Univerzita Karlova

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Adiktologie

Mgr. Anežka Pondělíková

Diferenciace toxické psychózy a schizofrenní poruchy s důrazem na klinicky pozorovatelná specifika

Differentiation of Substance-Induced Psychosis and Schizophrenia with Emphasis on Clinically Observable Specifics

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Šťastná, Ph.D.

2025

Odevzdáním této diplomové práce na téma Diferenciace toxické psychózy a schizofrenní poruchy s důrazem na klinicky pozorovatelná specifika potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Prohlašuji, že jsem při její tvorbě nepoužila nástrojů umělé inteligence jiným způsobem, než je uvedeno ve vyjádření, které je součástí textu práce. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze 11. 7. 2025

V první řadě bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce Mgr. Lence Šťastné, Ph.D. za všechny podnětné připomínky, podporu a čas, který mi věnovala při zpracování práce. Velké díky patří také MUDr. Janu Pokornému za podporu a trpělivost. Nakonec bych ráda poděkovala všem participantům výzkumu za důvěru a ochotu sdílet své zkušenosti.

ABSTRAKT

Východiska: V posledních desetiletích dochází k výraznému nárůstu prevalence toxických psychóz v České republice. U déletrvajících či opakovaných toxických psychóz (SIP) existují nejasnosti, zda tyto poruchy klasifikovat jako chronické toxické psychózy či schizofrenii. Právě etiologie a charakter psychózy jsou důležitými skutečnostmi pro vedení léčby. Z pohledu adiktologie je důraz kladen zejména na klinicky pozorovatelná specifika.

Cíle: Cílem práce je systematické zpracování aktuálních poznatků v oblasti diferenciace toxických psychóz a schizofrenní poruchy. Dále je cílem vytvoření komparativní případové analýzy. Ta má za cíl mapovat klinicky pozorovatelné aspekty SIP v porovnání se schizofrenní poruchou pomocí retrospektivních zkušeností pacientů.

Metody: Pro vytvoření komparativní případové studie byla zvolena metoda Velmi podobných případů (Very Similar Cases). Tyto případy tvoří dva participanti, kteří zažili opakované toxické psychózy, z nichž u jednoho byla potvrzena diagnóza schizofrenie a druhého nikoliv. Metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor. Pro analýzu dat byly použity postupy tematické analýzy.

Výsledky: Přes řadu společných aspektů a širokého překryvu symptomatiky bylo identifikováno několik odlišností, které mohou být přínosné v rámci diferenciální diagnostiky. Nejvýraznější odlišnosti byly identifikovány v rámci: (1) *Přítomnosti prodromálních symptomů*; (2) *Spouštěčů užívání návykových látek*; (3) *Kvality a rozsahu symptomů a* k*ontaktu s realitou*; (4) *Ústupu symptomatiky*; (5) *Sociability*; (6) *Globálního fungování a zotavení*; (7) *Potřeby cílené léčby.* Schizofrenie se jeví jako chronické onemocnění s hlubším narušením vnímání reality, absencí náhledu a trvalými funkčními dopady. Naproti tomu SIP se jeví spíše jako reaktivní a epizodická, často s lepší prognózou při abstinenci.

Závěr: Klinická diferenciace mezi SIP a schizofrenní poruchou vyžaduje komplexní posouzení zahrnující nejen časové hledisko, ale také kvalitativní zmapování symptomatiky. Klinicky pozorovatelná specifika představují užitečný diagnostický ukazatel, zejména pokud jsou hodnocena v kontextu dlouhodobého vývoje při souběžném využití psychodiagnostických metod.

Klíčová slova: reziduální psychotická porucha, psychotická porucha, schizofrenie, toxická psychóza, diferenciální diagnostika

ABSTRACT

Background: In recent decades there has been a significant increase in the prevalence of substance-induced psychoses (SIP) in the Czech Republic. In the case of prolonged or recurrent SIP it often remains unclear whether to classify these conditions as chronic substance-induced psychoses or as schizophrenia. The etiology and nature of the psychosis play a crucial role in guiding treatment. From the perspective of addictology, emphasis is placed particularly on clinically observable characteristics.

Objectives: The aim of this thesis is to systematically synthesize current knowledge in the field of differentiating between toxic psychoses and schizophrenia. Additionally, it seeks to develop a comparative case analysis to explore clinically observable aspects of SIP compared to schizophrenia, based on patients' retrospective experiences.

Methods: The comparative case study uses the method of Very Similar Cases. It involves two participants with recurrent substance-induced psychotic episodes, of whom only one has been formally diagnosed with schizophrenia. Data collection was carried out through semi-structured interviews and thematic analysis was applied to process the data.

Results: Despite a number of shared features and a significant symptom overlap, several distinctive differences were identified that may be useful for differential diagnosis. The most pronounced distinctions were found in the following domains: (1) *Presence of prodromal symptoms*; (2) *Triggers for substance use*; (3) *Quality and extent of symptoms and contact with reality*; (4) *Symptom remission*; (5) *Sociability*; (6) *Global functioning and recovery*; (7) *Need for targeted treatment*. Schizophrenia emerges as a chronic condition marked by deeper disruption of reality perception, lack of insight, and lasting functional impairment. In contrast, SIP appears more reactive and episodic, with a generally better prognosis under abstinence.

Conclusion: Clinical differentiation between SIP and schizophrenia requires a comprehensive evaluation that includes not only temporal criteria, but also qualitative mapping of symptoms. Clinically observable specificities serve as valuable diagnostic indicators, especially when assessed in the context of long-term development and supported by psychological assessment tools.

Keywords: residual psychotic disorder, psychotic disorder, schizophrenia, substance-induced psychosis, differential diagnosis

Obsah

ÚVOD **8**

TEORETICKÁ ČÁST **10**

1 TERMINOLOGIE **10**

1.1 PSYCHÓZA 10

1.1.1 Toxická psychóza *10*

1.1.2 Schizofrenie *10*

1.1.3 Toxická (psychotická) reminiscence a reziduum *11*

1.2 DUÁLNÍ DIAGNÓZA 11

2 TOXICKÁ PSYCHÓZA **12**

2.1 PREVALENCE A ETIOPATOGENEZE 12

2.2 PRŮBĚH A PROGNÓZA 12

2.3 SYMPTOMATIKA 13

2.3.1 Specifika podle užívané látky *13*

2.4 PSYCHOTICKÁ PORUCHA 15

2.4.1 Diagnostická kritéria *15*

2.5 REZIDUÁLNÍ PSYCHOTICKÁ PORUCHA 17

2.5.1 Diagnostická kritéria *17*

3 SCHIZOFRENIE **19**

3.1 PREVALENCE A ETIOPATOGENEZE 19

3.1.1 Etiopatogeneze v kontextu užívání návykových látek *19*

3.2 PRŮBĚH A PROGNÓZA 20

3.3 SYMPTOMATIKA 21

3.4 DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA 21

3.4.1 MKN-10 ..... *21*

3.4.2 MKN-11 ..... *22*

3.4.3 DSM-5 ..... *23*

4 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA **24**

4.1 ČASOVÉ HLEDISKO 27

4.2 KLINICKÉ METODY 27

4.2.1 Anamnéza a rozhovor *28*

4.2.2 Pozorování *29*

4.3 TESTOVÉ METODY 30

4.4 DŮSLEDKY CHYBNÉ DIAGNOSTIKY 30

4.4.1 Intervence u pacientů s duální diagnózou ... 31

EMPIRICKÁ ČÁST ... 33

5 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ ... 33

5.1 VÝZKUMNÉ OTÁZKY ... 33

6 VÝZKUMNÝ SOUBOR ... 33

7 METODA ... 34

7.1 METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT ... 34

7.2 METODA ANALÝZY DAT ... 37

8 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU ... 39

9 VÝSLEDKY ... 41

9.1 KAZUISTIKA 1: ZDENĚK ... 41

9.1.1 Status praesens psychicus ... 41

9.1.2 Pozorování ... 41

9.1.3 Autoanamnéza ... 41

9.1.4 Témata dle diferenciačních oblastí ... 43

9.2 KAZUISTIKA 2: ROMAN ... 52

9.2.1 Status praesens psychicus ... 52

9.2.2 Pozorování ... 52

9.2.3 Autoanamnéza ... 52

9.2.4 Témata dle diferenciačních oblastí ... 53

9.3 KOMPARATIVNÍ ANALÝZA PŘÍPADŮ ... 63

9.3.1 Odlišná a společná témata ... 64

9.3.2 Mapování možných prodromů a premorbidní stav ... 66

9.3.3 Začátky užívání látek a první psychotické příznaky ... 66

9.3.4 Průběh psychotických symptomů ... 67

9.3.5 Globální fungování ... 67

9.3.6 Sociální interakce a vztahy ... 68

9.3.7 Zvládání symptomů a intervence ... 68

9.3.8 Heredita ... 69

9.3.9 Aktuální stav ... 69

9.4 SOUHRN KLINICKY POZOROVATELNÝCH SPECIFIK ... 70

10 DISKUZE ... 71

ZÁVĚR ... 74

LITERATURA **75**

SEZNAM ZKRATEK **81**

SEZNAM PŘÍLOH **81**

VYJÁDŘENÍ K VYUŽITÍ UMĚLÉ INTELIGENCE **83**

Úvod

V posledních desetiletích dochází k výraznému nárůstu prevalence toxických psychóz v České republice (Semančíková & Bezdíček, 2023). U déletrvajících či opakovaných toxických psychóz existují nejasnosti, zda tyto poruchy klasifikovat jako chronické toxické psychózy či schizofrenii. Právě etiologie a charakter psychózy jsou důležitými skutečnostmi pro vedení léčby (Fiorentini et al., 2021; Semančíková et al., 2024). Tato zjištění podtrhují důležitost výzkumu toxických psychóz včetně jejich etiologie (Fiorentini et al., 2021; Semančíková & Bezdíček, 2023).

Rozvoj psychózy v důsledku užívání návykových látek je v klinické praxi běžně pozorovaným fenoménem. Sklon k rozvoji psychózy a další prognóza závisí na mnoha faktorech (Deng et al., 2012). Z klinického hlediska je možné identifikovat některé prvky, které mohou pomoci odborníkům při rozlišování mezi primárními a látkami vyvolanými psychózami. Stále však existuje nápadný nedostatek informací o výsledcích, léčbě a osvědčených postupech při psychotických epizodách vyvolaných návykovými látkami. Přestože existují nástroje pro diferenciaci rozvíjejícího se procesuálního onemocnění v kontextu užívání návykových látek, mnohdy se nedaří správně identifikovat a diferencovat tyto poruchy (Fiorentini et al., 2021). Časové hledisko se jeví jako důležité, ale zdaleka není jediným ukazatelem progrese onemocnění (Mauri et al., 2017; Kalina, 2015). Správná identifikace onemocnění přispívá k vhodnému nastavení farmakoterpaie a psycho-sociálních intervencí.

V kontextu adiktologické praxe je pozornost přenesena zejména do oblasti klinických metod. Adiktolog mnohdy bývá právě tím odborníkem, který s těmito klienty pracuje dlouhodobě a má tedy možnost sledovat a reflektovat vývoj symptomů. Správná identifikace specifických symptomů v dlouhodobém kontextu je zásadní pro pozdější diferenciální diagnostiku na základě klinicky pozorovatelných specifik (Elserafi & Hewedi, 2014). Právě adiktolog tak může být klíčovým zdrojem informací v diagnostickém procesu a pro indikaci k další péči. Může být také důležitým článkem v procesu triangulace dat.

Rozlišení mezi schizofrenií a psychózou vyvolanou užíváním návykových látek je klíčové pro efektivní léčbu a management služeb. Pokračující výzkum je nezbytný pro zpřesnění diagnostických kritérií a lepší pochopení neurobiologických mechanismů i klinických manifestací těchto poruch. Odborníci v multidisciplinárních týmech musí být ostražití při rozlišování těchto stavů, aby zajistili odpovídající péči a podporu pro postižené jedince (Elserafi & Hewedi, 2014).

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí: teoretická a empirická část. Teoretická část vymezuje průběh, prognózu a diagnostická kritéria schizofrenie a psychotických poruch spojených s toxickou psychózou. Pojednává o možnostech diferenciální diagnostiky a shrnuje klinicky pozorovatelné rozdíly na základě aktuálního poznání. Empirická část je zpracována formou komparativní případové studie, která se zaměřuje na klinicky pozorovatelná specifika obou fenoménů.

Teoretická část

1 Terminologie

1.1 Psychóza

Psychóza či např. psychotický syndrom je obecnějším a nadřazeným pojem k pojmu schizofrenie i k pojmu toxická psychóza. Schizofrenie spadá do kategorie psychotických onemocnění. Mezi tzv. psychózy je vedle schizofrenie řazeno mnoho dalších onemocnění jako je např. schizotypální porucha, porucha s bludy či schizoafektivní porucha (Bramness et al., 2024; Pěč & Probstová, 2009).

Psychotické symptomy jako jsou např. bludy, halucinace, dezorganizované myšlení apod., které narušují kontakt s realitou a tím i běžné fungování pacienta. Psychóza se nemusí nutně objevovat pouze u diagnóz schizofrenního okruhu (Orel, 2020). Tyto symptomy se mohou projevit přechodně u řady dalších psychických poruch (např. bipolární porucha s psychotickými příznaky) jako následek intoxikace návykovými látkami (toxická psychóza) či u jiných organických a somatických onemocnění (Pěč & Probstová, 2009; Orel, 2020).

1.1.1 Toxická psychóza

Pojem toxická psychóza nemá jasné diagnostické vymezení, jelikož se nejedná o samostatnou nozologickou jednotku v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN). Pod tento pojem lze tedy řadit psychotickou poruchu a reziduální psychotickou poruchu. Samotný termín toxická psychóza neboli psychóza vyvolaná užíváním návykových látek (substance-induced psychosis (SIP)) je širším pojmem, který zahrnuje více fenoménů. Primárně je toxická psychóza definována jako sekundární psychotická porucha, která je vyvolána působením návykových látek (Bramness et al., 2024; Kalina, 2015; Semančíková et al., 2024).

1.1.2 Schizofrenie

Schizofrenie je samostatnou nozologickou jednotkou, která spadá pod primární psychotické poruchy. Jedná se o chronické, často dlouhodobě omezující duševní onemocnění. Mezi symptomy schizofrenie patří poruchy vnímání, poruchy myšlení, dezorganizovaný mluvený projev či chování a narušení kognitivních funkcí (Patel et al., 2014; Insel, 2010). Poruchu dále doprovází změny emotivity a osobní integrity a schopnosti testování reality (Vágnerová, 2014).

1.1.3 Toxická (psychotická) reminiscence a reziduum

V případě rozvinutí psychózy vlivem intoxikace se i po úplném odeznění psychotických symptomů mohou objevovat tzv. toxické (psychotické) reminiscence. Ty mají podobu „flashbacků“ na prožitý stav toxické psychózy (Deng et al., 2012; Vágnerová, 2014).

Tzv. psychotické reziduum je pozvolným ústupem psychotických symptomů. Reziduum se objevuje u schizofrenie i toxických psychóz. Tyto příznaky již nesplňují kritéria akutní psychózy (Deng et al., 2012).

Uvedené fenomény přirozeně značně ztěžují proces diferenciace toxické psychózy a schizofrenie. Jsou ukazateli toho, že pouhé časové hledisko není dostačujícím diferenciálně diagnostickým kritériem (Deng et al., 2012).

1.2 Duální diagnóza

Duální diagnózy nemají jasnou definici. Nejčastěji jsou však definovány jako souběžně se vyskytující poruchy. Pojem duální diagnóza tedy v kontextu práce označuje stav, kdy má klient diagnostikované psychiatrické onemocnění a souběžně s ním také závislost (např. schizofrenii a syndrom závislosti) (Brunette et al., 2008; Kalina, 2015).

2 Toxická psychóza

2.1 Prevalence a etiopatogeneze

Celosvětová prevalence toxických psychóz není jasně zmapována, jelikož se nejedná o konkrétní diagnózu dle MKN-10. Existuje jen málo informací o tom, jak častá je psychóza vyvolaná užíváním návykových látek (SIP). Studie SIP v léčbě ve Skandinávii za posledních dvacet let udávají, že incidence se pohybovala mezi 9,3 a 14,1 na 100 000 osobo za rok (Bramness et al., 2024).

Četné studie však mapují prevalenci toxických psychóz u konkrétních látek. Počet hospitalizovaných pacientů s diagnostikovanou toxickou psychózou (psychotickou poruchou) se od roku 2010 do roku 2020 zvyšoval (o 88 % u konopí, o 36 % u stimulancií, o 90 % u užívání více látek). V ambulancích byl nárůst o 76 % u toxické psychózy způsobené více látkami, o 65 % u kanabisových psychóz a o 42 % u psychóz vyvolaných stimulancii. Počet hospitalizovaných pacientů s alkoholovou toxickou psychózou však jako jediný klesá (o 39 %). V ČR jsou zároveň toxické psychózy poddiagnostikované a oficiální počty tedy odrážejí jen část (Semančíková & Bezdíček, 2023).

Toxická psychóza je psychóza, která je vyvolána užíváním psychoaktivní látek. Tato porucha vzniká v přímém důsledku užívání jedné nebo více látek. Toxická psychóza se vyznačuje jasnou etiologií a potenciální možností detekce „biomarkeru“ v moči či krvi (Semančíková et al., 2024).

Ačkoli je etiologie rozvoje toxické psychózy na rozdíl od schizofrenie zdánlivě jasná, není však znám přesný mechanismus toho, proč se u některých pacientů tyto obtíže rozvinou a u jiných nikoliv. Identifikovány jsou pouze rizikové faktory rozvoje takových příznaků. Těmi jsou zejména: častější užívání, syndrom závislosti, intravenózní užívání a druh užité látky (zejména kanabis a metamfetamin) (Bramness et al., 2024; Kalina, 2015).

2.2 Průběh a prognóza

Průběh toxických psychóz je velmi individuální a závisí na mnoha faktorech (druh návykové látky, množství, předchozí zkušenost či již prožité toxické psychózy apod.). Mezi hlavní příznaky patří halucinace a bludy a narušený kontakt s realitou (Baldaçara et al., 2023; Semančíková et al., 2024). Typické symptomy jsou v návaznosti na jednotlivé látky jsou popsány v kapitole 2.3.1 (*Specifika podle užívané látky).*

Psychóza vyvolaná užíváním návykových látek tedy vede k jedné nebo více psychotickým epizodám. Tento stav obvykle odezní do 30 dnů abstinence. Po tomto období je však stále možné pozorovat rezidua toxické psychózy a psychotické reminiscence (Baldaçara et al., 2023; Kalina, 2015). Z hlediska kognice dochází u pacientů k navrácení do premorbidní úrovně (pokud ovšem není přítomen stálý defekt z důvodu dlouhodobého abúzu). Prognóza je tedy v případě samotných toxických psychóz velmi příznivá (Semančíková et al., 2024).

Jedinci, kteří rozvinou toxickou psychózu však vykazují vyšší riziko rozvoje další psychopatologie. Objevuje se vyšší potenciál rozvoje těžké drogové závislosti a zároveň vyšší riziko tranzice do bipolární afektivní poruchy nebo poruch ze schizofrenního spektra, přičemž se zvyšuje pravděpodobnost rozvoje schizofrenie v mladším věku (Baldaçara et al., 2023).

2.3 Symptomatika

2.3.1 Specifika podle užívané látky

Metamfetamionová psychóza

Toxické psychózy vyvolané jinými stimulanty, zejména metamfetaminem, jsou velmi časté. V ČR je nejtypičtější droga pervitin. Prevalence metamfetaminové toxické psychózy (MTP) se pohybuje mezi 15–60 % uživatelů. Mezi rizikové faktory patří vyšší frekvence a dávky užívání, silnější bažení, vyšší závažnost závislosti, nižší věk prvního užití, úzkostné symptomy, genetická predispozice a rodinná anamnéza psychotických onemocnění či traumatických zkušeností (Arunogiri et al., 2019; Gan et al., 2018; Semančíková et al., 2024).

MTP se vyznačuje převahou pozitivních příznaků: perzekuční bludy (77 %), sluchové halucinace (54–72 %), bizarní bludy (58–95 %), zrakové halucinace (38–59 %), čtení myšlenek (53 %) a vkládání myšlenek (33 %). Pacienti často vykazují výraznou úzkost a paranoiu spojenou s agresivitou a sociální izolací (Arunogiri et al., 2019; Gan et al., 2018; Wearne & Cornish, 2018).

