fragmentace myšlení, poruchy sensorického i tělesného vnímání, pocity de-realizace a depersonalizace. Z negativních je to oploštělá emotivita, psychomotorická retardace, malá spontaneita, apatie, amotivace, sociální stažení, hypobolie a narušené kognitivní funkce zejména v oblasti paměti, pozornosti a exekutivních funkcí (12).

U pacientů s kanabisovou toxickou psychózou se objevuje spojitost s určitými rysy premorbidní osobnosti. Uvádí se, že 27–80 % pacientů s kanabisovou toxickou psychózou mělo premorbidně disociální osobnostní rysy a 24 % mělo rysy hraniční poruchy osobnosti (15, 16, 17). Kanabinoidy jsou velmi lipofilní látky, které dobře pronikají do CNS a ukládají se do tukové tkáně. U chronických uživatelů se tak jejich poločas vylučování prodlužuje na 5–13 dní ve srovnání s 1,3 dnem u občasných kuřáků (18). Pro dlouhý poločas vylučování a působení trvá i při abstinenci akutní kanabisová psychóza déle, než je tomu u jiných látkami způsobených psychóz. Apaticko-abulický syndrom při chronickém užívání THC může vést k záměně s negativními příznaky schizofrenie.

Kokain a jiná stimulancia

Výskyt toxické psychózy vyvolané kokainem mezi uživateli závislými na kokainu se uvádí 11,5 % (19). Ukazuje se, že vzplanutí toxické psychózy u uživatelů kokainu je spojeno s nižším věkem nástupu užívání látky a delší dobou užívá-