

dukce během hospitalizace, na kterou navazuje adiktologická léčba. Léčba psychózy je symptomatická, to znamená v případě halucinací, bludů a neklidu podáme antipsychotikum 2. generace například olanzapin 10–20 mg, v případě úzkosti či nespavosti potentní benzodiazepiny (BZD) jako clonazepam. BZD se preferují u intoxikace stimulancii a odvykáčeho stavu po BZD či alkoholu. Někdy je potřeba přechodná izolace pacienta případně i fyzické omezení. Toxická psychóza často rychle odeznívá a není potřeba dlouhodobá léčba potentními antipsychotiky. Po vymizení pozitivní symptomatiky se někdy objevují příznaky deprese a efektivní může být léčba antidepresivy např. fluoxetinem či bupropionem, v případě nespavosti mirtazapinem nebo trazodonem. Dále je v akutní fázi doporučováno omezení stimulace (pološero, ticho) a podpurná terapie např. vasocardin 25–50 mg při tachykardii (51, 52). Po zaléčení akutní fáze by měla následovat adiktologická léčba.

Rovněž je navrhována psychosociální terapie využívající prvky kognitivně-behaviorální terapie, a to v rámci individuálních i skupinových sezení. Tento druh léčby sleduje zejména facilitaci abstinence a využívá principů léčby závislosti na psychoaktivních látkách. Prospěšné může být také navštěvování skupin anonymních uživatelů drog. Kognitivně-behaviorální terapie může pro pacienty s toxickou psychózou sloužit také k získání schopností pracovat s vlastními psychotickými příznaky a zlepšení praktické funkčnosti v životě (51). Výše uvedený postup je ideální, když je pacient spolupracující a motivován. Klinická praxe se v terapii může zčásti lišit v závislosti na psychiatrické nemocnici. Nicméně ve skutečnosti pacienti často odchází po zvládnutí akutní psychózy domů, mnohdy na negativní reverz. Nemají zájem na další adiktologické léčbě, která by byla logickým řešením jejich stavu. Pokud pacienti nezačnou abstinovat, dále pokračují v užívání psychoaktivní látky a celý cyklus se několikrát opakuje, resp. přetrvávají psychotické příznaky při trvajícím abúzu. Pokud neskončí jejich život tragicky, tak po určité době začnou někteří pacienti abstinovat a psychotické příznaky vymizí. Jsou však pacienti, kdy ani s abstinencí nedojde k vymizení psychotické produkce a pacienti jsou léčeni stejně jako pacienti se schizofrenií včetně možnosti léčby klozapinem (52) či elektrokonvulzivní léčby (53) a v závislosti

na tom, zda přetrvávají pozitivní či negativní příznaky (54).

## Diferenciální diagnostika

Symptomatologie toxické psychózy a schizofrenie je velmi podobná, zejména v oblasti pozitivních psychotických příznaků.

Pro toxickou psychózu oproti schizofrenii svědčí zejména existence důkazu o požití psychoaktivní látky (anamnéza, fyzikální vyšetření, močové testy), přičemž psychotické příznaky nastoupily během nebo krátce po požití substance.

## Primární psychózy versus metamfetaminová toxická psychóza

Existuje mnoho důkazů, že pozitivní symptomatika toxické psychózy vyvolané stimulanty je kvalitativně i kvantitativně srovnatelná s pozitivními symptomy schizofrenie (31, 53, 55).

Přímé srovnání příznaků u MTP a schizofrenie ukazuje výrazně častější výskyt vysílání myšlenek u schizofrenie (42 %) než u MTP (24 %) (56), dále dezorganizace, manýrismus, oploštělá emotivita, emoční stažení a motorická retardace jsou častější u schizofrenie než u MTP (57). Jednoduché sluchové halucinace jsou významně častější u MTP (49–76 %) než u schizofrenie (20–62 %), stejně tak zrakové halucinace (30 % u MTP, 11 % u schizofrenie), somatické a hmatové halucinace (21 % u MTP, 4 % u schizofrenie) jsou vyšší u MTP než u schizofrenie (56, 57). Obrázek 1 popisuje přehledně symptomy společné a odlišující pro schizofrenii a akutní i chronickou formu MTP.

Nejlepším diagnostickým ukazatelem mezi MTP a schizofrenií je mimo průkazu látky v moči u MTP dále dynamika odeznívání pozitivních příznaků. V chráněném prostředí abstinence dochází k rychlé normalizaci stavu a většina příznaků odeznívá do 1 měsíce u MTP, zatímco u schizofrenie se příznaky zlepšují pomaleji a po 1 měsíci přetrvávají stále rezidua pozitivní symptomatiky, ale i negativní příznaky např. emoční oploštění, sociální stažení, apatie, alogie a anhedonie. Trvání příznaků do 1 měsíce dobře rozlišuje mezi MTP a schizofrenií, ale selhává u F23.2 akutní schizofreniformní poruchy. Nejlepším diskriminátorem mezi F23.2 a MTP je anamnéza či průkaz látky v moči.

Pokud příznaky přetrvávají i po 6 měsících sledování, může se jednat o situaci, kdy pacient pokračuje v užívání psychoaktivní látky. V přípa-

dě abstinence a objevení se příznaků psychózy po 2–6 týdnech mluví MKN-10 o F1X.7 psychotické poruše s pozdním začátkem. Pokud pacient abstinuje a příznaky trvají déle jak 6 měsíců, jedná se spíše o primární psychotickou poruchu.

Diferenciální diagnostiku komplikuje fakt, že pozitivní symptomy MTP zůstávají někdy podobné i po 6 měsících sledování (58). Přitom mezinárodní klasifikační manuály stanoví, že každá psychóza trvající déle než 6 měsíců by měla být diagnostikována jako primární psychotická porucha. Nicméně je navrhováno léčit chronickou formu toxické psychózy jako syndrom odlišný od schizofrenie (31). Malá studie z Japonska popisuje kratší dobu hospitalizace (průměr 282 dní vs. 510 dní) u vězněných pacientů s chronickou metamfetaminovou psychózou ve srovnání s pacienty se schizofrenií za použití nižších chlorpromazinových ekvivalentů antipsychotik při propuštění (medián 467 vs. 1 000) (59). V klinické praxi se ukazují rozdíly zejména v emotivitě a sociální kognici pacientů s chronickou MTP versus se schizofrenií. Odlišení těchto onemocnění je důležité zejména pro následnou psychotherapeutickou léčbu.

## Primární psychóza versus alkoholová toxická psychóza

Přímé porovnání ukazuje, že pacienti s alkoholovou toxickou psychózou mají oproti pacientům se schizofrenií méně závažné psychotické příznaky, méně negativních symptomů, zotavení je rychlejší, méně výrazné jsou emoční oploštělost, paranoidita a dezorganizace (60). Typické jsou pro alkoholovou toxickou psychózu navíc pozdější nástup psychózy a nižší úroveň vzdělání oproti pacientům se schizofrenií (11). Nejlepším diskriminátorem ve srovnání se schizofrenií je letitý abúzus alkoholu s četnými ebrietami. I k vyšetření či hospitalizaci přichází pacient často v ebrietě, kterou lze prokázat dechovou zkouškou či stanovením glukuronidu v moči. Výše uvedené platí rovněž pro odlišení mezi bludy způsobené alkoholem a F22 Poruchou s bludy.

## Primární psychóza versus kanabisová toxická psychóza

Konopí může vyvolat přechodné pozitivní, negativní a kognitivní symptomy podobné schizofrenii (13). Nicméně u schizofrenie se ukazuje vyšší frekvence sluchových halucinací,