MTP může mít akutní nebo chronickou formu. Akutní forma je krátkodobá a symptomy rychle odezní po vysazení drogy. I přesto až 64 % pacientů uvádí přetrvávající psychotické symptomy déle než 10 dní. U 30 % pacientů mohou příznaky přetrvávat až 6 měsíců, což vede k rozvoji chronické MTP, která je rezistentní vůči spontánnímu uzdravení (Gan et al., 2018; Wearne & Cornish, 2018).

Kanabisová psychóza

Užívání konopí zvyšuje riziko vzniku psychotických příznaků o 40 % ve srovnání s populací, která konopí neužívá. Celoživotní prevalence kanabisové toxické psychózy mezi uživateli konopí činí 0,5 % (Moore et al., 2007; Semančíková et al., 2024).

Klinický obraz kanabisové toxické psychózy zahrnuje široké spektrum pozitivních i negativních příznaků. Mezi pozitivní patří zvýšená paranoidita, dezorganizace myšlení, senzorické poruchy, derealizace a depersonalizace. Z negativních příznaků se vyskytuje emoční oploštělost, snížená spontaneita, apatie, abulie, sociální stažení a narušení kognitivních funkcí, zejména paměti, pozornosti a exekutivy (Fiorentini et al., 2021; Semančíková et al., 2024; Kalina, 2015).

Psychóza způsobená užíváním halucinogenů

Semančíková et al., 2024 uvádí, že současné studie nenaznačují, že by halucinogeny vyvolávaly skutečný psychotický syndrom. Spíše se jedná o změněný stav vědomí v důsledku intoxikace. Podobně ketamin nevyvolává pravou psychózu, ale disociativní stav (Rucker et al., 2017; Semančíková et al., 2024).

Výsledkem užití těchto látek je stav změněného vědomí. Disociace se projevuje krátkodobým odpojením od okolního světa či vlastního těla, přičemž běžnou percepci nahrazují vizuální představy, pocity beztíže, rozplynutí ega, splynutí s vesmírem, vnímání galaktické nekonečnosti či změny v časovém vnímání (Fiorentini et al., 2021; Preller & Vollenweider, 2017; Semančíková et al., 2024).

Účinky se liší v závislosti na typu drogy, dávkování a způsobu podání, přičemž sami o sobě vyvolávají stav podobný toxické psychóze, a tak je velmi obtížné diferencovat stavy po přímé intoxikaci a jiné toxické psychózy (Preller & Vollenweider, 2017; Bogenschutz & Johnson, 2015).

Alkoholová psychóza

Alkoholová toxická psychóza představuje spíše vzácnou komplikaci dlouhodobého užívání alkoholu. Celosvětová celoživotní prevalence této psychózy u pacientů závislých na alkoholu činí 0,41 % (Perälä et al., 2010).

Pacienti v průběhu této psychózy vnímají běžné zvuky jako slova, často slyší více hlasů, nejčastěji známých osob, které se mezi sebou hádají. Mnohdy se diskuse týká samotného pacienta, kdy se objevují tzv. antagonistické halucinace. Kromě sluchových halucinací se

mohou vyskytnout i zrakové, které bývají nepříjemné až děsivé (Jordaan et al., 2009; Semančíková et al., 2024).

Zásadní je odlišit alkoholovou psychózu a delirium tremens. Tato problematika je spolu s diferenciálními znaky blíže nastíněna v kapitole 4 (*Diferenciální diagnostika*).

Psychóza způsobená užíváním kokainu

Toxická psychóza indukovaná kokainem se vyskytuje u 11,5 % závislých uživatelů. Výskyt této psychózy je spojen s nižším věkem zahájení užívání a delší dobou konzumace. Klinicky se nejčastěji projevuje paranoidně-perzekučními bludy a vizuálními halucinacemi, které po vysazení kokainu obvykle rychle odezní (Roncero et al., 2014).

Psychóza způsobená více látkami

Diagnózy psychózy způsobené více látkami jsou velmi časté, jelikož mnohdy není možné identifikovat konkrétní látku, která psychotický proces indukovala. Jejich povaha tvoří syntézu výše uvedených symptomů pro konkrétní látky, mnohdy však s převahou určitého „typu“ toxické psychózy (Semančíková et al., 2024; Vergara-Moragues et al., 2016).

2.4 Psychotická porucha

2.4.1 Diagnostická kritéria

MKN-10

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) spadá reziduální psychotická porucha do kategorie F10-F19 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Tato klasifikace ji zařazuje pod kód F1x.5 (Psychotická porucha) a dále je pak kódována podle konkrétní užívané látky (World Health Organization, 2016).

MKN-10 stanovuje základní diagnostická kritéria takto World Health Organization (2016):

> „Soubor psychotických fenoménů, které se objevují během použití psychoaktivních látek nebo po něm, které však nelze vysvětlit pouze akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu. Porucha je charakterizována halucinacemi (typicky sluchovými, ale často ve více než jen v jedné senzorické modalitě), percepčními zkomoleními, bludy (často paranoidní nebo persekuční povahy), psychomotorickými poruchami (vzrušením nebo stuporem) a abnormálním afektem, který se může objevit v rozsahu od

intenzivního strachu až k extázi. Vědomí je obvykle jasné, ale určitý stupeň jeho zastření může být přítomen, nikoliv však těžký stav zmatenosti.“ (World Health Organization, 2016)

MKN-11

Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize (MKN-11) klasifikuje tzv. Poruchu vyvolanou návykovou látkou. Ta v této klasifikaci spadá do kategorie 06 – Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy, kde je dále zařazena do kategorie 6C4x – Poruchy způsobené užíváním návykových látek. Samotná Porucha vyvolaná návykovou látkou nese kód 6C4x a je podrobněji kódována podle užívané látky (World Health Organization, 2019).

World Health Organization (2019) v rámci MKN-11 stanovuje základní diagnostická kritéria takto:

„Psychotická porucha vyvolaná [x] se vyznačuje psychotickými příznaky (např. bludy, halucinace, dezorganizované myšlení, výrazně dezorganizované chování), které se vyvinou během intoxikace [x] nebo krátce po jeho vysazení. Intenzita nebo trvání příznaků podstatně převyšuje psychotické poruchy vnímání, poznávání nebo chování, které jsou charakteristické pro intoxikaci [x] nebo odvykací stavy po jeho vysazení. Množství a doba užívání [x] musí být schopné vyvolat psychotické příznaky. Příznaky nejsou lépe vysvětlitelné primární duševní poruchou (např. schizofrenie, porucha nálady s psychotickými příznaky), jak by tomu mohlo být, kdyby psychotické příznaky předcházely nástupu užívání [x], pokud příznaky přetrvávají po podstatnou dobu po ukončení užívání nebo odvykacího stavu po vysazení [x], nebo pokud existují další důkazy o již existující primární duševní poruše s psychotickými příznaky (např. anamnéza předchozích epizod nesouvisejících s užíváním [x]).“ (World Health Organization, 2019)

DSM-5

Diagnostický a statistický manuál 5. revize (DSM-5) definuje diagnózu Psychóza vyvolaná užíváním návykových látek. Podle DSM-5 musí pacient pro splnění diagnostických kritérií splňovat následující (American Psychiatric Association, 2015):

A. Přítomnost jednoho nebo obou z následujících příznaků
   1. Bludy
   2. Halucinace

B. Existuje důkaz na základě anamnézy, tělesného vyšetření nebo laboratorních nálezů, lze prokázat, že platí (1) i (2):
   1. Příznaky uvedené v kritériu A se objevily během intoxikace látkou, během odvykání, nebo do jednoho měsíce po expozici
   2. Lék či látka mohou vyvolat příznaky dle kritéria A
C. Porucha není lépe vysvětlitelná psychotickou poruchou, která není vyvolána látkami.
D. Porucha se nevyskytuje výhradně během deliria.
E. Porucha způsobuje klinicky významný distres nebo zhoršení v sociální, pracovní nebo jiné důležité oblasti fungování (American Psychiatric Association, 2015).

2.5 Reziduální psychotická porucha

2.5.1 Diagnostická kritéria

MKN-10

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) spadá reziduální psychotická porucha do kategorie F10-F19 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek. Tato klasifikace ji zařazuje pod kód F1x.7 (Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem) a dále je pak kódována podle konkrétní užívané látky (World Health Organization, 2016).

World Health Organization (2016) v rámci MKN-10 stanovuje základní diagnostická kritéria takto:

> „Porucha, u níž změny v poznávání, afektu, osobnosti nebo chování, vyvolané alkoholem nebo psychoaktivní substancí, přetrvávají za období, kdy přímý účinek ve vztahu k psychoaktivní látce může být předpokládán. Nástup poruchy by měl mít přímý vztah k užití psychoaktivní látky. Případy, kdy se úvodní nástup stavu objevuje později než epizoda (epizody) užití látky, by měl být kódován zde jen tehdy, je-li dosažitelný jasný a přesvědčivý doklad, že tento účinek můžeme přisoudit reziduálnímu účinku psychoaktivní látky. „Flashbacks" mohou být částečně odlišeny od psychotického stavu svou epizodickou povahou, běžně velmi krátkého trvání a svým opakováním dřívějších zkušeností ve vztahu k alkoholu nebo jiné psychoaktivní látce.“ (World Health Organization, 2016)

MKN-11

Přímý ekvivalent reziduální psychotické poruchy se v nové klasifikaci MKN-11 již nenachází. Zůstává pouze diagnóza Psychotická porucha vyvolaná konkrétní látkou (Tyrer, 2023).

DSM-5

V diagnostickém a statistickém manuál 5. revize (DSM-5) je definována pouze diagnóza Psychóza vyvolaná užíváním návykových látek (American Psychiatric Association, 2015).

3 Schizofrenie

3.1 Prevalence a etiopatogeneze

Schizofrenie postihuje asi 1 % populace (Insel, 2010). Prevalence onemocnění na území České republiky dosahuje 1–1,5 % (Markovič, 2012).

Etiopatogeneze vzniku schizofrenie v současné době není známá. Způsob, jakým genetické, neuroanatomické či psychosociální změny vedou ke vzniku schizofrenie není dosud jasně definován (Watson, 2024; World Health Organization, 2022).

V rámci etiopatogeneze byl vytvořen tzv. „neurovývojově-vulnerabilně-neurochemický“ model (neurodevelopmental-vulnerability-neurochemical model). Ten je však velmi obecný a napovídá skutečnosti, že rozvoj schizofrenie je spojen s mnoha vnitřními a vnějšími faktory (Fišar, 2023). Vzhledem k tématice práce je podrobněji zpracována pouze etiopatogeneze v kontextu užívání návykových látek.

3.1.1 Etiopatogeneze v kontextu užívání návykových látek

Studie ukazují, že u 9–46 % osob s toxickou psychózou se změní diagnóza z toxické psychózy na schizofrenii. Riziko takové progrese závisí na typu látky. U pacientů s kanabisovou psychózou je to 25–46 %, u pacientů s psychózou vyvolanou halucinogeny 14–43 %, u pacientů s amfetaminovou psychózou 14–34 % a u alkoholové toxické psychózy asi 10 % (Murrie et al., 2020).

Rizikové faktory rozvoje schizofrenní poruchy u pacientů se SIP

SIP (psychóza vyvolaná užíváním návykových látek) se jeví jako rizikový faktor pro přechod do primární psychotické poruchy (např. schizofrenie). Mechanismy SIP (jak již bylo zmíněno) nejsou přesně zmapovány. Při rozvinutí schizofrenního onemocnění hrají roli genetické, neurobiologické a environmentální faktory. Zdá se, že jedinci, u kterých dojde k přechodu ze SIP na schizofrenii, mají stejnou genetickou predispozici jako lidé se schizofrenií. Míra přechodu se liší v závislosti na užívané látce (Garson et al., 2023). Garson et al. (2023) uvádějí, že u pacientů s psychotickou poruchou vyvolanou užíváním konopí je pravděpodobnost přechodu přibližně 46 %, zatímco u psychózy vyvolané alkoholem je to zhruba 5 %.

Studie ze Švédska, Dánska a Finska, které využívají data z národních registrů, odhadují pravděpodobnost přechodu psychotické poruchy do schizofrenie mezi 6 až 17 %. V meta-analýze bylo zjištěno, že ze 34 244 pacientů s psychotickou poruchou (SIP – substance induced

psychosis) byla celková míra přechodu do schizofrenie 25 % (Murrie et al., 2020). Přibližně u poloviny těchto pacientů se tak stalo během prvních tří let po prvním projevu SIP (Starzer et al., 2017).

Rizikové faktory spojené s přechodem k procesuálnímu schizofrennímu onemocnění u pacientů se SIP nemají jasný charakter a nemusí se vyskytovat vždy. Nejčastěji však zahrnují následující: mužské pohlaví, nízký věk při první diagnóze SIP, opakované epizody SIP, přetrvávající porucha užívání návykových látek (zejména konopí a metamfetamin), výskyt schizofrenie v rodinné anamnéze (Fiorentini et al., 2021; Niemi-Pynttäri et al., 2013). Jedinci, u kterých k přechodu do schizofrenního onemocnění nedojde mají tendenci mít nižší výskyt duševních onemocnění v rodinné anamnéze, lepší premorbidní přizpůsobení a lepší náhled na prožitou psychózu (Caton et al., 2007).

3.2 Průběh a prognóza

Schizofrenie je porucha, která nebývá tzv. epizodického charakteru. Její průběh je však velmi variabilní. Klinický obraz tedy závisí tom, zda se pacient aktuálně nachází ve fázi premorbidní, prodromální, ve fázi první epizody, remise nebo relapsu (ataka) (Millan et al., 2016).

Prodromální období je období, které předchází první epizodě. Postupně se začínají objevovat negativní příznaky onemocnění, často lze také zaznamenat zvýšenou senzitivitu, nápadné introvertní zaměření, omezenou schopnost osamostatnění a ztrátu spontaneity. Prodromy se mohou (ale nemusí) objevovat v řádech měsíců až několika let před plným propuknutím schizofrenie (Orel, 2020; Ross et al., 2010; Vágnerová, 2014).

V průběhu první epizody a následných relapsů nabývají na intenzitě pozitivní i negativní symptomy spojené s diagnózou schizofrenie (Orel, 2020). Pacienti spolu s přibývající intenzitou příznaků postupně přestávají rozumět světu a diferencovat realitu od prožívaných symptomů. Dále dochází k výrazným poruchám kognitivních funkcí, dostavují se afektivní symptomy a poruchy motivace a iniciativy (Vágnerová, 2014).

Remise je obdobím mezi atakami. V těchto obdobích může dojít i k plnému navrácení do normálního života, ale většinou u pacientů zůstává určitá úroveň reziduálních symptomů. Přestože akutní příznaky onemocnění ustupují, nemocní často zažívají tzv. postpsychotickou depresi a mnohdy přetrvává silná únava a potíže s opětovnou adaptací v běžném životě (Orel, 2020; Vágnerová, 2014).

Zmíněný epizodický průběh onemocnění se taktéž liší. Asi u 10 % pacientů po odeznění první ataky dochází k uzdravení. Opakované epizody remisí a relapsů zažívá asi 60 % nemocných. Chronický průběh s kontinuálním přetrváváním symptomů zasáhne asi 30 % pacientů (Orel, 2020; Vágnerová, 2014).

Prognóza schizofrenie je velmi individuální a závisí na mnoha vnějších i vnitřních faktorech (počet relapsů, doba neléčené psychózy, věk propuknutí první epizody, vzdělání). Předpoklady pro plné vyléčení jsou velmi limitované, proto se hovoří spíše o možnostech zotavení. Někteří pacienti jsou schopni samostatného života s nízkou mírou podpory, většina pacientů je však celoživotně odkázána na intenzivní psychosociální pomoc (chráněná práce a bydlení, ambulantní či ústavní psychologické a psychiatrické služby, psychoterapie apod.) (Orel, 2020; Pěč & Probstová, 2009).

3.3 Symptomatika

Schizofrenie je porucha velmi heterogenní a její průběh je velmi individuální. Obvykle se vyznačuje tzv. pozitivní (halucinace, bludy, inkoherence až dezorganizace myšlení a možná agresivita) a negativní symptomatikou (hypobulie, emoční oploštělost, sociální stažení, anhedonie, zhoršená sebepéče, alogie a hypomimie). Dále se vyskytují psychomotorické abnormality v podobě pohybových stereotypií, zárazů a v ojedinělých případech katatonie. S onemocněním se pojí i různá míra kognitivních dysfunkcí (Uhrová & Roth, 2020).

3.4 Diagnostická kritéria

3.4.1 MKN-10

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (MKN-10) spadá schizofrenie do kategorie F20-F29 – Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Tato klasifikace ji dále dělí podle různých podtypů. Ty zahrnují schizofrenii paranoidní (F20.0), hebefrenní (F20.2), katatonní (F20.3) a nediferencovanou (F20.4). Dále pod kód F20 spadá postschizofrenní deprese, reziduální schizofrenie, schizophrenia simplex a jiná schizofrenie (World Health Organization, 2016).

World Health Organization (2016) v rámci MKN-10 stanovuje základní diagnostická kritéria takto:

> „Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasné vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu doby se mohou

vyvinout určité kognitivní defekty. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují: ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládání; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky. Průběh schizofrenických poruch je bud' trvalý nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, anebo může být jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí. Diagnóza schizofrenie by neměla být stanovena za přítomnosti rozsáhlých nebo manických symptomů, pokud není jasné, že schizofrenní příznaky předcházely afektivní poruchu. Schizofrenie by rovněž neměla být diagnostikována v přítomnosti zřejmého onemocnění mozku nebo během stavů intoxikace nebo odnětí drogy.“ (World Health Organization, 2016)

3.4.2 MKN-11

Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize (MKN-11) nerozlišuje jednotlivé podtypy schizofrenie, nýbrž se přiklání ke specifikaci průběhu. Schizofrenie v této klasifikaci spadá do kategorie 06 – Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy, kde je dále zařazena do kategorie 6A – Schizofrenie nebo jiné primární psychotické poruchy. Samotná schizofrenie nese kód 6A20 (World Health Organization, 2019).

World Health Organization (2019) v rámci MKN-11 stanovuje základní diagnostická kritéria takto:

„Schizofrenie je charakterizována poruchami četných duševních modalit, včetně myšlení (např. bludy, dezorganizace formálního myšlení), vnímání (např. halucinace), prožitků sebe sama (např. prožitky, že jedincovy pocity, impulzy, myšlenky nebo chování jsou ovládány vnější silou), kognice (např. porucha pozornosti, verbální paměti a sociální kognice), vůle (např. ztráta motivace), afektu (např. oploštělý emoční projev) a chování (např. bizarní nebo bezúčelné chování, nepředvídatelné nebo nepřiměřené emoční reakce, které narušují uspořádané chování). Mohou být přítomny psychomotorické poruchy, včetně katatonie. Trvalé bludy, přetrvávající halucinace, poruchy myšlení a prožitky ovlivňování, pasivity nebo kontroly jsou považovány za jádrové příznaky. Ke stanovení diagnózy schizofrenie musí příznaky trvat alespoň jeden měsíc. Příznaky nejsou projevem jiného onemocnění (např. mozkový nádor) a nejsou způsobeny účinky látky nebo léků působících na centrální nervový systém (např. kortikosteroidy) včetně jejich vysazení (např. alkoholový abstinenční syndrom).“ (World Health Organization, 2019)

3.4.3 DSM-5

DSM-5 definuje schizofrenii jako psychotickou poruchu charakterizovanou poruchami myšlení, emoční reaktivity a chování. Uvádí následující kritéria pro diagnostiku schizofrenie (American Psychiatric Association, 2015):

A. Přítomnost dvou nebo více z následujících příznaků po dobu alespoň 1 měsíce (nebo delší), přičemž alespoň jeden z nich musí být 1, 2 nebo 3:
   1. Bludy
   2. Halucinace
   3. Dezorganizovaná řeč
   4. Hrubě dezorganizované nebo katatonické chování
   5. Negativní příznaky jako je např. snížený emoční projev

B. Významné zhoršení v jedné z hlavních oblastí fungování (práce, mezilidské vztahy nebo péče o sebe) po významnou část doby od nástupu poruchy.

