

závažnější dezorganizace a závažnější negativní symptomatika (61). Naopak výraznější ve skupině kanabisové toxické psychózy ve srovnání se skupinou pacientů se schizofrenií se prokazují zrakové halucinace, velikášský blud, náboženské bludy, derealizace/depersonalizace, expanzivní nálada (15, 16), závažnější příznaky somatizace, obsedantně-kompulzivní příznaky, symptomy depresivní a úzkostné (62). Nejlepším diskriminátorem je užívání THC či syntetických kanabinoidů a průkaz v moči.

Primární psychózy versus toxická psychóza způsobená více psychoaktivními látkami

Ukazuje se, že skupina primárních psychóz vykazuje vyšší míru pozitivních a negativních symptomů, dezorganizace a má menší náhled na onemocnění. Naopak skupina toxických psychóz vykazuje vyšší míru odlišných zdravotních a sociálních charakteristik: závislosti na alkoholu, drogové závislosti, bezdomovectví, přijetí do vězení, hostility, historie traumat a zrakové halucinace (17, 23, 34, 63).

Akutní intoxikace nebo odvykací stav versus toxická psychóza

Intoxikace stimulanty, kanabinoidy, opioidy, halucinogeny, nebo odvykací stav od alkoholu nebo sedativ může zahrnovat narušení vnímání. Pokud pacient zůstává v kontaktu s realitou, tj. vnímá, že změny percepce jsou způsobeny psychoaktivní látkou, iluzím či halucinacím nevěří či nejedná v jejich souladu, pak diagnostikujeme prostou intoxikaci či odvykací stav. Pokud se psychotické příznaky vyskytují pouze v průběhu deliria, toxickou psychózu rovněž nekódujeme (3). Akutní intoxikace vrcholí s maximem látky v krvi, resp. mozku a odeznívá v závislosti na biologickém poločase užití látky, při intoxikaci je pozitivní krevní i močový test. Obvykle do několika hodin stav odezní. Prostá intoxikace může někdy přejít v toxickou psychózu, kdy psychóza trvá déle jak 48 hodin, ale do 1 měsíce většinou odezní. Odvykací stav vrcholí několik dní od prokázané abstinence od návykové látky a látka

není detekována ani v krvi ani v moči. Odvykací stav může být komplikován deliriem, kdy jsou přítomny závažné kvalitativní poruchy vědomí nebo epileptický záchvat či obojí.

Kognitivní deficit

Vzhledem k tomu, že u psychóz často sledujeme kognitivní deficit, je na místě se také zaměřit na diferenciaci toxické psychózy a schizofrenie z hlediska kognitivního profilu. Ukazuje se, že i) nelze spolehlivě uvádět žádné konzistentní doménově specifické kognitivní deficity, ii) literatura o kognitivních funkcích u toxických psychóz je velmi omezená a málo kvalitní co do velikosti souborů, iii) u toxických psychóz je běžný globální kognitivní pokles, iv) pacienti s toxickou psychózou mají hlubší pokles v globálním kognitivním výkonu ve srovnání s látkovou závislostí bez psychózy a v) kognitivní profil u toxické psychózy je do značné míry podobný schizofrenii s potenciálně vyšší mírou zasažení exekutivních funkcí, než je tomu u schizofrenie (39). Je nutné však být při hodnocení obezřetný k typům užívané látky, jejímu množství, délce škodlivého užívání, věku i kognitivní rezervě pacienta a k faktorům s vlivem na kognitivní výkon.

Závěr

Toxické psychózy tvoří heterogenní skupinu poruch, které se odlišují podle vyvolávající psychoaktivní látky. V posledních desetiletích narůstá jejich klinický, sociální a zdravotní význam v souvislosti s vysokým a trvalým nárůstem jejich počtu. Přestože existují studie popisující kvantitativní rozdíly mezi skupinou pacientů s primárními a toxickými psychózami, na úrovni jednotlivých pacientů existuje značná symptomatická podobnost, což ztěžuje diferenciální diagnostiku. Diagnostika v psychiatrii se tradičně opírá o 2 základní pilíře, které byly doplněny nedávno o další dva pilíře. Prvním je fenomenologie (rozdílná symptomatika) mezi poruchami, která v tomto případě nemusí být přínosná. Druhým je časový průběh poruchy s rozdílným funkčním vyústěním. Rozdílné funkční vyústění rozlišovalo v minulosti mezi dementia praecox

(nynější schizofrenií) a jinými psychózami, např. maniodepresivní psychózou (dnešní bipolární porucha s psychotickými příznaky či toxickou psychózou). Časový faktor v případě toxických psychóz může být rozhodující pro rozlišení mezi intoxikací do cca 48 h, toxickou psychózou do 1 měsíce a primární psychózou nad 1 měsíc v MKN-10 a 6 měsíců v DSM-5.

Časový faktor („Počkejme 6 měsíců a uvidíme přesněji, o co se jedná.“) není moc populární, protože poukazuje na naši nejistotu a neznalost, ale z dlouhodobého hlediska nám v diagnostice velmi pomáhá. Třetím moderním pilířem diagnostiky v psychiatrii je užití biomarkerů, které vylučují či potvrzují organickou, tedy sekundární příčinu psychózy, např. MRI mozku (nádor, zánět, ischemie), CT mozku (nádor, krvácení), biochemické a toxikologické vyšetření krve, moči či slin. Namátkově jednoduché toxikologické testy mohou rovněž pomoci monitorovat období abstinence. Čtvrtým pilířem, který se dosud jednoznačně nepromítnul do diagnostických kritérií, je genetika primárních psychóz. V zástupné formě je pozitivní rodinná anamnéza primární psychózy zvažována pečlivými kliniky jako pomocný ukazatel pro její diagnostiku.

Výzkum v oblasti toxických psychóz je komplikován několika skutečnostmi. 1) Není celosvětová shoda na rozlišování akutní a chronické formy toxické psychózy. 2) Jsou rozdílné pohledy na diagnostickou konverzi mezi chronickou toxickou psychózou a schizofrenií. Výše uvedené společně s velkým nedostatkem výzkumných dat o terapii toxické psychózy poukazuje na důležitost budoucího výzkumu se zaměřením na toxickou psychózu. Tento výzkum má velmi vysokou sociální závažnost pro závažné zdravotní i sociální důsledky těchto duševních poruch, které postihují zejména českou populaci pubescentů a adolescentů.

Rovněž kapitola halucinogenů, která je v rámci našeho přehledu limitována kvůli svojí značné komplexnosti, zasluhuje další pozornost. Experimentální aplikace některých halucinogenů či kontrolovaná aplikace ketaminu může vést k zefektivnění léčby, zejména u deprese a posttraumatické stresové poruchy.

LITERATURA

- Hosák L, Hrdlička M, Libiger J. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Nakladatelství Karolinum, 2019.
- Popov P. Toxické psychózy. In: Horáček a kol.: Psychotické stavy v klinické praxi. Anepra s.r.o., 2003
- Semančíková I, Bezdiček O. Vývoj výskytu toxických psy-

chóz v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek v České republice. Čes a slov Psychiat. 2023; 119(3): 102-108.

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.

5. https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release, česká verze: <https://www.uzis.cz/ext/mkn-11-nahled/#ct>

6. Smolík P. Duševní a behaviorální poruchy, průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Maxdorf. 1996.

7. Mohr P, Libiger J, Pavlovský P. Diagnostická kritéria DSM-