C. Přítomnost příznaků po dobu nejméně 6 měsíců. Toto období musí zahrnovat alespoň 1 měsíc příznaků (nebo kratší dobu, pokud bylo léčeno), které splňují kritérium A (aktivní fáze) a může zahrnovat období reziduálních příznaků, kdy mohou být přítomny pouze negativní příznaky.

D. Schizoafektivní porucha a bipolární nebo depresivní porucha s psychotickými rysy byly vyloučeny:
   1. Během aktivní fáze se nevyskytly žádné epizody těžké deprese nebo mánie.
   2. Pokud k epizodám poruchy nálady (depresivním nebo manickým) došlo během aktivní fáze a jejich celkové trvání je oproti aktivnímu a reziduálnímu období kratší.

E. Porucha není způsobena účinky návykových látek nebo jiným somatickým onemocněním.

F. Pokud je v anamnéze porucha autistického spektra nebo komunikační porucha, diagnóza schizofrenie se stanoví pouze tehdy, pokud jsou přítomny výrazné bludy nebo halucinace spolu s dalšími příznaky po dobu alespoň 1 měsíce (American Psychiatric Association, 2015).

4 Diferenciální diagnostika

Diferenciace mezi schizofrenií a psychózou vyvolanou užíváním návykových látek (SIP) je složitou a klíčovou oblastí nejen výzkumu, ale i klinické praxe. Vzhledem k překrývajícím se symptomům se zvyšuje riziko chybné diagnostiky. Výzva spočívá ve stanovení, zda jsou psychotické symptomy přímým důsledkem užívání látky nebo zda signalizují přítomnost primární psychotické poruchy jako je schizofrenie (Semančíková et al., 2024).

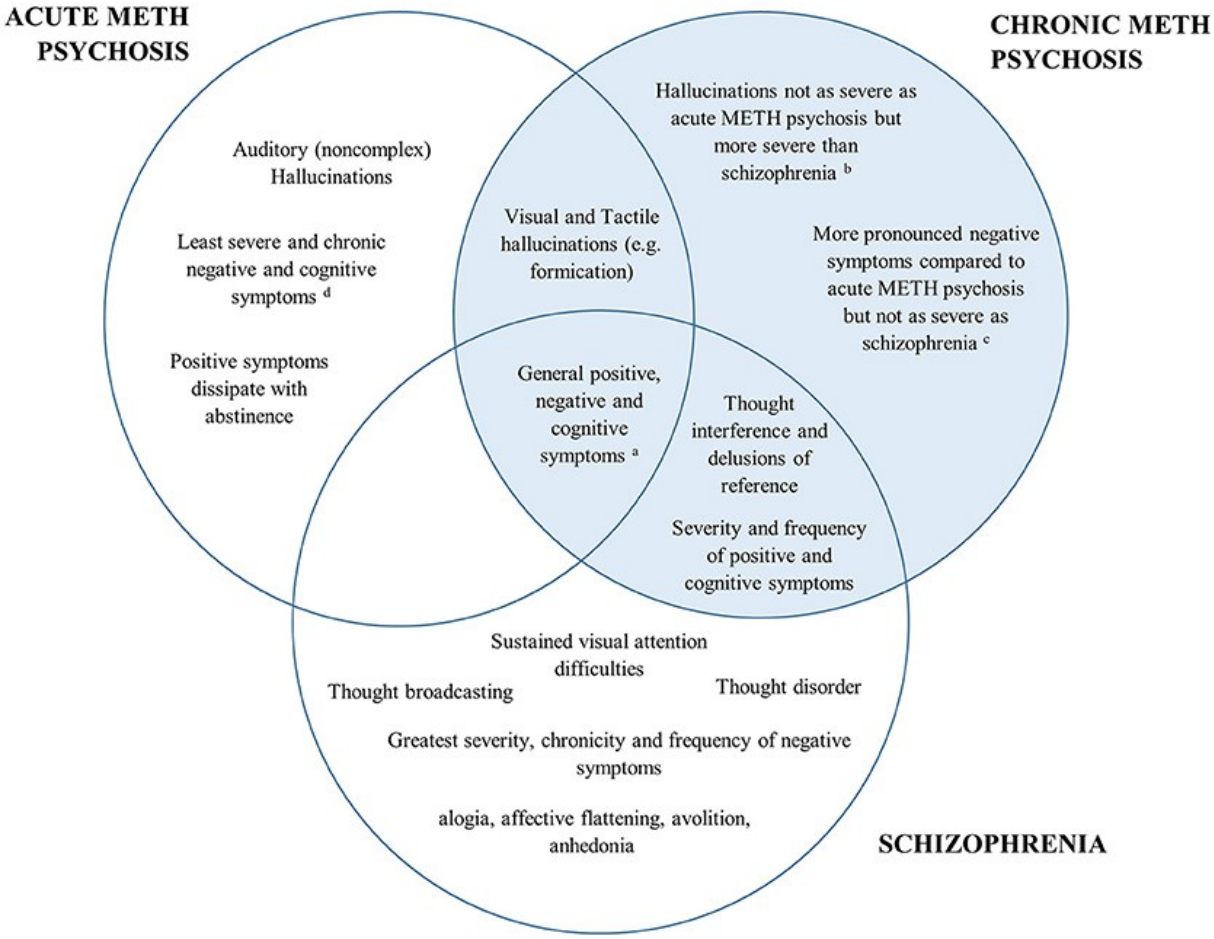
Překryv symptomatiky je výrazný. Nejen proto je na místě znát klinický obraz, diagnostická kritéria a obraz standardizovaných testových metod jednotlivých diagnóz pro rozlišení uvedených poruch (Hjorthøj et al., 2020; Mauri et al., 2017). Tyto znalosti hrají významnou roli i v případě, že se jedná pouze o screening a doporučení pro další diagnostiku.

Studie ukázaly, že jedinci s psychózou vyvolanou užíváním návykových látek (zejména konopí) mají výrazně vyšší riziko přechodu do schizofrenie. Populační studie zjistila, že 18,5 % jedinců s touto diagnózou bylo rediagnostikováno během tří let na schizofrenní spektrum poruch (Myran, 2023). Systematické review ukázalo, že míra přechodu z psychózy vyvolané užíváním konopí na schizofrenii může dosahovat až 40 % (Hjorthøj et al., 2020). Jiné studie ukazují, že přibližně 25 % pacientů původně diagnostikovaných s psychózou vyvolanou látkami bylo po roce přehodnoceno a diagnostikováno s primární psychózou (Mauri et al., 2017). To naznačuje, že ačkoliv se SIP může zpočátku jevit jako přechodný stav, může být zároveň předzvěstí chronické psychotické poruchy. Tento fakt však o to více komplikuje diferenciaci těchto dvou poruch (Semančíková et al., 2024).

Studie naznačují, že u pacientů se schizofrenní se obecně častěji objevují pocity vkládání a odjímání myšlenek a halucinace mají nejčastěji charakter auditivních hlasů imperativního či komentujícího rázu. Bludy jsou obecně méně strukturované a je jich kvantitativně více než je tomu u pacientů s toxickými psychózami. Schizofrenní pacienti mívají horší náhled na prožívanou symptomatiku a dochází u nich k větší dezorganizaci myšlení a ztrátě kontaktu s realitou. Kognitivní funkce by se měly rychleji navracet do premorbidní úrovně u pacientů s toxickými psychózami (zde však záleží na délce užívání). Žádná z uvedených odlišností však nemusí být platná ve všech případech a jedná se spíše o diagnostická vodítka, což proces diferenciace značně ztěžuje (Hides et al., 2015; Semančíková et al., 2024; Vergara-Moragues et al., 2016).

Tato vodítka je vhodné obecně sledovat, jelikož se v řadě případů jedná o psychózy způsobené kombinací návykových látek, nikoliv pouze jednou specifickou látkou (Semančíková et al., 2024; Vergara-Moragues et al., 2016).

Uvedený Vennův diagram *(obrázek 1)* přehledně ukazuje překryv psychiatrické a kognitivní symptomatiky mezi akutní metamfetaminovou psychózou, chronickou metamfetaminovou psychózou a schizofrenií. V tomto případě lze rozpoznat rozdíl zejména v oblasti negativní symptomatiky (Wearne & Cornish, 2018). Tato kritéria je možné sledovat při klinickém diferenciálně-diagnostickém uvažování.



Obrázek 1: Překryv symptomatiky (Wearne & Cornish, 2018)

V případě kanabisové psychózy může být negativní symptomatika naopak velmi podobná schizofrenním symptomům. Studie ukazují na možné rozdíly v bludné produkci, dezorganizovanosti myšlení a asociačních přeskocích, které jsou u schizofrenních pacientů výraznější než u pacientů s toxickou psychózou tohoto typu (Kalina, 2015; Woolridge et al., 2022). U chronických uživatelů se poločas eliminace látek prodlužuje na 5–13 dní oproti 1,3 dne u příležitostných konzumentů. Tento dlouhý eliminační poločas způsobuje, že akutní kanabisová psychóza může přetrvávat delší dobu než psychózy vyvolané jinými látkami.

Chronické užívání THC může také vést k rozvoji apaticko-abulického syndromu, který může být zaměněn za negativní příznaky schizofrenie (D'Souza et al., 2009; Moore et al., 2007; Semančíková et al., 2024).

V případě halucinogenů změněný stav vědomí zahrnuje senzorické zkreslení, synestezii a změny vnímání času (Preller & Vollenweider, 2017). Ačkoli jsou změny ve vizuálním vnímání běžné, obvykle je lze odlišit od reality a při mírných dávkách se nepovažují za skutečné halucinace. Účinky jsou obtížně předvídatelné a závisí na aktuálním rozpoložení, "settingu" (prostředí) a dávce (Bogenschutz & Johnson, 2015). Krebs a Johansen (2013) provedli retrospektivní studii a nenašli žádnou významnou souvislost mezi celoživotním užíváním psychedelik a zvýšeným rizikem duševních onemocnění. Podobně Rucker et al. (2017) uvedli, že v novodobých studiích s LSD, psilocybinem nebo ayahuascou nebyly zaznamenány žádné případy dlouhodobé psychózy nebo přetrvávající halucinogenní percepční poruchy.

U alkoholových psychóz jsou typickými bludy žárlivecké a paranoidní bludy. Diagnostika může být ztížena tím, že reálná nevěra partnera není vzácná, což může vést k chybnému posouzení bludu. Charakteristickým rysem bludu je však to, že pacient dospívá k závěrům nelogickými či inkoherentními úvahami. Oproti pacientům s běžnou závislostí na alkoholu mají jedinci s alkoholovou toxickou psychózou výraznější kognitivní deficit. Při abstinenci obvykle dochází k ústupu příznaků během jednoho týdne a prognóza je tedy příznivá. Bludy však mohou přetrvávat i dlouho po abstinenci, může být diagnóza těchto pacientů nesprávně stanovena jako porucha s bludy či právě schizofrenie místo správné kategorie F10.5 nebo F10.7 v rámci poruch spojených s užíváním alkoholu (Jordaan et al., 2009; Semančíková et al., 2024).

Diagnostický proces dále komplikuje delirium tremens, které se projevuje nejen vizuálními halucinacemi (často ve formě mikrozoopsie), ale také taktilními a sluchovými halucinacemi. Dále je přítomen třes, pocení, hypertenze, tachykardie, nevolnost, nespavost a kvalitativní porucha vědomí v rámci odvykacího stavu (Jordaan et al., 2009; Semančíková et al., 2024).

Počty pacientů v ČR s diagnostikovanými toxickými psychózami jsou oproti diagnózám schizofrenního okruhu nízké: 1 889 vs. 46 425 pacientů v ambulantní péči, 716 vs. 8691 pacientů v hospitalizaci (údaje z roku 2020) (Semančíková & Bezdíček, 2023).

4.1 Časové hledisko

Navzdory snaze stanovit jasná kritéria pro psychózu vyvolanou užíváním návykových látek zůstává vztah mezi užíváním drog a psychotickými symptomy složitý. Chronologická kritéria často nestačí k prokázání přímé příčinné souvislosti. Pro potvrzení, že psychotické symptomy nejsou způsobeny drogami, je nutné, aby přetrvávaly i během dlouhodobé abstinence. Přestože se očekává, že psychózy vyvolané drogami během abstinence odezní, u některých jedinců, zejména těch, kteří užívali více látek, se mohou halucinace objevovat i po ukončení užívání drog a stanovené době 1-6 měsíců (Fiorentini et al., 2021; Mauri et al., 2017).

Psychóza vyvolaná užíváním návykových látek se vyznačuje vznikem psychotických symptomů během nebo krátce po užití látky, přičemž psychotické symptomy po jejím vysazení obvykle vymizí. Podle DSM-5 je diagnóza substance-induced psychosis (SIP) stanovena tehdy, pokud se symptomy objeví do jednoho měsíce od intoxikace nebo odvykání od látky (Wong et al., 2022). K tomuto DSM-5 poskytuje možná diferenciální vodítka v podobě časového hlediska. Manuál uvádí jako důležité, „že *psychotické příznaky trvají značnou část období (např. okolo 1 měsíce)“* (American Psychiatric Association, 2015).

Časové hledisko je sice důležitým ukazatelem, ale nelze se na něj v rámci diagnostického uvažování plně spolehnout, jelikož se v řadě případů mohou psychotické příznaky objevovat i po uplynutí uváděných 6 měsíců pro vymizení symptomů. I tento samotný interval se však v literatuře liší (viz. např. již zmíněný DSM-5, který udává dobu 1 měsíc) (D'Souza et al., 2009; Semančíková et al., 2024).

Prognostický faktor ve formě globálního fungování a navrácení do premorbidní úrovně je zásadním diferenciálně-diagnostickým vodítkem, avšak jedná se spíše o využitelný retrospektivní ukazatel. Očekávání projevení tohoto kritéria může totiž prodlužovat dobu neléčené psychózy (DUP) u schizofrenní poruchy (Fond et al., 2017).

4.2 Klinické metody

Klinické metody hrají v rámci komplexní diagnostiky i screeningu zásadní roli. Důraz je kromě aktuálního klinického obrazu kladen na rodinnou anamnézu a historii duševních onemocnění v rodině. Dále je důležité zaměření na možné změny chování a premorbidní sociální fungování. V rámci rozhovoru a pozorování je kromě všech obvykle pozorovaných oblastí pozornost zaměřena zejména na řeč, psychomotorické tempo, latence reakcí a bizarní chování či reagování (Svoboda, 2022; Williams et al., 2024).

Ačkoli nejsou klinické metody jediným nástrojem k posouzení diagnózy, zahrnují řadu naprosto zásadních kroků. Na základě znalosti možných diferenciálních kritérií je možné a nutné vést rozhovor zaměřený na tyto oblasti. Kontext sledovaných rozdílů totiž zásadně doplňuje další metody, které jsou k takové diagnostice používány (Dawe et al., 2011; Wearne & Cornish, 2018). Klinické posouzení stavu pacienta je v kompetencích adiktologa, který může přispět svými poznatky v procesu stanovování diagnózy a zároveň napomáhá triangulaci dat.

Dawe et al. (2011) longitudinálně sledovali dvě skupiny pacientů. První skupina sestávala z pacientů s psychózou vyvolanou různými návykovými látkami (SIP). Druhá skupina byla složena z pacientů s primární psychotickou poruchou (PPD). 35 z 51 pacientů s PPD uvedlo, že během 30 dnů před přijetím do nemocnice užili konopí nebo amfetamin pouze jednou nebo vůbec. Vzhledem k relativně nízké míře nedávného užívání návykových látek ve skupině PPD, byly mezi skupinami významné rozdíly v průměrném počtu dní užívání amfetaminu (SIP: M = 11,3, SD = 11,5; PPD: M = 0,6, SD = 2,6) a užívání konopí (SIP: M = 21,4, SD = 11,9; PPD: M = 6,5, SD = 11,2). Studie ukazuje další možná klinicky pozorovatelná vodítka při přijetí pacientů ze sledované skupiny. Účastníci s diagnózou SIP byli významně mladší (M = 25,3, SD = 5,9 let) než ti s PPD (M = 29,8, SD = 10,1 let). Mezi skupinami nebyly zjištěny žádné další rozdíly v pohlaví, délce trvání neléčené psychózy (DUP), počtu psychotických epizod nebo délce hospitalizace (Dawe et al., 2011).

Klinické charakteristiky schizofrenie a psychózy vyvolané užíváním látek vykazují jak podobnosti, tak rozdíly. Například pacienti se schizofrenií často vykazují premorbidní osobnostní rysy, jako jsou schizoidní charakteristiky, které se u psychózy vyvolané užíváním látek vyskytují méně často. Stejně je tomu u prodromálních příznaků (Elserafi & Hewedi, 2014). Tyto rozdíly zdůrazňují význam důkladného klinického hodnocení a dlouhodobého sledování k potvrzení stability diagnózy v čase.

4.2.1 Anamnéza a rozhovor

Jak již bylo zmíněno, časové hledisko může být v mnoha případech naprosto zásadním diferenciálním kritériem. Překryv symptomů, jako jsou halucinace a bludy, vyžaduje pečlivé zvážení anamnézy užívání látek a časové zmapování nástupu příznaků ve vztahu k užívání látek (Woolridge et al., 2022).

Dle již zmiňovaného výzkumu měla skupina PPD měla významně vyšší výskyt psychózy v nejbližší rodině ve srovnání se skupinou SIP. V průběhu rozhovoru je tedy zásadní

zaměření na detailní rodinnou anamnézu s důrazem na historii psychiatrických onemocnění (Dawe et al., 2011).

Anamnesticky důležitým údajem jsou možné premorbidní změny v chování a myšlení pacientů, které mohou naznačovat výskyt prodromálních příznaků schizofrenie. Prodromální období může být jedním z důležitých klinických údajů při pozdějším stanovení diagnózy (Elserafi & Hewedi, 2014; Woolridge et al., 2022).

První epizoda schizofrenie se nejčastěji objevuje u mužů mezi 16-25. rokem života a u žen 22.-34. rokem. Propuknutí schizofrenie v dětském věku a ve věku nad 40 let je velmi vzácné. Toto však neplatí u toxických psychóz, které se mohou rozvinout relativně kdykoliv v průběhu života. Nejen proto je na místě sestavit pomyslnou časovou osu rozvoje příznaků a plného propuknutí psychotických obtíží (Dawe et al., 2011; Orel, 2020).

Zásadní je mapování globálního fungování včetně běžných sebeobslužných úkonů, schopnosti plnit pracovní závazky apod. Neméně důležitá je pak sociální angažovanost a schopnost a snaha navazovat kontakty (Rossel et al., 2019).

V rozhovoru je dále důležité mapovat již zmíněný náhled na prožívanou symptomatiku (Semančíková et al., 2024).

V neposlední řadě je anamnesticky významné mapování sociální situace. Bezdomovectví a pobyty ve vězení totiž statisticky významně korelují právě u pacientů s toxickými psychózami (Hides et al., 2015; Semančíková et al., 2024; Vergara-Moragues et al., 2016).

4.2.2 Pozorování

V rámci pozorování je na místě zaměření na negativní symptomy v podobě hypomimie, které jsou velmi typické pro schizofrenie, ale u toxických psychóz (vyjma kanabisové) jsou spíše neobvyklé. Emoční projev u toxických psychóz bývá bohatý, naopak stažení dominuje opět v případě kanabisových psychóz.

Na místě je také sledování tzv. zahlížení, které může indikovat vizuální halucinace. Ty jsou typické pro toxické psychózy a u schizofrenií se objevují spíše zřídka (Hides et al., 2015; Semančíková et al., 2024; Vergara-Moragues et al., 2016).

Důležité je sledovat řečový projev a registrovat možné neologismy a zvláštní výrazy v jazyce pacienta. Ty jsou totiž velmi typické pro schizofrenní pacienty a mohly by být jednou z indikací pro doporučení dalšího vyšetření (Rossel et al., 2019).

4.3 Testové metody

Testové metody jsou (vyjma screeningových) metod doménou psychologické diagnostiky a adiktolog je tedy využít nemůže (Svoboda et al., 2015). Proto je v této práci důraz kladen na metody klinické a proces komplexní diferenciální diagnostiky je nastíněn pouze krátce.

Komplexní psychologické vyšetření je spolu s klinickými metodami zásadním ukazatelem v procesu potvrzení či vyloučení schizofrenního onemocnění. Je využíváno zejména v případě, kdy klinické metody v podobě anamnestických údajů, pozorování, časového hlediska a ustupujících psychotických symptomů nejsou dostačující pro stanovení konečné diagnózy. Využití testových metod však neubírá na důležitosti klinického posouzení a možnosti triangulace dat o pacientovi (Svoboda, 2022; Williams et al., 2024).

V procesu diferenciální diagnostiky s cílem odlišit primární psychotickou poruchu a toxickou psychózu (většinou reziduální) jsou nejčastěji využívány tyto metody: pozorování, rozhovor, WAIS-III (Wechslerova inteligenční škála pro dospělé), ROR (Rorschachův test), TAT (Tematický apercepční test) a PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) (Svoboda et al., 2015).

V zahraničí jsou často používané metody pro mapování prodromální symptomatiky. Ty však zatím nejsou k dispozici v české standardizované verzi (Häfner & Maurer, 2006).

Psychologické vyšetření má nejvyšší inkrementální validitu po šestiměsíční abstinenci pacienta. V praxi je však mnohdy využíván interval jednoho měsíce podle DSM-5 s doporučením kontrolního vyšetření (Semančíková et al., 2024; Woolridge, 2022).

4.4 Důsledky chybné diagnostiky

Klinické důsledky chybné diagnostiky mohou být závažné. Pacienti mylně klasifikovaní jako mající psychózu vyvolanou látkami nemusí dostat odpovídající dlouhodobou léčbu schizofrenie, což může vést k horším výsledkům (Fiorentini et al., 2011).

Tradiční režimová léčba závislosti může být pro pacienty s primárním psychotickým onemocnění příliš náročná a může vést k předčasnému vypadnutí z léčby tzv. drop out (Kalina, 2015; Roncero et al., 2011; Subodh et al., 2018).

Řada pacientů se schizofrenií vykazuje dlouhou dobu neléčené psychózy (DUP). Studie naznačují, že nástup onemocnění před 19. rokem života a užívání návykových látek (zejména konopí) jsou spojeny s dlouhou dobou DUP u pacientů se schizofrenií (Fond et al., 2017). DUP

vede k řadě komplikací, výrazně zhoršuje prognózu a obecně komplikuje možnosti zotavení. Takové prodloužení DUP může být mimo jiné způsobeno i chybnou diagnostikou a záměnou psychotických poruch (Catalan et al., 2024).

4.4.1 Intervence u pacientů s duální diagnózou

Nastavení konkrétních léčebných postupů u pacientů s duální diagnózou je velmi komplexním a nejednoznačným fenoménem. Konkrétně v oblasti duálních poruch schizofrenního spektra hraje roli zejména včasná a přesná diagnostika a následné přizpůsobení léčby individuálním potřebám pacientů (Roncero et al., 2011; Subodh et al., 2018).

V rámci péče o pacienty s duální diagnózou v oblasti schizofrenního okruhu je zásadní včasná diagnostika a intervence pro zkrácení průběhu neléčené psychózy (DUP – duration of untreated psychosis). Tato doba má totiž zásadní vliv na prognózu onemocnění (Marshall et al., 2005; Semančíková et al., 2024).

Roncero et al. (2011) navrhují 6 základních principů pro integrované léčebné programy pacientů s duální diagnózou v oblasti schizofrenního onemocnění:

1. Program by měl být snadno dostupný.
2. Přizpůsobení se individuálním potřebám pacientů s cílem podpořit jejich dodržování léčby a reagovat na jejich specifické potřeby.
3. Stanovení cíle odpovídající realitě každého pacienta.
4. Vysoká intenzita a dodržování časového plán kontaktu.
5. Dlouhodobost cílů léčby, které zohledňují veškeré potřeby pacientů.
6. Edukace multidisciplinárního týmu v oblasti duševního zdraví a závislostí a schopenost vypracovat komplexní léčebný plán (Roncero et al., 2011).

Subodh et al. (2018) uvádí, že samotná psychosociální péče o pacienty s duální diagnózou je náročná a vyžaduje komplexní přístup zahrnující multidisciplinární tým. Klíčové zásady psychosociální léčby u pacientů s duální diagnózou jsou následující:

a) V průběhu procesu navazování kontaktu je zásadní zaměření na budování podpůrného terapeutického vztahu a dbaní na přístupy zaměřené na modifikované posilování motivace. To vše je podstatné s ohledem na možné paranoidní ladění pacientů.
b) Jasné vytvoření individuálního plánu péče.

c) Pomoc pacientům osvojit si dovednosti potřebné pro abstinenci a zotavení pomocí různých principů jako je poradenství zaměřené na prevenci relapsu, terapie využívající behaviorální a kognitivní principy apod.

d) Podpora pozitivního vztahu s rodinnými příslušníky formou informovanosti o nemoci (užívání návykových látek a duševní nemoc) a jiných podpůrných sítích.

e) Case management během kritických období s vysokým rizikem relapsu s cílem podpořit udržení v léčbě vede k úspěšnějším výsledkům (Subodh et al., 2018).

Z uvedených studií vychází, že péče o tyto pacienty by měla být zejména individuální s respektem a ohledem na globální výkonnost a možnosti pacientů (Roncero et al., 2011; Subodh et al., 2018). Je tedy zřejmé, že klasická režimová léčba může být pro jedince s tímto druhem obtíží příliš zatěžující a nedostatečně respektující ke schopnostem a možným omezením pacientů.

Tranberg et al. (2024) zároveň naznačují nedostatek výzkumu v této oblasti a poukazují na potenciál pro budoucí výzkum a testování intervencí zaměřených na tuto zranitelnou skupinu pacientů v prostředí všeobecné praxe.

Empirická část

5 Cíle výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je vytvoření komparativní případové analýzy (Williams & Vogt, 2011). Ta, má za cíl mapovat klinicky pozorovatelné aspekty reziduální psychotické poruchy v porovnání se schizofrenní poruchou pomocí retrospektivních zkušeností pacientů. Případová studie nabývá charakteru tzv. deskriptivní případová studie. Má tedy za cíl kompletní popis určitého jevu (Hendl, 2023; Williams & Vogt, 2011). V tomto případě se jedná o popis klinicky pozorovatelných specifik trajektorie vývoje toxické psychózy.

Vzhledem k tomu, že rozvoj, průběh a prognóza opakovaných toxických psychóz je velmi komplexním a heterogenním fenoménem, jeví se jako vhodné hloubkové zmapování problematiky právě pomocí případové studie. Ta zároveň dokáže komparativní formou nastínit samotné klinické uvažování.

5.1 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka zní:

„Jaká jsou klinicky pozorovatelná specifika opakovaných toxických psychóz oproti schizofrenní poruše?“

Další výzkumné otázky jsou:

„Jaký byl vývoj užívání návykových látek a následné toxické psychózy z pohledu pacientů?“

„Jak se liší nástup a časový průběh toxických psychóz a schizofrenní poruchy z pohledu pacientů?“

„Jaký byl průběh toxických psychóz z pohledu pacientů?“

„Jak pacient popisuje průběh schizofrenního onemocnění ve vztahu k předchozím toxickým psychózám?“

6 Výzkumný soubor

Výzkumný vzorek sestává ze dvou participantů. Pro vytvoření komparativní případové studie byla zvolena metoda Velmi podobných případů (Very Similar Cases). Ta spočívá ve výběru případů, které jsou velmi podobné, ale mají jeden hlavní odlišný prvek (Williams & Vogt, 2011).

Základní soubor tvoří jedinci ve věku 20–65 let, u nichž docházelo k dlouhodobému abúzu psychoaktivních látek (minimálně 2 roky). Zároveň se jedná se o pacienty, kteří zažili opakované toxické psychózy (minimálně 3x). Podmínkou zařazení do výzkumu je, aby u těchto jedinců bylo provedeno komplexní psychologické vyšetření s diferenciálně diagnostickou zakázkou: potvrzení či vyloučení schizofrenního procesu. Posledním důležitým kritériem je, aby participanti v době rozhovoru alespoň měsíc abstinovali a nevykazovali známky akutní psychózy ani odvykacího stavu.

Odlišným prvkem, a tedy odlišným výběrovým kritériem je diagnóza, pod kterou jsou pacienti vedeni. Participant č. 1 musí splňovat společná kritéria a je veden pod diagnózou schizofrenie (F20: na typu nezáleží). Participant č. 2 musí splňovat společná kritéria, ale diagnóza schizofrenie u něj nebyla pomocí komplexní diagnostiky potvrzena.

Základní charakteristiky participantů shrnuje *Tabulka 1*.

	Věk	**Diagnózy aktuální (Diagnózy v minulosti)**	**Začátek pravidelného užívání (2x týdně+)**	**Abstinence aktuálně**	**První psychotická epizoda**
Zdeněk	31 let	F19.7; F19.2 (F15.5; F19.5)	16 let (alkohol) 17 let (marihuana) 19 let (pervitin)	5 měsíců	24 let
Roman	30 let	F20.0 (F15.5; F19.2; F19.5; F32.0)	17 let (alkohol) 18 let (marihuana) 20 let (pervitin)	2 roky	20 let

Tabulka 1: Přehled základních údajů o participantech

7 Metoda

Pro vytvoření komparativní případové studie byla zvolena metoda Velmi podobných případů (Very Similar Cases). Ta spočívá ve výběru případů, které jsou velmi podobné, ale mají jeden hlavní odlišný prvek. Metoda je vhodná k posouzení rozdílů mezi jinak podobnými případy (Williams & Vogt, 2011).

7.1 Metoda získávání dat

Hlavní metodou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor (Braun & Clarke, 2022; Ferjenčík, 2000).

Počáteční otázky rozhovoru nabývají narativního charakteru a otevírají tak prostor pro výpravu. Otázky se dále přizpůsobují přirozenému směřování rozhovoru. Následně se uchylují ke konkrétnějším okruhům (pokud otázky nebyly zodpovězeny v předchozím vyprávění) tak, aby byly dostatečně zodpovězeny výzkumné otázky a rozhovor se příliš neodchýlil od zkoumané problematiky (Braun & Clarke, 2022; Ferjenčík, 2000; Miovský, 2006).

Návrh otázek pro rozhovor podle diferenciálních oblastí (na základě rešerše v teoretické části práce) byl strukturován takto:

Mapování možných prodromů a premorbidní stav

Pamatujete si, že by se ve Vašem životě něco změnilo, co bylo jinak oproti Vašemu normálu ve smyslu chování, sociálních interakcí apod.?

Vzpomenete si na možné změny ve svém chování nebo myšlení, které předcházely plnému rozvinutí první psychózy?

Všimli si těchto potencionálních změn i lidé ve Vašem okolí? Pokud ano, jak na ně reagovali?

Začátky užívání látek a první psychotické příznaky

Kdy jste začal/a užívat návykové látky? Co vás k tomu vedlo?

Jaký byl Váš duševní stav předtím, než jste začal/a užívat návykové látky? Měl/a jste tehdy nějaké psychické potíže?

Kdy jste poprvé začal/a vnímat změny ve svém myšlení, chování nebo emocích?

Pamatujete si, kdy se u vás začaly projevovat první psychotické příznaky? Dokážete říct, jaký vliv mělo užívání látek na tyto příznaky?

Průběh psychotických symptomů

Jaký byl průběh Vaší první toxické psychózy? Můžete popsat, jak se lišila od dalších epizod, které jste později zažil/a?

Jaké konkrétní příznaky (halucinace, bludy, zmatenost) jste pozoroval/a při toxické psychóze?

Jaký byl Váš duševní stav mezi jednotlivými epizodami toxických psychóz?

Jak se změnily Vaše psychotické zážitky v průběhu času

Jak dlouho trvalo, než se příznaky toxické psychózy zmírnily po ukončení užívání látek? Zůstaly některé příznaky trvale přítomné, a pokud ano, jaké to byly?

Jakým způsobem jste prožíval/a paranoidní nebo bludné myšlenky? Zhoršovaly se pod vlivem návykových látek?

Jaké byly Vaše zkušenosti s vysazením návykových látek? Zaznamenal/a jste zlepšení v psychickém stavu, nebo se příznaky nezměnily?

Globální fungování

Jakým způsobem ovlivnila toxická psychóza Vaše schopnosti zvládat každodenní život?

Jak se liší Váš každodenní život nyní oproti období, kdy jste zažíval/a toxické psychózy?

Jak se změnilo vaše vnímání reality během užívání návykových látek? Cítil/a jste někdy, že jste ztratil/a kontakt s realitou?

Jak jste vnímal/a své emoce během užívání látek oproti období abstinence?

Máte pocit, že se změnil váš způsob myšlení a rozhodování po toxických psychózách? Jak se liší od toho, jak přemýšlíte nyní, když už nejste pod vlivem látek?

Sociální interakce a vztahy

Změnil se váš postoj k lidem kolem vás, jakmile se začaly projevovat psychotické příznaky?

Jak vypadají Vaše mezilidské vztahy nyní?

Zvládání symptomů a intervence

Jak jste se snažil/a zvládat své příznaky a emoce během užívání návykových látek? Pomáhalo vám užívání nějakým způsobem nebo naopak zhoršovalo situaci?

Jakým způsobem jste reagoval/a na léčbu (léky, terapie)? Co Vám pomáhalo?

Heredita

Léčil se někdo z Vaší rodiny na psychiatrii?

Máte v rodině někoho, kdo trpěl nějakým typem psychotického onemocnění nebo bipolární poruchou?

Aktuální stav

Jak hodnotíte svůj současný stav? Vnímáte změny ve svém psychickém stavu po období Vaší abstinence?

Jak zvládáte každodenní život oproti období před začátkem užívání?

Jaký rozdíl cítíte mezi obdobím, kdy byla psychóza vyvolaná látkami a vaším současným stavem?

Jakým způsobem přemýšlíte o své budoucnosti? Vidíte možnost zotavení?

Tento rozhovor byl poté doplněn o anamnestické údaje, které v samotném polostrukturovaném rozhovoru nezněly. Anamnestický rozhovor obsahoval oblasti osobní, psychiatrické, rodinné, školní, farmakologické a sociální anamnézy a historii užívání návykových látek (Miovský, 2006).

Další metodou sběru dat bylo přímé pozorování participantů. Jednalo se o pozorování zaměřené. Pozornost byla zaměřena na zejména diferenciálně diagnostické oblasti (Mapování možných prodromů a premorbidní stav, Začátky užívání látek a první psychotické příznaky, Průběh psychotických symptomů, Globální fungování, Sociální interakce a vztahy, Zvládání symptomů a intervence, Heredita, Aktuální stav).

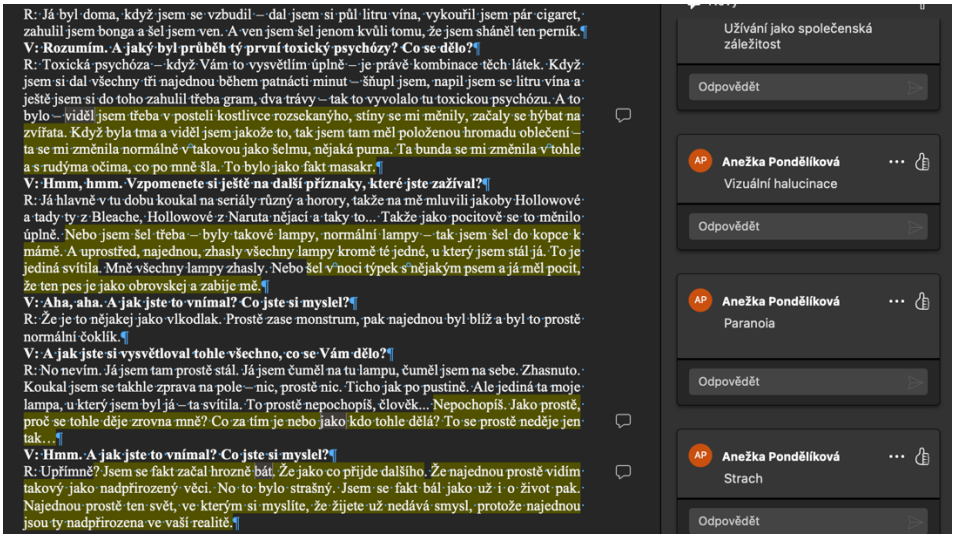
7.2 Metoda analýzy dat

Případová studie nabývá charakteru tzv. deskriptivní případové studie. Má tedy za cíl kompletní popis určitého jevu (Hendl, 2023). Na základě tohoto popisu je cílem zmapování žité zkušenosti a pohledu participantů na průběh toxických psychóz a následnou progresi stavu a zároveň vytvoření komparativní případové analýzy (Williams & Vogt, 2011). Pro analýzu dat z rozhovorů byly použity postupy tematické analýzy. Ta umožňuje pochopení zkoumaného problému skrze systematickou organizaci a identifikaci témat. Metoda umožňuje detailní kvalitativní zkoumání problematiky. Zároveň dává flexibilní prostor ke kategorizaci jednotlivých subtémat, která vykreslují výsledná témata (Braun & Clarke, 2012).

Braun & Clarke (2012) rozdělují postup pro efektivní využití tematické analýzy do šesti kroků:

1. Seznámení se s daty: První část sestávala zejména z opakovaných poslechů zvukových záznamů rozhovorů. V rámci jejich přepisu byla vyvinuta snaha naslouchat nejen obsahu, ale i emočnímu sdělení. Dále došlo k opakovanému čtení přepsaných rozhovorů.

2. Kódování: V navazující části byly v datech hledány opakující se rysy a vzorce. Ty byly nejprve zvýrazňovány a komentovány v podobě velmi konkrétních pojmů *(Obrázek 2)*. K třídění kódů byly vytvořeny tabulky s citacemi. Kódy v této fázi zůstávaly výrazně konkrétnější než následná témata.



Obrázek 2: Ukázka fáze 2: kódování rozhovoru č 1

3. Hledání témat: Zde docházelo k třídění a porovnávání kódů a k tvorbě potenciálních témat. Jednalo se zejména o snahu sdružovat kódy, které nesly podobná témata a znovu u těchto kódů pročíst jednotlivé citace pro ověření správnosti kódu. Postup v této fázi je zobrazen v *Tabulce 2.*

Téma	Subtémata	Konkrétní výpovědi
Sociální propad a ztráta zázemí v důsledku užívání	Ztráta bydlení Odmítnutí rodinou Pobyt na ubytovnách	*„Skončil jsem na ulici“* *„Rodina mě nepřijala zpátky domů“* *„Vyhodili mě ze tří ubytoven“* *„Říkal jsem si, že už nikdy ničeho nedosáhnu“*
Absence prodromálních příznaků	Negace příznaků Absence zvláštního chování Absence uzavírání se Socialbilita	*„Všechno bylo jakoby stejné“* *„Prostě jsem jenom chodil s kámošema“* *„Žádné bludy nebo halucinace“*

Tabulka 2: Ukázka fáze 3

4. Posouzení témat: V této fázi proběhlo porovnávání témat s výzkumnou otázkou a dalšími podotázkami. Zároveň byl každý rozhovor znovu pročten, aby nedošlo k opomenutí důležitých pasáží, které nebyly v předchozích krocích identifikovány.

5. Definování a pojmenování tématu: V páté části byla jednotlivá témata definitivně pojmenována a zároveň jim byly nastaveny jasné hranice pomocí sytících subtémat, aby docházelo k co možná nejmenšímu překryvu.
6. Sepsání závěru: Na základě konečných témat byla vypracována finální analýza pro sepsání závěrečné zprávy.

Celý proces tematické analýzy byl aplikován pro jednotlivé rozhovory zvlášť. V návaznosti na analýzu každého rozhovoru byla vytvořena komparativní analýza případů, kdy došlo ke srovnání anamnestických dat a témat v jednotlivých diferenciačních oblastech (Williams & Vogt, 2011).

8 Etické aspekty výzkumu

Před zahájením výzkumu byli všichni účastníci písemně seznámeni s podrobnými informacemi o průběhu studie prostřednictvím dokumentu „Informace pro účastníka výzkumu“ *(Příloha 2)*. Současně jim byla nabídnuta možnost konzultace s hlavní řešitelkou, jejíž kontakt jim byl poskytnut. Tyto informace obdrželi ještě před udělením ústního souhlasu s účastí ve výzkumu. Ústní souhlas byl zvolen namísto vlastnoručního podpisu, aby byla zajištěna anonymita respondentů. Záznam o udělení souhlasu je uveden v části „Prohlášení tazatele“, která tvoří součást dokumentu informovaného souhlasu *(Příloha 1)*. Tento dokument rovněž zahrnuje souhlas respondenta s účastí ve výzkumu a s pořízením audionahrávky rozhovoru, a to právě prostřednictvím výše zmíněného prohlášení tazatele. V případě, že některý z respondentů během rozhovoru sdělil informace umožňující jeho identifikaci, byly tyto údaje následně anonymizovány hlavní řešitelkou. Účastníci byli také informováni o tom, že svou účast ve studii mohou kdykoli ukončit, a to i zpětně a bez uvedení důvodů. Pro zajištění bezpečnosti a integrity výzkumných dat byla veškerá data uchovávána na elektronických zařízeních zabezpečených heslem. Tato zařízení obsahovala zvukové nahrávky, jejich přepisy a kontaktní údaje na potenciální účastníky výzkumu. Po převedení nahrávek do textové podoby byly původní záznamy nevratně odstraněny. Veškeré tištěné materiály byly uloženy v zabezpečených, uzamykatelných prostorách. Kontaktní údaje potenciálních i nominovaných respondentů byly využity výhradně pro účely této studie a po jejím ukončení byly trvale vymazány.

Potencionálním etickým úskalím je vlastní zkušenost v rámci práce v psychiatrické nemocnici. Tato zkušenost mohla přirozeně zkreslovat pohled na problematiku obecně a

případně ovlivnit interpretaci některých výsledků. Pro minimalizaci takového zkreslení byla provedena předchozí reflexe zkušenosti výzkumnice a důraz byl kladen výhradně na poskytnuté informace ze strany participantů.

Dalším etickým dilematem je možná náročnost rozhovorů a zatížení pacientů. V rámci ošetření této oblasti byl každému z pacientů nabídnut „debriefing“ zkušenosti z rozhovoru a případná další intervence.

9 Výsledky

9.1 Kazuistika 1: Zdeněk

Participant Zdeněk je veden pod diagnózou F19.7 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem) a F19.2 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek syndrom závislosti). Je mu 31 let. Od svých 16 let pije pravidelně alkohol. V 19 letech začal pravidelně užívat metamfetamin. Marihuanu užívá od 17 let. První toxická psychóza se u něj rozvinula ve 24 letech po užití pervitinu, marihuany a alkoholu. Absolvoval celkem 5 hospitalizací v psychiatrické nemocnici, přičemž jednou na tuto léčbu navázal půlročním pobytem v terapeutické komunitě pro léčbu závislosti. Zdeněk aktuálně žije částečně na ubytovně a částečně u své babičky. Opakovaně však žil na ulici (nejdéle 2 roky). V době rozhovoru 5 měsíců abstinuje.

9.1.1 Status praesens psychicus

Participant je vigilní, lucidní, orientovaný všemi modalitami. Pozornost je kolísavá. Psychomotorické tempo je lehce zrychlené. Kontrola impulzů je dostatečná. Poruchy vnímání participant aktuálně neguje. Myšlení je zdánlivě zrychlené a bez přítomnosti bludné produkce. Místy je myšlení lehce zabíhavé. Doposud bez známek hetero či autoagrese. Řeč je přes občasnou zabíhavost dostatečně výpravná a odpovědi na otázky jsou do detailu rozváděny.

9.1.2 Pozorování

Prima vista působí lehce zanedbaným dojmem (neupravený, malhygiena). V průběhu rozhovoru Zdeněk plně spolupracuje. Oční kontakt navazuje v adekvátní míře. Je pozorován mírný psychomotorický neklid v podobě kroutivých pohybů trupem při sezení na židli. Po celou dobu rozhovoru aktivně spolupracuje na zodpovězení otázek a v případě nejasností se doptává.

9.1.3 Autoanamnéza

Osobní anamnéza: Informace o průběhu těhotenství a porodu nezná. Nepamatuje si, že by v dětství prodělal nějaká závažná onemocnění ani úrazy. V průběhu dospívání nebyl psychologicky vyšetřen.

Psychiatrická anamnéza: Absolvoval celkem 5 hospitalizací v psychiatrické nemocnici, přičemž jednou na léčbu navázal půlročním pobytem v terapeutické komunitě. Ve 24 letech se u něj rozvinula první toxická psychóza (pravděpodobně po užití pervitinu, ale udává i užití marihuany). Psychotické stavy poté zažíval opakovaně a v období před poslední hospitalizací

téměř neustále. Aktuálně je veden pod F19.7 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem) a F19.2 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek syndrom závislosti).

Rodinná anamnéza: Zdeněk je jediným dítětem svých rodičů. Matka vystudovala střední zdravotnickou školu a pracuje jako zdravotní sestra. Otec vystudoval střední odborné učiliště a živí se jako kuchař. Rodiče se rozvedli, když bylo Zdeňkovi 10 let. Zůstal v péči matky, ale s otcem se pravidelně stýkal. Výskyt psychiatrických onemocnění v rodině neguje. Má partnerku, se kterou je přerušovaně ve vztahu 3 roky.

Školní anamnéza: Vystudoval SŠ (obor hotelnictví). Do školy nastoupil v řádném termínu. Na prvním stupni ZŠ neměl žádné problémy. Na druhém stupni měl problémy s neomluvenými hodinami, jelikož trávil hodně času s partou starších kamarádů. Na SŠ opakoval 2. ročník.

Sociální anamnéza: Zdeněk již 10 let střídavě žije u své babičky a na ubytovnách. Ve 26 žil asi 2 roky na ulici. Nyní pracuje jako administrativní pracovník ve skladu. Dlouhodobou stabilní práci nikdy neměl.

Farmakologická anamnéza: Aktuálně pravidelně užívá olanzapin. V minulosti užíval olanzapin, risperidon, pregabalin a mirtazapin.

Historie užívání návykových látek: V 7. třídě se začal stýkat s partou spolužáků, se kterými chodil za školu a občas experimentovali s návykovými látkami. V 9. třídě se stejnou partou kamarádů začal pravidelně užívat alkohol (cca 2x týdně 0,5 l vodky) a marihuanu (asi 3x měsíčně). Na střední škole začal užívat marihuanu (od 17 let téměř denně), kterou kombinoval s alkoholem. V 19 letech začal pravidelně užívat pervitin, přičemž ve 21 letech ho začal užívat téměř denně (cca 200 mg/ den). Aktuálně 5 měsíců abstinuje.

9.1.4 Témata dle diferenciačních oblastí

Níže přiložená *Tabulka 3* systematicky shrnuje témata, která vycházejí z rozhovoru s participantem Zdeňkem. Jednotlivá témata jsou podrobněji představena níže a jsou rozčleněna podle jednotlivých diferenciálně diagnostických oblastí.

Tabulka 3: Témata rozhovoru č. 1

TÉMA	SUBTÉMATA
Absence prodromálních příznaků	Absence zvláštního chování Sociabilita
Skupinová norma jako spouštěč užívání návykových látek	Experimentování Vliv sociální skupiny Potřeba „zapadnout“
Náhlý rozvoj psychotických příznaků	
Komplexní halucinace	Sluchové halucinace (komentující a imperativní) Zrakové halucinace a iluze Čichové a chuťové halucinace Taktilní halucinace
Částečná ztráta kontaktu s realitou	Paranoidně-perzekuční myšlení Zahlcení symptomy Uklidnění pravděpodobnou etiologií obtíží Strach
Rezistence obtíží	Dlouhé trvání psychotických symptomů Skokový ústup symptomů Reziduální symptomy Reminiscence a „flashbacky“
Inkonzistentní globální výkonnost	Sociální propad v důsledku užívání Kolísání sebeobsluhy a pracovního zapojení Emoční labilita a idiosynkarzie
Ambivalence sociability a izolace	Udržování vztahů s přáteli Navazování partnerských vztahů Tendence k izolaci v průběhu toxické psychózy
Potřeba cílené léčby	Nevyhovující prostředí akutní psychiatrické péče Důraz na abstinenci
Absence psychiatrických onemocnění v rodině	
Částečný návrat na premorbidní úroveň	Návrat do pracovního procesu Emoční stabilita Náhled na reziduální symptomatiku

Mapování možných prodromů a premorbidní stav

Hlavní identifikované téma a subtémata v této oblasti jsou systematicky představena v *Tabulce 4*.

Tabulka 4: Struktura tématu Absence prodromálních příznaků

TÉMA	SUBTÉMATA
Absence prodromálních příznaků	Absence zvláštního chování Sociabilita

Zdeněk v rozhovoru popisuje, že si žádných možných prodromálních symptomů nevšiml. Zároveň říká, že takové změny pravděpodobně neregistroval ani nikdo z rodiny nebo ze školy. Pozornosti okolí si všiml až v době, kdy pravidelně užíval návykové látky každý den.

> *„Všechno bylo jakoby stejný. […] No a pak jako jsem byl na tom bytě a hulil jsem trochu víc, a pak i ten perník, ale jako, že by se jinak něco změnilo. To ne."*

V rozhovoru Zdeněk nepopisuje žádné specifické či atypické zájmy nebo přesvědčení, sociální izolaci, úzkosti ani podobné symptomy, které jsou v literatuře považovány za prodromální. Naopak popisuje vysokou sociabilitu a na období dospívání vzpomíná jako na bezstarostnou fázi svého života.

> *„Žádné bludy nebo halucinace. Slyšiny taky ne. Prostě jsem jenom chodil s kámošema. Jako asi na mě neměli dobrej vliv, když to vezmu teď zpětně. A myšlenky zvláštní… To teda nevím. Jakoby jsem byl prostě normální kluk. Jako já byl hlavně s klukama, doma jsem si třeba zapařil na počítači, ale jako že bych byl nějakej zvláštní? To ne. Já bych o sobě řekl, že jsem vlastně byl i oblíbenej."*

Začátky užívání látek a první psychotické příznaky

Oblast začátků užívání látek a prvních psychotických příznaků zahrnuje 2 základní témata: *Skupinová norma jako spouštěč užívání návykových látek* a *Náhlý rozvoj psychotických příznaků*. Strukturovaně jsou (včetně subtémat) představena v *Tabulce 5* a *Tabulce 6*.

Tabulka 5: Struktura tématu Skupinová norma jako spouštěč užívání návykových látek

TÉMA	SUBTÉMATA
Skupinová norma jako spouštěč užívání návykových látek	Experimentování a zábava Vliv sociální skupiny Potřeba „zapadnout"

V rozhovoru Zdeněk uvádí, že hlavním důvodem, proč začal experimentovat a později i pravidelně užívat návykové látky byl vliv jeho přátel. Říká, že ve skupině, se kterou se pravidelně scházel bylo užívání běžnou součástí zábavy.

„Bylo to čistě ze zábavy. Na základce tam skoro všichni hulili. Svezl jsem se s partou. To bylo na začátku. Fakt jsem se na tom zasmál. […] A hlavně prostě s klukama tam fakt hulili všichni, to nešlo říct, že si s nima nedám. […] …chodili mi tam kamarádi na návštěvu, starší než já. A oni říkali: „Zkus tohleto...“ A já jsem to všechno zkusil.“

Potřebu užívání látek jako formu „sebemedikace“ možných prodromálních či jiných symptomů Zdeněk neguje. Přiznává, že se užívání postupem času stalo normou, na kterou si navykl. Zároveň říká, že konkrétně marihuana pro něj později představovala formu odpočinku po celém dni ve škole.

„To prostě na tý škole byla sranda s klukama. Pak na tom bytě jsem prostě zjistil, že to jako i uvolňuje. Ale hlavně jsme to brali s klukama. A pak teda už i sám třeba od těch 17 tu trávu a pivo nebo tak nějak a od 20 jsem si začal dávat sám už i ten pervitin.“

Tabulka 6: Struktura tématu Náhlý rozvoj psychotických příznaků

TÉMA	**SUBTÉMATA**
Náhlý rozvoj psychotických příznaků	

Zdeněk v rozhovoru popisuje rychlý nástup psychotických příznaků. Kromě již zmíněného zhoršení kognitivní výkonosti žádné jiné změny před rozvinutím první toxické psychózy neregistroval.

„…vůbec ne [dřívější náznaky]. Ani žádný bludy nebo halucinace a slyšiny taky ne. Dřív vůbec. […] Ono to ale přišlo jako dost najednou. Prostě jsem si dal to kombo [alkohol, marihuana, pervitin] a najednou prostě slyším, jak na mě mluví někdo. A do toho prostě jsem začal hledat, kdo mluví a nikdo tam nebyl. Pak najednou koukám na zeď a ta zeď jakoby vypadá, jak kdyby po ní něco stejkalo. A nejhorší byly ty zvířata. Že jsem najednou viděl, jak se prostě hromada oblečení změnila v pumu.“

Průběh psychotických symptomů

V rámci průběhu samotných psychotických symptomů se jeví jako zásadní 3 témata: *Komplexní halucinace, Paranoidně-persekuční myšlení* a *Částečná ztráta kontaktu s realitou.* Strukturovaně je představuje *Tabulka 7, Tabulka 8* a *Tabulka 9.*

Tabulka 7: Struktura tématu Komplexní halucinace

TÉMA	SUBTÉMATA
Komplexní halucinace	Sluchové halucinace (komentující a imperativní) Zrakové halucinace a iluze Čichové a chuťové halucinace Taktilní halucinace

Zdeněk průběh toxických psychóz popisuje velmi roztržitě. Uvádí, že zažíval komplexní halucinace v podobě sluchových, zrakových, čichových, chuťových a taktilních prožitků.

> *„…viděl jsem třeba v posteli kostlivce rozsekanýho, stíny se mi měnily, začaly se hýbat na zvířata. […] …jsem tam měl položenou hromadu oblečení – ta se mi změnila normálně v takovou jako šelmu, nějaká puma. Ta bunda se mi změnila v tohle a s rudýma očima, co po mně šla. To bylo jako fakt masakr. […] Ale udělalo se mi třeba špatně. Jak na mě mluvily ty hlasy, tak říkali: „Teď se napij.“ Já se napil a udělalo se mi tak blbě, že jsem se pozvracel. […] …slyšení hlasů a halucinace. Jakože prostě jsem viděl, jak se mění různý věci, jako v obludy. Pak prostě taky furt jsem cejtil nějaký jako zkažený věci, třeba to pití a pak i jako jídlo. […] …že na mě něco sahá, pak že po mně něco leze.“*

Tabulka 8: Struktura tématu Částečná ztráta kontaktu s realitou

TÉMA	SUBTÉMATA
Částečná ztráta kontaktu s realitou	Paranoidně-perzekuční myšlení Zahlcení symptomy Uklidnění pravděpodobnou etiologií obtíží Strach

Prožívané poruchy vnímání ve Zdeňkovi vyvolávaly pocity strachu. V těchto prožitcích začínal hledat různé významy, které mu pomáhaly situaci zpracovat. Toto myšlení lze později označit jako paranoidně-persekuční blud.

> *„Jako prostě, proč se tohle děje zrovna mně? Co za tím je nebo jako kdo tohle dělá? To se prostě neděje jen tak… […] Najednou prostě ten svět, ve kterým si myslíte, že žijete už nedává smysl, protože najednou jsou ty nadpřirozena ve vaší realitě. […] Že v mojí rodině mě někdo chce ublížit. Protože mi furt říkaly [hlasy], jak se má máma. A já jsem si říkal: „Proč se pořád ptají, jak se má máma?“ A to přešlo v ten blud, že se jí snaží něco udělat. […] Prostě pak když jsem vylezl ven, tak jsem*

si myslel, že mě všichni pozorujou. Že přijede policie a odveze mě, protože jsem jako viděl ty nadpřirozený věci.“

Zdeněk zároveň popisuje, že se většinu času dokázal ujišťovat etiologií obtíží. Zdá se tedy, že k úplné ztrátě kontaktu s realitou nedocházelo.

„…pořád jsem se nějak jsem se snažil uklidňovat, že to mám z toho svýho koktejlu. Jak jsem míchal tu trávu, chlast a perník. Že jakoby mám pocit, že to tam furt mě nějak uklidňovalo jo. Ale ne vždycky jsem se zase takhle uklidnil. Zároveň já jsem prostě racionální člověk, tak jsem se snažil si to nějak odůvodnit právě, že se mi to zdá a tak.“

Současně však udává, že s opakujícími se toxickými psychózami pro něj bylo stále obtížnější diferencovat realitu. Popisuje, že byly chvíle, kdy byl symptomy naprosto zahlcen.

„…během toho nejhoršího v těch psychózách jsem si myslel, že jsem se zbláznil, že prostě už jsem to přehnal a jako co se mi to děje. Ale pak jsem už taky věděl, že to jako přejde, tenhle hroznej stav. Ale třeba prostě, jak jsem viděl, že na mojí dece lezou švábý, že prostě tam je ta puma se mnou v pokoji, tak to bylo hrozný. […] Duševní stav se zhoršoval. Tím, že jsem si méně a méně věřil. Míň jsem věřil tomu, co si myslím, že je pravda. Jo. Protože jak máte ty bludy, a víte, že to není pravda, tak ztratíte důvěru v sebe. Takže si nevěříte. A to je hrozně těžký překonat. To jsem překonal úplně až v léčebně.“

Tabulka 9: Struktura tématu Rezistence obtíží v době abstinence

TÉMA	**SUBTÉMATA**
Rezistence obtíží v době abstinence	Dlouhé trvání psychotických symptomů Skokový ústup symptomů Reziduální symptomy Reminiscence a „flashbacky“

V rozhovoru Zdeněk uvádí období, kdy psychotické symptomy byly natolik neúnosné, že i přes plně rozvinutou závislost vydržel týden abstinovat. Symptomy však ustupovaly jen velmi málo.

„…když jsem to zkoušel třeba ten týden, tak to tam furt zůstávalo, ale asi míň, ale furt to jelo. […] Jako já tam furt měl vzadu asi to, že to může bejt z těch drog. A teď konečně z toho jsem chtěl ven. Uděláte pro

to cokoliv, abyste se z toho dostal. Tak jsem zkoušel přestat brát to všechno. A ono mi to stejně nepomohlo.“

Podobně tomu bylo i když byl hospitalizovaný. Uvádí, že trvalo minimálně dva týdny, než začaly symptomy opravdu signifikantně ustupovat. Jako důležitý milník výrazného odeznění symptomů uvádí horizont 3 měsíců. Nejdéle podle jeho slov přetrvávaly halucinace sluchové, a to konkrétně 6 měsíců.

„Bludy zmizely úplně taky tak po třech měsících. Ty tři měsíce jsou úplně základní. Musíte je přežít. […] Zrakový [halucinace] trvaly čtyři a půl měsíce, slyšiny šest měsíců. Ty slyšiny pak člověk už nevnímá tolik, jako kdyby mizely pomalu. Nevěnujete jim tolik pozornosti.“

Zdeněk v rozhovoru zároveň říká, že symptomy ustupovaly spíše skokovým způsobem než kontinuálně. Popisuje také určité toxické reminiscence. K těmto „flashbackům“ už však přistupoval s plným náhledem.

„Trvalo to tři měsíce, a i po třech měsících jsem měl halucinace. Ale třeba jenom večer, jednou za čas – malinký obrázek na zdi. Halucinogenní věci, jako kruhy a tak. Věděl jsem, že je to halucinace, ale pořád jsem viděl tu vidinu.“

Globální fungování

Oblast globálního fungování se přirozeně promítá i v tématu rezistence obtíží v době abstinence. Pro vykreslení průběhu psychotických symptomů v závislosti na užívání návykových látek však bylo zařazeno výše. Hlavní téma této oblasti ukazuje *Tabulka 10*.

Tabulka 10: Struktura tématu Inkonzistentní globální výkonnost

Inkonzistentní globální výkonnost	Sociální propad v důsledku užívání Kolísání sebeobsluhy a pracovního zapojení Emoční labilita a idiosynkarzie

Možný pokles kognitivní výkonnosti Zdeněk připisuje vlivu návykových látek. Mluví také o poklesu motivace ke studiu a práci. V kontextu samotného užívání návykových látek popisuje určitý sociální propad. V relativně krátkém časovém horizontu vystřídal hned několik pracovních míst, přičemž později přestal pracovat a v důsledku toho nakonec přišel i o bydlení.

„A já jsem se učil míň a míň. No a začal jsem teda i hulit no. […] …pokazil se mi byt, skončil jsem na ulici, rodina mě nepřijala zpátky domů. […] Začal jsem hodně pít a užívat drogy. Protože jsem skončil

na ulici a říkal jsem si v tu dobu, že je všechno v háji. Říkal jsem si, že už nikdy ničeho nedosáhnu, že už nic nebude, že se můžu rovnou zabít. Tak jsem začal brát drogy ještě víc. Bylo mi to jedno."

Globální fungování Zdeňka lze nejlépe vystihnout pomocí tématu inkonzistence globální výkonnosti. V rozhovoru totiž popisuje, že jeho zapojení do běžného života ve všech fuknkčních oblastech bylo velmi kolísavé.

„Já jsem chodil do práce. Ale jako já jsem tam mohl přijít a odpracovat a rovnou jsem za to dostal peníze a šel jsem si koupit ten pervitin. Ale jako když jsem měl ty psychózy několik týdnů, tak to jsem nechodil do práce, to nešlo. Takhle, já jsem se o to pokoušel… Dělal jsem skladníka, a to jsem vydržel 3 měsíce nebo vlastně 2 měsíce. To mě úplně zničilo. Pak jsem dělal nějaký potisk triček, tam mě vyhodili po týdnu, že nás nepotřebují. A tam mi dali tak málo peněz, že jsem jim řekl, že na to kašlu. […] …když jsem udělal nějakou práci, tak jsem byl rychleji unavený než normálně. A hlavně, jak mi jako trochu zůstávala ta psychózka, tak jsem byl takovej mimo a navíc jsem měl dojezdy."

Tuto kolísavost Zdeněk popisuje i v rámci stability nálady a emocí.

„Chvilku vztek, chvilku radost, chvilku smutek, chvilku štěstí. Všechno možný – i během jednoho dne."

Sociální interakce a vztahy

Tabulka 11: Struktura tématu Ambivalence sociability a izolace

TÉMA	SUBTÉMATA
Ambivalence sociability a izolace	Udržování vztahů s přáteli Navazování partnerských vztahů Tendence k izolaci v průběhu toxické psychózy

V této oblasti bylo jako hlavní faktor identifikováno téma Ambivalence sociability a izolace. Téma je dále přiblíženo pomocí subtémat *(Tabulka 11).*

Zdeněk uvádí, že v rámci mezilidských vztahů byl vždy velmi aktivním jedincem. Většinu volného času trávil s přáteli (později hlavně s uživateli návykových látek). Říká, že v době, kdy se u něj začala rozvíjet závislost však vzájemně přerušili vztahy s jeho rodinou.

„Já jsem se na ně vykašlal. Pocitově. Ale jako prostě já jsem furt byl s těma svejma kámošema. Pak i na těch ubytovnách a ulici. Že jsme prostě to nějak furt drželi spolu. Ale jinak prostě mě fakt jako odstřihnuli všichni, co na tom jako nebyli stejně. Jakože tehdy jsem si říkal, jak je mi to jedno, ať si jdou, ale teď zpětně mě to mrzí… Jsem je pak poslal všechny do háje, nezajímali mě a odsuzovali, že beru."

V rozhovoru Zdeněk mluví o určité formě sociální izolace pouze v období, kdy přetrvávaly jeho psychotické symptomy a v akutních fázích toxických psychóz. Vzhledem k prožívanému strachu, který nasedal na psychotické příznaky v takových chvílích neopouštěl prostory ubytovny nebo jiného místa, kde v tu dobu přebýval.

„V rámci těch psychóz jsem byl prostě na ubytovně nebo zalezlej a nic jsem nedělal. Jsem měl ty stíhy. Jsem se bál lidí, že mě jako pozorujou. Plus venku prostě se mi měnily ty věci ve zvířata, tak jsem nevycházel."

Zvládání symptomů a intervence

Tabulka 12: Struktura tématu Potřeba cílené léčby

Potřeba cílené léčby	Nevyhovující prostředí akutní psychiatrické péče Důraz na abstinenci

Jedním z důležitých mechanismů zvládání psychotických symptomů byl dle Zdeňka částečný kontakt s realitou. Tato problematika je popsána v rámci oblasti průběhu psychotickcých symptomů. Zásadní téma této oblasti představuje *Tabulka 12*. Jako další základní mechanismus úlevy od psychotických prožitků popisuje dlouhodobou abstinenci. Její důležitost však podle svých slov začal chápat až při třetí hospitalizaci.

„No nakonec asi se prostě vyčistit. Že já prostě fakt nějak jako po 3 měsících už jsem byl dobrej."

Konkrétně v oblasti léčby samotné se jeví jako zásadní důležitost cílené léčby. Tuto skutečnost ilustruje na příkladu pobytu na psychiatrickém oddělení ve srovnání s pozdější hospitalizací na oddělení pro léčbu závislosti. V rozhovoru Zdeněk říká, že si s ostatními pacienty na „čistě" psychiatrickém oddělení nerozuměl a terapeutický program pro něj byl přínosný až na odděleních, která se přímo zaměřují na adiktologickou problematiku.

„…když jsem nebyl na oddělení pro závislosti, tak to bylo hrozný. To jsem říkal věci jen soukromě. […] Oni by to ostatní nepochopili, a pak by na tebe měli špatnej pohled. […] Tam nebyli lidi jako já. Tam byly

*jiný diagnózy. […] Že prostě jako já měl ty toxický psychózy, já vím, ale prostě tam to byl samej m*gor, to nešlo se nima nějak bavit.“*

Heredita

Tabulka 13: Struktura tématu Absence psychiatrických onemocnění v rodině

TÉMA	SUBTÉMATA
Absence psychiatrických onemocnění v rodině	

Oblast heredity je představena velmi stručně (*Tabulka 13*), jelikož jakoukoli přítomnost psychiatrických onemocnění různé závažnosti Zdeněk neguje.

„Ne, vůbec nikdy v životě. Ani babička. Ani pradědeček. Já jsem se ptal i táty na jeho rodinu...“

Aktuální stav

Tabulka 14: Struktura tématu Částečný návrat na premorbidní úroveň

TÉMA	SUBTÉMATA
Částečný návrat na premorbidní úroveň	Návrat do pracovního procesu Emoční stabilita Náhled na reziduální symptomatiku

Tabulka 14 strukturovaně ukazuje, že Zdeněk svůj aktuální stav popisuje jako stabilní a srovnatelný s obdobím před začátkem toxických psychóz. Chodí pravidelně do práce, bydlí na ubytovně a obnovil vztah s většinou rodiny.

„Normálně bydlím na ubytovně a napůl jako i u babičky, to střídám. Ráno vstanu, jedu do práce, skončím, kdy chci, pak jedu k babičce se najíst, tam mi vypere, a pak jdu s kámošem ven nebo na ubytovnu.“

Dle jeho slov se jeho duševní stav stabilizoval natolik, že nepotřebuje medikaci. S možnými reziduálními symptomy dokáže pracovat a má na ně plný náhled.

„Já jsem kolísal s náladama. […] A to už je teď dobrý. Myslím, že mě už jen tak něco nerozhodí. […] …nemám sluchový halucinace, nemám zrakový halucinace. Bludy, ty se ještě snažím rozlišovat, ale taky si myslím, že už je nemám v takové míře. Jako já jsem takovej podezřívavější, tak otázka, co to taky je, že jo. Možná se někdy ještě něco objeví. […] …už se do toho neponořím.“

9.2 Kazuistika 2: Roman

Participant Roman je veden pod diagnózou F20.0 (Paranoidní schizofrenie) a F19.2 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek syndrom závislosti). Je mu 30 let. Od svých 15 let pije pravidelně alkohol. V 18 letech začal pravidelně užívat metamfetamin. Marihuanu užívá od 17 let. První toxická psychóza se u něj rozvinula ve 20 letech po užití pervitinu a marihuany. Absolvoval celkem 3 hospitalizace v psychiatrické nemocnici, přičemž jednou na tuto léčbu navázal ročním pobytem v terapeutické komunitě pro pacienty s duálními diagnózami. Roman aktuálně žije v chráněném bydlení. Opakovaně však žil na ulici (nejdéle 1 rok). V době rozhovoru 2 roky abstinuje.

9.2.1 Status praesens psychicus

Participant je vigilní, lucidní, orientovaný všemi modalitami. Pozornost je kolísavá. Psychomotorické tempo je zpomalené. Kontrola impulzů je dostatečná. Poruchy vnímání participant udává v podobě auditivních halucinací (komentujícího a imperativního typu). Myšlení je zdánlivě zpomalené a bez přítomnosti bludné produkce. Doposud bez známek hetero či autoagrese. Řeč je místy méně výpravná, ale odpovědi na otázky jsou dostatečně zodpovězeny.

9.2.2 Pozorování

Prima vista působí lehce zanedbaným dojmem (neupravený). V průběhu rozhovoru Roman plně spolupracuje. Oční kontakt navazuje spíše sporadicky. Je pozorována mírná psychomotorická strnulost. Po celou dobu rozhovoru ochotně spolupracuje na zodpovězení otázek, přestože místy perseveruje na jednom tématu.

9.2.3 Autoanamnéza

Osobní anamnéza: Roman se narodil 3 týdny před termínem porodu. Nepamatuje si, že by v dětství prodělal nějaká závažná onemocnění. Udává pouze 2x lehký otřes mozku. V průběhu dětství ani dospívání nebyl psychologicky vyšetřen.

Psychiatrická anamnéza: Absolvoval celkem 3 hospitalizace v psychiatrické nemocnici, přičemž jednou na léčbu navázal půlročním pobytem v terapeutické komunitě. Ve 20 letech se u něj rozvinula první toxická psychóza (pravděpodobně po užití pervitinu, ale v udává i užití marihuany). Psychotické stavy poté zažíval opakovaně a v období před poslední hospitalizací téměř neustále. Aktuálně je veden pod F20.0 (Paranoidní schizofrenie) a F19.2 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních

látek syndrom závislosti). V minulosti mu byla také přidělena diagnóza F19.5 (Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek psychotická porucha). Participant podstoupil komplexní psychologické vyšetření 3x, přičemž při druhé hospitalizaci závěry neshledaly přítomnost primárního psychotického onemocnění. V další hospitalizaci bylo provedeno vyšetření se závěrem pravděpodobného procesuálního onemocnění. Vyšetření o rok později (při plné abstinenci) potvrdilo diagnózu paranoidní schizofrenie.

Rodinná anamnéza: Roman má staršího bratra. Matka vystudovala střední školu a pracuje jako osobní asistentka. Otec vystudoval VŠ (ekonomie) a pracuje jako finanční poradce. Rodiče žijí stále spolu. Výskyt psychiatrických onemocnění v rodině neguje. Uvádí pouze úzkostně-depresivní symptomatiku svého bratra. Nikdy neměl žádný vážnější vztah.

Školní anamnéza: Vystudoval čtyřleté gymnázium. Do školy nastoupil v řádném termínu. Na prvním ani druhém stupni ZŠ neměl žádné problémy. Po celou dobu měl výborný prospěch, to se však z neznámého důvodu změnilo v posledním ročníku, kdy téměř nebyl připuštěn k maturitní zkoušce. Pokoušel se dostat na VŠ, ale neúspěšně.

Sociální anamnéza: Roman aktuálně žije v chráněném bydlení. Dochází 4x týdně do pracovat do zahradnictví (též chráněná práce). V minulosti bydlel na ubytovně a dlouhodobou stabilní práci nikdy neměl. Střídavě také žil na ulici.

Farmakologická anamnéza: Aktuálně pravidelně užívá klozapin. V minulosti užíval olanzapin, risperidon a mirtazapin.

Historie užívání návykových látek: V 17 letech začal Roman pít pravidelně alkohol (1-2 piva před spaním). Současně začal experimentovat s účinky marihuany s cílem sebepoznání. V 18 letech začal marihuanu užívat častěji (3x týdně), jelikož ho to dle jeho slov uklidňovalo. Ve 20 letech začal ze stejného důvodu pravidelně užívat pervitin (cca 200 mg, 3x týdně). Aktuálně 2 roky abstinuje.

9.2.4 Témata dle diferenciačních oblastí

Níže přiložená *Tabulka 15* systematicky shrnuje témata, která vycházejí z rozhovoru s participantem Romanem. Jednotlivá témata jsou podrobněji představena níže a jsou rozčleněna podle jednotlivých diferenciálně diagnostických oblastí.

Tabulka 15: Témata rozhovoru č. 2

TÉMA	SUBTÉMATA
Přítomnost prodromálních příznaků	Zlomové selhávání ve škole Specifický zájem o spiritualitu Ztráta motivace a hypobulie Depresivní symptomatika
Touha experimentovat a „sebemedikace" jako spouštěč užívání návykových látek	Touha po poznání účinků látek Úleva od možných prodromů Absence sociálního aspektu užívání
Plíživý rozvoj psychotických příznaků	Přechod opakovaných toxických psychóz do schizofrenie
Sluchové a intrapsychické halucinace	Sluchové halucinace (komentující, imperativní a antagonistické) Intrapsychické halucinace
Úplná ztráta kontaktu s realitou	Paranoidní a bizarní myšlení Absence náhledu na symptomatiku Ponoření do vlastní reality Zahlcení symptomy
Rezistence obtíží	Odlišné vnímání toxických psychóz a schizofrenních symptomů Plné trvání symptomů v abstinenci
Globální selhávání	Neschopnost pracovat Selhávání v sebeobslužných dovednostech Emoční oploštělost
Tendence k izolaci	Absence přátelských a partnerských vztahů Izolace od rodiny pod vlivem bludu
Potřeba cílené léčby	Nevyhovující prostředí adiktologických oddělení Důraz na psychofarmaka
Absence psychiatrických onemocnění v rodině	
Zotavení přes přetrvávání symptomatiky	Trvalá pozitivní a negativní symptomatika Náhled na přetrvávající symptomatiku Chráněná práce a bydlení

Mapování možných prodromů a premorbidní stav

Tabulka 16: Struktura tématu Přítomnost prodromálních příznaků

TÉMA	SUBTÉMATA
Přítomnost prodromálních příznaků	Zlomové selhávání ve škole Specifický zájem o spiritualitu Ztráta motivace a hypobulie Depresivní symptomatika

Hlavní téma (včetně subtémat) této oblasti představuje *Tabulka 16*. Roman v rozhovoru popisuje určité zlomové období ve svém školním výkonu. Říká, že po celou dobu studia prospíval výborně. Studoval gymnázium a měl aspiraci pokračovat na vysokou školu. To se

v posledním ročníku změnilo. Říká, že k maturitě téměř nebyl připuštěn, gymnázium dokončil s těžkostmi a na vysokou školu se nakonec také nedostal.

> *„…já jsem chtěl bejt úspěšnej a postarat se o sebe. Mně vždycky škola šla, ale před maturitou to začalo jít nějak do háje. Odmaturoval jsem s odřenýma ušima, ale na vejšku jsem se už nedostal."*

Tyto události a jeho celkové prožívání mělo pravděpodobně dopad na jeho motivaci. Zároveň popisuje, že se v té době začal zajímat o spirituální aspekty života. Tento nový a velmi specifický zájem ho zdánlivě naprosto pohltil.

> *„Nějak jsem k tomu najednou neměl motivaci. K tomu jsem začal přemýšlet o těch spirituálních věcech a škola najednou nebyla tak důležitá. […] Já jsem byl úplně spokojený člověk, když jsem chodil do školy. A pak jsem najednou přišel vlastně o smysl života. Jako všechno bylo dobrý, pak najednou na tý škole jsem prostě to pokazil, že jsem se i přestal učit v tom posledním ročníku a šlo to do háje."*

Zároveň popisuje možný amotivační syndrom, hypobulii a depresivní symptomy. To vše dle jeho slov začínalo ještě předtím, než začal experimentovat s návykovými látkami.

> *„Byl jsem v životě nešťastný. Chyběl mi prostě ten motor. Nějaký smysl k tomu, co dělám. […] Takový asi deprese to byly? Nic mě nebavilo, nechtělo se mi a furt mi bylo tak a jako blbě."*

Začátky užívání látek a první psychotické příznaky

V této oblasti byla identifikována 2 zásadní témata *(Tabulka 17 a Tabulka 18)*: *Touha experimentovat a „sebemedikace" jako spouštěč užívání návykových látek* a *Plíživý rozvoj psychotických příznaků.*

Tabulka 17: Struktura tématu Touha experimentovat a „sebemedikace" jako spouštěč užívání návykových látek

TÉMA	SUBTÉMATA
Touha experimentovat a „sebemedikace" jako spouštěč užívání návykových látek	Touha po poznání účinků látek Úleva od možných prodromů Absence sociálního aspektu užívání

Roman uvádí, že důvodem, proč začal vyhledávat návykové látky byla zpočátku zejména touha po spirituálních zážitcích.

> *„Zajímaly mě ty zážitky. Jako spirituální. […] …mě zajímalo rozšířený vědomí. Já jsem si myslel, že určitě se to normálně neprožívá, že budu*

vnímavější, že se prostě dostanu za oponu toho běžného vnímání a dostanu se k něčemu zajímavému, co změní můj vývoj."

V návaznosti na to zjistil, že mu alkohol, marihuana a později pervitin pomáhají při zvládání možných prodromálních symptomů, které jsou popsány výše.

„Ale najednou jsem jako začal mít spíš tu prioritu v tom sebeobjevování. A začal jsem pak na to hulit. Že jsem četl, že mi to otevře ty cesty, že jako víc poznám. A zjistil jsem, že mi to vlastně i pomáhalo na ty moje stavy. […] A byl jsem takový, že jsem přišel o všechny důležitosti v životě. O budoucnost i o smysl života, což byla pro mě škola. A v tomhle šíleném stavu jsem vyzkoušel pervitin."

Užívání návykových látek jako způsob začlenění do skupiny Roman neguje. Naopak uvádí, že užíval výhradně sám.

„Ne, vůbec. Já jsem si všechno našel sám. Já jsem si rád četl knížky o drogách. Mě to strašně zajímalo. […] A jak jsem byl v tom neukotveném stavu, když jsem tam byl sám, já jsem byl sám pro sebe. […] Já jsem se jim pak začal vyhýbat vlastně všem. Nebylo mi dobře s lidma."

Tabulka 18: Struktura tématu Plíživý rozvoj psychotických příznaků

TÉMA	SUBTÉMATA
Plíživý rozvoj psychotických příznaků	Přechod opakovaných toxických psychóz do schizofrenie

Roman vývoj svých psychotických symptomů popisuje jako postupný proces. Zároveň ze své zkušenosti jasně diferencuje a odděluje období, kdy zažíval toxické psychózy oproti období, kdy se rozvinula schizofrenie.

„To jsem měl už od začátku [užívání], jo. […] Ono se to všechno tak jako stupňovalo. Že mně to nejdřív pomohlo na ty moje stavy. A teda i mě to jako hrozně zajímalo… Ale jako šlo to postupně. Že nejdřív mi ty toxický psychózy úplně odezněly, když jsem byl střízlivej. No a pak postupně víc zůstávaly, pak chvíli nic a bum, schizofrenie a už to nezmizelo nikdy."

Tento subjektivně vnímaný rozdíl mezi schizofrenií a obdobím, kdy zažíval opakované toxické psychózy popisuje zejména v oblasti rezistence obtíží a absence náhledu na prožívané symptomy.

„To jsem věděl, že se to nestalo. Protože jsem se z toho vždycky vyspal normálně. […] I když jsem si hodně dal, věděl jsem, co mi to je vždycky. Ale ten stav to nějak neulehčilo. Prostě na mě ta realita neměla vliv, když jsem to cítil. Ale byla tam nějaká naděje, že to jako přejde."

Průběh psychotických symptomů

V rámci samotného průběhu psychotických symptomů byla identifikována 3 hlavní témata *(Tabulka 19, Tabulka 20* a *Tabulka 21)*: *Sluchové a intrapsychické halucinace, Úplná ztráta kontaktu s realitou* a *Rezistence obtíží v abstinenci*. Participant Roman subjektivně odlišuje symptomy a prožívání toxických psychóz od symptomů schizofrenie. Tento jeho pohled je promítnut do analýzy. Jelikož se tato kazuistika zaměřuje na schizofrenní symptomatiku, cílí oblast průběhu psychotických symptomů zejména na floridní fázi schizofrenie. V případech, kdy Roman uvádí vnímaný rozdíl v kontrastu s toxickými psychózami, je vždy komentováno, že se dle Romana jedná o jiný fenomén.

Tabulka 19: Struktura tématu Sluchové a intrapsychické halucinace

TÉMA	SUBTÉMATA
Sluchové a intrapsychické halucinace	Sluchové halucinace (komentující, imperativní a antagonistické) Intrapsychické halucinace

Kromě neustálých sluchových halucinací, které se z jednoho hlasu postupem času rozvinuly v nespočetné množství komentujících, antagonistyckých a imperativních hlasů, popisuje Roman také intrapsychické halucinace. Tyto halucinace měly povahu vkládání a ozvučování myšlenek. Zároveň se později pravděpodobně rozvinuly v blud ovládání.

„Těch hlasů bylo snad tisíc […] A to jsem se tak bál, že mi odvádějí mozek ty hlasy. Pak jsem si myslel, že jako ty myšlenku už ani nejsou moje, že prostě to někdo ovládá…"

Tabulka 20: Struktura tématu Úplná ztráta kontaktu s realitou

TÉMA	SUBTÉMATA
Úplná ztráta kontaktu s realitou	Paranoidní a bizarní myšlení Absence náhledu na symptomatiku Ponoření do vlastní reality Zahlcení symptomy

V rámci akutní fáze schizofrenie popisuje Roman úplnou ztrátu kontaktu s realitou, což sám subjektivně vnímá jako odlišné od dříve prožívaných toxických psychóz. Tento stav popisuje v kontextu paranoidních myšlenek, které nabývají těžko uvěřitelného bizarního rázu. Zároveň je možné identifikovat absenci náhledu na prožívanou symptomatiku.

„…já jsem hodně času nemluvil, takže jsem přemýšlel o tom, co to slyším. A rozvíjel jsem různé teorie. A ta, která se mi nejvíc líbila, je asi ta, že mám schopnost se napojit na vyšší síly a že všichni jsme přes tohle jako s ostatníma napojený. A já to mám tu mysl otevřenou těm vyšším vrstvám, a proto to slyším. Ostatní lidé nevědí, že mají tuhle moc taky, a že jsme na sebe napojeni. Byly různé teorie. Ty vyšší síly mě měli za úkol povznést. Protože do mě jedou lidi kolem, tak abych vydržel nátlaky. Tak jsem hledal nějaký smysl, co to je. A oni ještě říkaly, že to nesmím nikomu říkat, že na to svoje napojení musí přijít každej sám. […] A nějak jsem usoudil, když to mám já, tak ostatní asi taky. A všechno je normální. […] V tý toxický psychóze víš, že je něco blbě, ale v tý schizofrenii se sice bojíš, jseš mimo, ale vlastně to nevíš.“

Dalším důležitým tématem v této oblasti je úplné zahlcení symptomatikou. To se později odráželo i v rámci globálního fungování, které je popsáno níže.

„No to už jsem vůbec nevěděl, co dělat. A když jsem se nezvládl umýt, koukat na nic. Těch hlasů bylo snad tisíc v hlavě. A já jsem se začal bát, že mi praskne lebka, že už to vypětí nevydržím, že nemůžu všem odpovědět. […] Až s tou schizofrenií přišlo to zahlcení. Nebo jako… u toxické psychózy bylo to zahlcení, ale vždycky to pak bylo trochu lepší.“

Tabulka 21: Struktura tématu Rezistence obtíží v abstinenci

TÉMA	**SUBTÉMATA**
Rezistence obtíží v abstinenci	Odlišné vnímání toxických psychóz a schizofrenních symptomů Plné trvání symptomů v abstinenci

Roman subjektivně jasně odlišuje prožívání schizofrenie oproti zkušenostem s opakovanými toxickými psychózami.

„A musím říct, že schizofrenie je stokrát horší než toxická psychóza. […]. A já jsem si říkal, proč mi bylo tak strašně, tak hrozně, že prostě už tu toxickou psychózu zpětně považuju za úplně odpočinek.“

V rozhovoru říká, že toxické psychózy dle jeho zkušenosti většinou odezněly a jeho stav se i přes reziduální symptomy (zejména nastražení a poruchy pozornosti) při delší abstinenci vrátil na premorbidní úroveň.

„…i za střízliva, že jsem se z toho [toxické psychózy] úplně nevyspal. Když mi to pak zůstalo nepřetržitě svou dobu. […] …že řešíš moc lidi, a to se už ustálilo. Nebo jako ta podezřívavost možná byla, ale nebylo to [toxické psychózy] takový určitě. […] …jsem si dal, tak to prostě bylo vždycky horší ty toxický psychózy. Pak když začala ta schizofrenie, tak už to jelo furt. Mám vlastně pocit, že to bylo úplně jedno, jestli jsem bral nebo ne. Bylo to hrozný prostě furt"

Roman dále uvádí, že v rámci schizofrenní poruchy symptomy nejen neodeznívaly, ale popisuje i určitý rozpad myšlení pod vlivem symptomů.

„Tady u tý schizofrenie na sebe ty věci tak navazovaly. Ale pak ke konci mám pocit, jak kdyby se to už úplně rozpadlo ve mně. To bylo hrozný. Stovky hlasů, bludy a já nemohl nic."

Globální fungování

Tabulka 22: Struktura tématu Globální selhávání

TÉMA	SUBTÉMATA
Globální selhávání	Neschopnost pracovat Selhávání v sebeobslužných dovednostech Alexythimie a emoční oploštělost

V oblasti všeobecného fungování participant Roman opět vyzdvihuje vnímaný rozdíl mezi toxickými psychózami a schizofrenií. V rámci schizofrenních symptomů popisuje úplné selhávání v pracovním zapojení. Toto téma je strukturovaně představeno v *Tabulce 22*.

„…tak já nemohl nic. Jsem třeba chtěl jít do práce a nedojel jsem tam, protože jsem se prostě zakecal s hlasama a 3x jsem přejel zastávku a dojel na konečnou. […] Na těch stíhách jsem taky nebyl schopnej jako plně fungovat. Že když byla hodně intenzivní ta toxická psychóza, tak jsem taky nemohl nic, ale jak to vždycky ustupovalo, jako hlasy a to, tak jsem pak šel třeba na nějakou chvíli do práce a tak."

Roman dále popisuje, že v akutních fázích schizofrenie dlouhodobě selhával i při základních sebeobslužných dovednostech.

„A hlavně jsem nebyl schopný v tom fungovat jako normální člověk a třeba chodit do práce. Vařit, prát, koupat se. […] Jak jsem poslouchal ty hlasy, tak jsem ztrácel kontakt a nevěděl jsem, co dělám. […] Když jsem měl tyhle stavy [akutní fáze schizofrenie], tak jsem úplně byl mimo

realitu. Jsem třeba začal něco dělat a najednou jsem se zaposlouchal do těch hlasů a už jsem to nedodělal. Takový blbosti jako třeba jídlo. Pak jsem prostě i hladověl. A do toho ještě ty bludy.“

Svoje emoce popisuje Roman jako velmi nevýrazné. Pravděpodobně se jednalo o formu emoční oploštělosti nebo omezené schopnosti porozumět vlastním emocím. Jako jedinou emoci dokáže identifikovat pocity strachu.

„Já jsem ani nevěděl, že nějaké emoce existují. Já jsem vůbec nějaké svoje emoce neřešil. A když jsem byl v tý akutní schizofrenii, tak to bylo tak, že jsem vůbec nevěděl, co se děje v realitě, měl jsem strach to je asi jediný.“

Sociální interakce a vztahy

Tabulka 23: Struktura tématu Tendence k izolaci

TÉMA	SUBTÉMATA
Tendence k izolaci	Absence přátelských a partnerských vztahů Izolace od rodiny pod vlivem bludu

V rámci mapování sociálních interakcí a stavů lze identifikovat dlouhodobou tendenci k izolaci a sociální stažení *(Tabulka 23)*, které pravděpodobně koreluje s nástupem prodromálních symptomů a trvá dále skrze užívání návykových látek a prožívanou symptomatiku. Roman uvádí, že nikdy neměl žádný partnerský vztah. Podobně je tomu v rámci přátelských vztahů, o které dle svých slov dlouhodobě nejeví zájem.

„No to hlavně já jsem se uzavřel vůči okolí. To už začalo na tom gymplu. […] A prostě jsem se věnoval těm spirituálním otázkám, a to mě taky jako odstřihlo. […] Ale určitě ty mezilidský vztahy vůbec nebyly. Mám v paměti takový otisk, že když jsem bral drogy, když jsem se tak za sebe styděl a připadal jsem si tak bezcennej… […] Že jsem se takhle uzavřel a prostě všechny moje vztahy… Jsem na všechno zanevřel. Myslel jsem si, že lidi o mě nestojí. A to se táhlo hrozně dlouho, pak i tou schizofrenií. Mě ty lidi jako nějak nezajímali.“

V důsledku bludného prožívání došlo dle Romana k přerušení vztahů s rodinou.

„…blud byl hlavně hrozný v tom, že mě to odtrhlo od lidí, že já jsem měl pocit, že mi rodiče škodí. […] A nemluvil jsem s nimi, nebavil jsem se s nimi.“

Zvládání symptomů a intervence

Tabulka 24: Strutktura tématu Potřeba cílené léčby

TÉMA	SUBTÉMATA
Potřeba cílené léčby	Nevyhovující prostředí adiktologických oddělení Důraz na psychofarmaka

Roman klade v rámci léčby důraz na cílenou intervenci *(Tabulka 24)*. Konkrétně v kontextu oddělení, kde byl hospitalizován. Zdá se, že v těchto případech došlo k narušení adherence k léčbě a předčasnému ukončení hospitalizace.

> *„…to jsem měl jenom z těch drog ty toxický psychózy. A když jsem je přestal užívat a přestal pravidelně, tak jsem je neměl vůbec. To bylo to [hospitalizace] první. […] A ty další já byl furt na těch závislostech, ale to už mi jela ta schizofrenie. […] jsem tam vždycky lhal, že už jsem v pohodě, že nic neslyším, takže mě pustili.“*

Participant udává, že si v léčbě, která byla zaměřena výhradně na adiktologickou problematiku připadal nepochopený.

> *„…tam jsem se bál cokoliv říkat. Protože já byl vždycky na tom oddělení pro závislosti. A pak prostě tam nebyli ty lidi jako já. Já bych před nima byl za úplnýho blázna, takže tam jsem radši nic neříkal. […] …to bylo dobrý až v tý komunitě pro ty duální diagnózy jako jsem byl já. To mi pomohlo moc, že v tom nejsem sám.“*

Roman dále říká, že v rámci toxických psychóz mu nejvíce pomáhal spánek. Ten však již v období, kdy dle jeho slov zažíval schizofrenní příznaky nestačil. Jako zásadní faktor, který mu pomohl příznaky zvládat vyzdvihuje medikaci.

> *„Spánek a hodně pít. To byly ty psychózy. A to mi pomohlo, že tam bylo jasný, že to jako přestane. […] …ty hlasy zůstávají úplně pořád. Ať jsi střízlivý nebo ne, tak prostě, jako co mi pomáhá, jsou léky. Ty hlasy a příznaky jsou pak taky lepší.“*

Heredita

Tabulka 25: Struktura tématu Absence psychiatrických onemocnění v rodině

TÉMA	SUBTÉMATA
Absence psychiatrických onemocnění v rodině	

Roman udává výskyt úzkostně-depresivní symptomatiky u svého bratra. Tato problematika byla řešena pouze krátkodobě v rámci ambulantní péče. Další výskyt psychiatrických onemocnění v rodině neguje. Proto *Tabulka 25* téma představuje velmi stručně.

> *„Brácha akorát chodil chvíli k psychiatrovi pro antidepresiva. […] …měl nějakou úzkostnou, depresivní poruchu.“*

Aktuální stav

Téma je této oblasti je strukturovaně představeno v *Tabulce 26.*

Tabulka 26: Struktura tématu Zotavení přes přetrvávání symptomatiky

TÉMA	SUBTÉMATA
Zotavení přes přetrvávání symptomatiky	Trvalá pozitivní a negativní symptomatika Náhled na přetrvávající symptomatiku Chráněná práce a bydlení

Roman popisuje svůj aktuální stav velmi pozitivně, a to i přes řadu přetrvávajících symptomů (zejména sluchové (pseudo)halucinace, pokles kognitivní výkonnosti a poruchy formy myšlení).

> *„Jednoznačně jsem na tom nejlíp jako za posledních 15 let. Ale někdy je to furt těžký. […] Že se soustředím, ne jako dřív, ale jde to. Nejsem utopenej ve svých hlasech, ale zvládnu pravidelně chodit ven, což se s těma hlasama v tý úplný schizofrenii nedalo. […] Jakože hlasy furt slyším, bludy taky přichází. Jen už to líp ovládám.“*

Na prožívanou symptomatiku má Roman dostatečný náhled, aby si dokázal říct o pomoc ve chvílích, kdy se jeho stav zhoršuje.

> *„Teď si myslím, že jsem na vrcholu. Aspoň podle příznaků, tak to vlastně nezmizí nikdy. […] Občas mě to sundá, když mám třeba těžký období nebo jsou nějaký změny, tak se mi zhorší ty hlasy, začnou víc křičet a být hlasitější, ale teď už vím, že to můžu řešit s psychologem a psychiatrem, který mám.“*

Za zásadní považuje Roman chráněnou práci a bydlení. Ty mu umožňují přizpůsobit životní tempo jeho možnostem a potřebám s ohledem na aktuální stav.

> *„…mi vyhovuje to chráněný bydlení a práce. Že prostě víc chápou, že když je mi blbě, tak nejdu a nebojím se to už říct.“*

9.3 Komparativní analýza případů

Komparativní analýza je nastíněna zejména formou tabulek, které jsou vytvořeny jednotlivě pro každou diferenciační oblast. *Tabulka 27* znázorňuje obecný přehled témat a vyskytující se symptomatiky u obou participantů. Jedná se však pouze o nástin, jelikož řadu témat nelze jednoznačně označit za přítomná či nepřítomná.

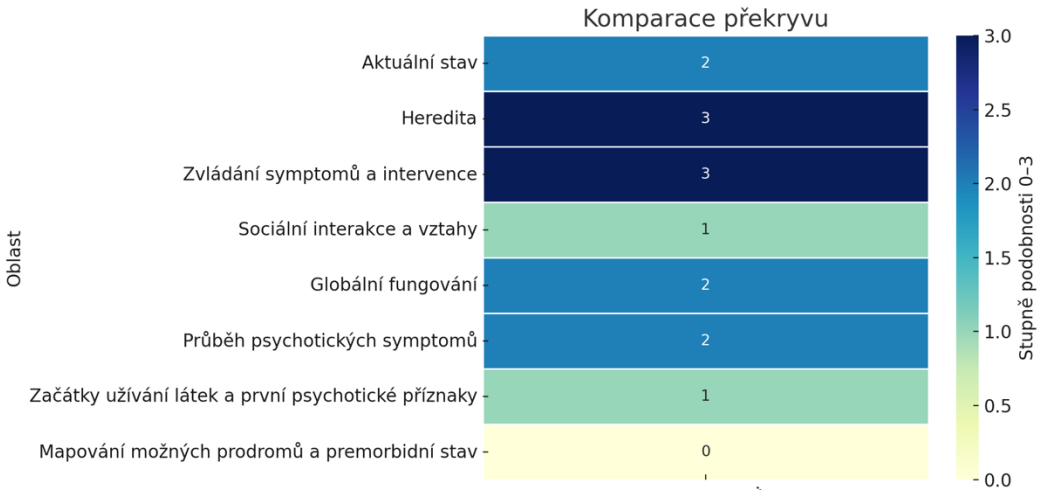
Tabulka 27: Přehled výskytu témat a symptomů

Téma/symptom	Zdeněk (toxická psychóza)	Roman (schizofrenie)
Prodromální příznaky	x	✓
Zvláštní chování	x	✓
Neobvyklé zájmy	x	✓
Ztráta motivace, hypobulie	x	✓
Depresivní symptomatika	x	✓
Užívání látek – sociální motivace	✓	x
Užívání látek – sebemedikace	x	✓
Náhlý rozvoj psychózy	✓	x
Plíživý rozvoj psychózy	x	✓
Sluchové halucinace	✓	✓
Intrapsychické halucinace	x	✓
Zrakové, taktilní, čichové halucinace	✓	x
Paranoidní bludy	✓	✓
Bizarní myšlení	částečné	✓
Částečný kontakt s realitou	✓	x
Absence náhledu	x	✓
Zahlcení symptomatikou	✓	✓
Plné trvání symptomů v abstinenci	x	✓
Skokový ústup symptomů	✓	x
Reziduální symptomy	✓	✓
Flashbacky a toxické reminiscence	✓	x
Neschopnost pracovat	částečné	✓
Globální selhávání	x	✓
Kolísavá sebeobsluha	✓	✓
Emoční oploštělost	x	✓
Emoční labilita	✓	x
Udržení přátelských vztahů	✓	x
Partnerský vztah	✓	x

Izolace během psychóz	✓	✓
Dlouhodobá sociální izolace	X	✓
Potřeba cílené léčby	✓	✓
Důraz na abstinenci	✓	částečné
Důraz na psychofarmaka	částečné	✓
Heredita	X	X
Návrat do pracovního života	✓	částečné
Návrat k premorbidnímu fungování	částečné	X
Trvalá pozitivní/negativní symptomatika	X	✓

9.3.1 Odlišná a společná témata

Pro jednotlivé diferenciální oblasti byl vytvořen následující graf *(Obrázek 3)*, který shrnuje stupně podobnosti či překryvu symptomatiky v jednotlivých diferenciačních oblastech. V tomto grafu jsou využity hodnoty 0-3, přičemž 0 značí zcela odlišené fenomény a 3 velmi podobné projevy a charakteristiky. Zdánlivě největší překryv byl registrován v oblasti heredity a zvládání akutní symptomatiky. Vysoký překryv byl dále registrován v oblasti aktuálního stavu a zotavení, globálního fungování a průběhu psychotických symptomů. Naopak největší odlišnosti byly zaznamenány v oblasti prodromálních symptomů a dále na úrovni sociálních interakcí a vztahů a začátku užívání návykových látek. Vzhledem k tomu, že v rámci samotného sběru dat nebyla využita žádná kvantitativní metoda jako např. škálování, je tento souhrn založen čistě na subjektivním posouzení analýz.



Obrázek 3: Úroveň překryvu symptomatiky v rámci diferenciačních oblastí

Pro lepší přehlednost a praktické nastínění diferenciálně diagnostického uvažování byla rozčleněna témata na odlišná *(Tabulka 28)* a společná témata *(Tabulka 29)*. Tato témata však nelze mechanicky oddělit od kontextu participantů a je na místě nad touto analýzou uvažovat

v souvislostech celých kazuistik. U řady témat zároveň nelze jednoznačně určit, zda se vyskytovala či nikoliv.

Tabulka 28: Přehled odlišných témat a symptomů

Odlišné téma/symptom	Zdeněk (toxická psychóza)	Roman (schizofrenie)
Prodromální příznaky	x	✓
Zvláštní chování	x	✓
Neobvyklé zájmy	x	✓
Ztráta motivace, hypobulie	x	✓
Depresivní symptomatika	x	✓
Užívání látek – sociální motivace	✓	x
Užívání látek – sebemedikace	x	✓
Náhlý rozvoj psychózy	✓	x
Plíživý rozvoj psychózy	x	✓
Intrapsychické halucinace	x	✓
Zrakové, taktilní, čichové halucinace	✓	x
Částečný kontakt s realitou	✓	x
Absence náhledu	x	✓
Plné trvání symptomů v abstinenci	x	✓
Skokový ústup symptomů	✓	x
Flashbacky a toxické reminiscence	✓	x
Globální selhávání	x	✓
Emoční oploštělost	x	✓
Emoční labilita	✓	x
Udržení přátelských vztahů	✓	x
Partnerský vztah	✓	x
Dlouhodobá sociální izolace	x	✓
Návrat k premorbidnímu fungování	částečné	x

Přehled společných témat slouží jako ukazatel rozsáhlého překryvu symptomatiky a obtížnosti diagnostického uvažování. Zároveň je důležité zmínit, že proces sběru dat byl primárně zaměřen na diferenciační oblasti, které vychází z výzkumných studií. To však znamená, že nebyla provedena detailní analýza v oblastech, které jsou typicky velmi podobné. Je tedy na místě předpokládat, že společných oblastí je ve skutečnosti více než je uvedeno v *Tabulce 29*.

Tabulka 29: Přehled společných témat a symptomů

Společné téma/symptom	Zdeněk (toxická psychóza)	Roman (schizofrenie)
Sluchové halucinace	✓	✓
Paranoidní bludy	✓	✓
Bizarní myšlení	částečné	✓
Zahlcení symptomatikou	✓	✓
Reziduální symptomy	✓	✓
Neschopnost pracovat	částečné	✓
Kolísavá sebeobsluha	✓	✓
Izolace během psychóz	✓	✓
Potřeba cílené léčby	✓	✓
Důraz na abstinenci	✓	částečné
Důraz na psychofarmaka	částečné	✓
Heredita	x	x
Návrat do pracovního života	✓	částečné

9.3.2 Mapování možných prodromů a premorbidní stav

Oblast potencionálního výskytu prodromální fáze a premorbidního stavu se na základě uvedených kazuistik jeví jako nejvýraznější diferenciálně diagnostický ukazatel. Klíčové rozdíly na úrovni typických prodromálních příznaků, sociální izolace či zvláštností v chování nastiňuje *Tabulka 30.*

Tabulka 30: Strukturovaný přehled témat v oblasti Mapování možných prodromů a premorbidní stav

Oblast	Zdeněk (toxická psychóza)	Roman (schizofrenie)	Shodné/odlišné
Prodromální období	Absence prodromů	Přítomnost prodromů (deprese, hypobulie, zlomové selhávání ve škole)	**Odlišné**
Premorbidní sociabilita	Vysoká sociabilita, oblíbenost	Postupná izolace	**Odlišné**
Zvláštnosti v chování nebo myšlení	Nezaznamenány	Specifický spirituální zájem, ztráta motivace	**Odlišné**

9.3.3 Začátky užívání látek a první psychotické příznaky

Začátky užívání návykových látek včetně prvních známek psychotických symptomů se zdají být taktéž odlišné. V kazuistikách se liší zejména primární motiv užívání, ale i povaha

nastupujících příznaků. Pokud by však Roman jasně neodlišoval průběh jeho toxických psychóz od schizofrenie, pak by byl překryv symptomatiky v počátečních fázích výraznější. *Tabulka 31* přehledně představuje téma (včetně odlišností).

Tabulka 31: Strukturovaný přehled témat v oblasti Začátky užívání látek a první psychotické příznaky

Oblast	**Zdeněk (toxická psychóza)**	**Roman (schizofrenie)**	**Shodné/odlišné**
Motiv užívání	Vliv skupiny, touha zapadnout, zábava	Sebemedikace, spirituální kontext, bez sociálního aspektu	**Odlišné**
První psychotické příznaky	Náhlý nástup po kombinaci drog	Plíživý nástup, progrese toxických psychóz ve schizofrenii	**Odlišné (částečně)**

9.3.4 Průběh psychotických symptomů

V rámci samotného průběhu psychotických symptomů participanti sice popisují své symptomy odlišně, ale většinou v kontextu drobných rozdílů *(Tabulka 32)*. Halucinace sice byly přítomny u obou participantů, avšak jejich povaha a rozsah se značně liší. Velmi podobné bylo také bludné prožívání, které se však odlišovala v míře absence kontaktu s realitou. Časové hledisko v podobě trvání symptomů se krátkodobě jevilo jako velmi podobné a hlavní odlišnosti byly tedy zaznamenány až v dlouhodobém časovém úseku (3-6 měsíců). Tyto zdánlivě nenápadné odlišnosti se však mohou jevit jako zásadní diferenciálně diagnostický faktor.

Tabulka 32: Strukturovaný přehled témat v oblasti Průběh psychotických symptomů

Oblast	**Zdeněk (toxická psychóza)**	**Roman (schizofrenie)**	**Shodné/odlišné**
Typ halucinací	Komplexní (všechny modality), náhled částečný	Sluchové (komentující, imperativní, antagonistické), intrapsychické	**Odlišné (částečně)**
Kontakt s realitou	Částečný, racionální korekce, vědomí intoxikace	Úplná ztráta kontaktu, ponoření do vlastního systému, bizarní bludy	**Odlišné (částečně)**
Trvání symptomů v abstinenci	Postupné odeznění, flashbacky s náhledem, reziduální symptomy	Dlouhodobé trvání, bez ústupu navzdory abstinenci	**Shodné (částečně)**

9.3.5 Globální fungování

V oblasti globálního fungování je možné pozorovat podobnosti v rámci akutních toxických psychóz a floridní fáze schizofrenie. V dlouhodobějším měřítku jsou však oblasti odlišné v délce a intenzitě trvání obtíží. U obou participantů je však možné sledovat určitý pokles oproti premorbidní úrovni fungování, a to i v dlouhodobém časovém horizontu. *Tabulka 33* přehledně představuje téma této oblasti.

Tabulka 33: Strukturovaný přehled témat v oblasti Globální fungování

Oblast	**Zdeněk (toxická psychóza)**	**Roman (schizofrenie)**	**Shodné/odlišné**
Pracovní zapojení	Kolísavé, aktuálně zaměstnán	Dlouhodobá neschopnost pracovat, chráněná práce	**Odlišné (částečně)**
Sebeobsluha	Kolísání, zvládnutelné	Výrazné selhávání, období hladovění, zanedbanost	**Odlišné (částečně)**

9.3.6 Sociální interakce a vztahy

Oblast vztahů a sociálních interakcí je jednou z kategorií, kde byly zaznamenány největší rozdíly v symptomatice. Roman na rozdíl od Zdeňka popisoval dlouhodobé sociální stažení a absenci partnerských či přátelských vztahů. Určitá míra sociální izolace dle jeho slov pramenila zpočátku spíše z nezájmu o okolí a později byla podpořena poruchami myšlení. Naopak Zdeněk sám sebe popisuje jako velmi sociabilního jedince a určitou formu izolace uvádí pouze v kontextu akutních toxických psychóz. Klíčové rozdíly shrnuje *Tabulka 34*.

Tabulka 34: Strukturovaný přehled témat v oblasti Sociální interakce a vztahy

Oblast	**Zdeněk (toxická psychóza)**	**Roman (schizofrenie)**	**Shodné/odlišné**
Přátelství a partnerství	Udržované, partnerský vztah, vysoká sociabilita	Absence blízkých vztahů, malý zájem	**Odlišné**
Izolace	Vázaná na akutní psychózu	Dlouhodobá, iniciována nejen bludy	**Odlišné**

9.3.7 Zvládání symptomů a intervence

Potřeby obou participantů jsou velmi shodné v nutnosti cílené léčby. Oba se shodují, že pokud nebyli na oddělení, které je zaměřené na jejich obtíže, proces léčby pro ně nebyl přínosný. Je tedy otázkou, zda je možné tento aspekt kvantifikovat, jelikož se jedná zároveň o velmi podobnou i odlišnou problematiku. Téma je shrnuto v *Tabulce 35*.

Tabulka 35: Strukturovaný přehled témat v oblasti Zvládání symptomů a intervence

Oblast	**Zdeněk (toxická psychóza)**	**Roman (schizofrenie)**	**Shodné/odlišné**
Potřeba cílené léčby	Potřeba adiktologické léčby, nevhodnost běžného psychiatrického oddělení	Potřeba psychiatrické léčby, nevhodnost adiktologického oddělení	**Shodné**

9.3.8 Heredita

Přítomnost psychiatrických onemocnění v rodině oba participanti negují *(Tabulka 37)*. Roman uvádí krátkodobé obtíže svého bratra (úzkostně-depresivní symptomy), které však svou závažností pravděpodobně nenaznačují zvýšenou psychiatrickou zátěž v oblasti heredity.

Tabulka 36: Strukturovaný přehled témat v oblasti Heredita

Oblast	**Zdeněk (toxická psychóza)**	**Roman (schizofrenie)**	**Shodné/odlišné**
Psychiatrická zátěž v rodině	Neguje	Bratr (úzkostně-depresivní obtíže)	**Shodné**

9.3.9 Aktuální stav

Aktuální stav obou participantů je v mnoha oblastech velmi podobný, a to zejména v oblastech rychlosti zpracování a pozornosti, na které si oba subjektivně stěžují, jelikož to zasahuje do jejich pracovního nasazení. Lze však předpokládat, že hloubka tohoto deficitu může být u Romana o něco vyšší, jelikož dochází do chráněné práce. To však může být způsobeno i stále přetrvávajícími symptomy, které Roman uvádí. Tyto symptomy naopak Zdeněk neguje, jelikož říká, že jeho reziduální příznaky (kromě zmíněných kognitivních) mají spíše charakter krátkodobých psychotických reminiscencí. Je pravděpodobné, že rozdíly by bylo možné sledovat po hlubší exploraci dalšími metodami. Z čistě klinického pohledu se však aktuální stav obou jeví velmi podobně, což představuje *Tabulka 37*.

Tabulka 37: Strukturovaný přehled témat v oblasti Aktuální stav

Oblast	**Zdeněk (toxická psychóza)**	**Roman (schizofrenie)**	**Shodné/odlišné**
Pracovní výkon	Návrat do práce, pomalejší tempo, kolísavá pozornost	Chráněná práce, velmi pomalé tempo, kolísavá pozornost	**Shodné (částečně)**
Úroveň zotavení	Náhled na občasnou reziduální symptomatiku	Náhled na přetrvávající symptomy	**Shodné (částečně)**

9.4 Souhrn klinicky pozorovatelných specifik

Klinicky pozorovatelná specifika opakovaných toxických psychóz oproti schizofrenní poruše lze shrnout v několika rovinách: (1) *Přítomnost prodromálních symptomů*; (2) *Spouštěče užívání návykových látek*; (3) *Kvalita a rozsah symptomů a* k*ontakt s realitou*; (4) *Ústup symptomatiky*; (5) *Sociabilita*; (6) *Globální fungování a zotavení*; (7) *Potřeba cílené léčby*.

Představené kazuistiky a jejich analýzy se především liší způsobem nástupu psychózy. U toxických psychóz byl zaznamenán náhlý a dramatický začátek bez přítomnosti prodromálních příznaků. Naopak u schizofrenie byl identifikován plíživý nástup s prodromálními projevy (depresivní ladění, ztráta motivace, hypobulie, náhlé školní selhávání).

Další rozdíl je patrný v charakteru a vnímání psychotické symptomatiky. Z analýz vyplývá, že toxické psychózy se projevují bohatými, komplexními halucinacemi zahrnujícími nejen sluchové, ale i zrakové, taktilní, čichové a chuťové vjemy. Důležitým rozdílem je také zachování alespoň částečného kontaktu s realitou a uvědomění souvislosti mezi užitím návykových látek a vznikem příznaků. Naproti tomu u schizofrenie dominuje ztráta kontaktu s realitou, přítomnost intrapsychických halucinací a bizarní bludy.

Odlišné rysy je dále možné identifikovat v rámci průběhu a trvání symptomů. U toxických psychóz byl dle vyprávění participantů nástup rychlý a odeznění často skokové, i když některé příznaky (zejména sluchové halucinace a paranoidní ladění) přetrvávali několik měsíců s dlouhodobými rezidui. Zaznamenán byl také výskyt tzv. flashbacků. Oproti tomu schizofrenie byla charakterizována dlouhodobým trváním symptomů i v období abstinence, přičemž symptomy měli tendenci přetrvávat bez jasného zlepšení.

V oblasti sociálních vztahů byl registrován zásadní rozdíl. Participant s toxickými psychózami popisuje celoživotní tendenci udržovat kontakt s přáteli a partnerkou. Určitá uzavřenost se u něj projevila pouze v rámci akutních psychotických fází. Naopak druhý participant popisoval dlouhodobou sociální izolaci a odcizení od rodiny.

Rozdíly jsou patrné i v oblasti globálního fungování. Participant s toxickými psychózami vykazoval kolísavou výkonnost a návrat k alespoň částečnému premorbidnímu fungování. Naproti tomu u participanta s diagnózou schizofrenie bylo registrováno dlouhodobé selhávání na globální úrovni s pozdějším zapojení v rámci chráněné práce.

Z hlediska léčby cítí participant s toxickými psychózami větší přínos cílené adiktologické péče a důrazu na abstinenci. U schizofrenie se však jako klíčová jeví psychiatrická léčba s nasazením antipsychotik.

10 Diskuze

Přes řadu společných aspektů a širokého překryvu symptomatiky bylo identifikováno několik odlišností, které mohou být přínosné v rámci diferenciální diagnostiky. Nejvýraznější odlišnosti byly identifikovány v rámci: (1) *Přítomnosti prodromálních symptomů*; (2) *Spouštěčů užívání návykových látek*; (3) *Kvality a rozsahu symptomů a* k*ontaktu s realitou*; (4) *Ústupu symptomatiky*; (5) *Sociability*; (6) *Globálního fungování a zotavení*; (7) *Potřeby cílené léčby.*

Zásadním diferenciálním znakem byla přítomnost prodromálních symptomů. V případě participanta se schizofrenií byly retrospektivně popsány znaky odpovídající prodromální fázi (depresivita, zlomové selhávání ve škole, omezení sociálních kontaktů), které u druhého participanta s toxickou psychózou chyběly. Tato diferenciace odpovídá poznatkům některých autorů, kteří poukazují na prodromy jako typické pro vznik primární psychotické poruchy (Elserafi & Hewedi, 2014; Orel, 2020; Vágnerová, 2014). Ricci et al. (2024) uvádí, že v rámci schizofrenního onemocnění, symptomy jako sociální stažení, snížená motivace a nenápadné kognitivní změny často předcházejí plnému propuknutí první epizody schizofrenie o měsíce až roky. Tato prodromální fáze je méně častá u psychóz vyvolaných užíváním návykových látek. Primární psychotické poruchy mají naopak obvykle pozvolnější nástup (Ricci et al., 2024). To se ukazuje i v rámci analýzy kazuistik tohoto výzkumu.

Významné rozdíly byly identifikovány také v motivaci k užívání návykových látek. U pacienta se SIP dominoval skupinový vliv a konformita, zatímco u pacienta se schizofrenií šlo o účelovou sebemedikaci, která velmi pravděpodobně navazovala na již probíhající prodromální symptomy. Tento rozdíl nebyl v literatuře přímo komentován, ale obecně je známo, že faktory jako coping, úleva od duševního diskomfortu nebo začlenění do skupiny hrají při rozvoji užívání zásadní roli (Kalina, 2015; Deng et al., 2012). Tucker (2009) uvádí vysokou prevalenci užívání návykových látek v počátečních fázích schizofrenního onemocnění. Data, která by však odlišné spouštěče užívání dávala do kontextu možných diferenciálních vodítek při stanovení diagnózy nebyla nalezena.

Participant se schizofrenií vykazoval výrazně hlubší narušení vnímání reality, dezorganizované myšlení, sluchové a intrapsychické halucinace a bizarní bludy s absencí náhledu. U pacienta s toxickou psychózou byly registrovány komplexní halucinace (sluchové, vizuální, taktilní, čichové) a intrapsychické halucinace naopak chyběly. To vše probíhalo (až na výjimky) s alespoň částečně zachovaným náhledem. Výzkumy ukazují, že u pacientů se

schizofrenní poruchou se častěji vyskytují fenomény jako vkládání či odnímání myšlenek, přičemž halucinace mívají nejčastěji podobu hlasů s imperativním nebo komentujícím obsahem. Bludy bývají méně strukturované, avšak početně rozsáhlejší než u osob s toxickou psychózou (Hides et al., 2015; Semančíková et al., 2024; Vergara-Moragues et al., 2016).

Zatímco u SIP byl popisován spíše náhlý ústup symptomů po odeznění intoxikace, u schizofrenního pacienta byly symptomy přetrvávající a méně citlivé na abstinenci. V obou případech je však možné pozorovat určitá rezidua. Zdá se, že v kontextu schizofrenie mají reziduální symptomy hlubší dopad na celkové fungování. Navíc se délka trvání příznaků po vysazení látky v literatuře značně liší, což dále komplikuje diagnostické rozhodování (D'Souza et al., 2009; Semančíková et al., 2024). Wong et al. (2022) uvádí, že chronologické hledisko, byť užitečné, samo o sobě často nestačí k rozlišení mezi toxickou psychózou a primární psychotickou poruchou. Studie ukazují, že psychotické symptomy mohou přetrvávat i po 1–6 měsících abstinence, zejména u uživatelů více látek (Fiorentini et al., 2021; Mauri et al., 2017).

Sociální fungování se lišilo jak v intenzitě, tak kvalitě. Participant s opakovanými toxickými psychózami byl schopen udržovat vztahy, zatímco u participanta s diagnózou schizofrenie byla registrována dlouhodobá sociální izolace. Wearne & Cornish (2018) zdůrazňují rozdíl zejména v oblasti negativní symptomatiky, která zasahuje taktéž do mezilidských vztahů a je výrazněji přítomna u pacientů se schizofrenií. Ricci et al. (2024) uvádí tuto odlišnost v oblasti sociálního stažení a izolace jako důležitý diferenciální ukazatel zejména v raných stádiích propukající poruchy, přičemž je dává do kontextu prodromálních obtíží.

Další identifikovanou diferenciační oblastí byla úroveň globálního fungování v průběhu prožívaných psychotických symptomů a následné zotavení. Participant se SIP byl po epizodě schopen návratu k běžnému fungování a s částečnými kognitivními rezidui taktéž návratu na premorbidní úroveň. Participant se schizofrenií potřeboval intenzivní psychosociální podporu v podobě chráněného bydlení a práce, jelikož jeho symptomatika nikdy nevymizela natolik, aby ho neomezovala v běžných činnostech. Tato pozorování jsou v souladu se zjištěními Hidese et al. (2015), Semančíkové et al. (2024) a Vergary-Moragues et al. (2016) o rychlejším návratu kognitivních funkcí na premorbidní úroveň u pacientů s toxickými psychózami. Semančíková et al. (2024) uvádí, že prognóza SIP je naopak při včasném záchytu a abstinenci považována za relativně příznivou. Fond et al. (2017) považují zhodnocení globálního fungování a návrat k premorbidnímu stavu jako zásadní diferenciálně-diagnostický ukazatel. Tento ukazatel však nelze využít včasně, a jeho očekávání může oddalovat zahájení příslušné léčby.

Posledním, ale neméně důležitým identifikovaným tématem byla potřeba cílené léčby. Oba případy reflektovaly potřebu specificky zaměřené léčby, avšak její podoba se lišila. U participanta se schizofrenií byla zdůrazněna nezbytná dlouhodobá psychiatrická péče a medikace. U participanta se SIP hrála klíčovou roli adiktologická intervence s důrazem na abstinenci. Studie právě z uvedených důvodů zdůrazňují důležitost včasné a správné diagnostiky a následné přizpůsobení léčby individuálním potřebám pacientů (Roncero et al., 2011; Subodh et al., 2018). V rámci péče o pacienty s duální diagnózou v oblasti schizofrenního okruhu je zásadní včasná diagnostika a intervence pro zkrácení průběhu neléčené psychózy. Tato doba má totiž zásadní vliv na prognózu onemocnění (Marshall et al., 2005; Semančíková et al., 2024).

Přínosem diplomové práce je nepochybně její klinický přesah, jelikož díky své povaze porovnání dvou případů strukturovaně ukazuje pohled základního diferenciálně diagnostického uvažování. Stejnou formou také upozorňuje na důležité diferenciálně diagnostické oblasti. Kvalitativní zpracování této problematiky je velmi ojedinělé, což přináší zásadní perspektivu nejen v kontextu klinické praxe, ale i výzkumu samotného. Výzkum zároveň naznačuje, že v rámci diferenciace těchto poruch jsou to často právě drobné kvalitativní aspekty, které mohou přispět ke stanovení správné diagnózy. V neposlední řadě je přínosem rozsáhlá rešerše literatury v rámci teoretické části, která sestává z nejnovějších výzkumů s důrazem na metaanalytické studie.

Limitem práce je nepochybně nedostatečná triangulace dat a fakt, že výzkum sestává pouze z výroků samotných participantů, což může značně zkreslit výsledky. Dalším limitem je obtížná zobecnitelnost poznatků, vzhledem ke kazuistické povaze výzkumu. Za další limit je možné považovat obtížnost komparace jednotlivých symptomů v kontextu kvalitativního výzkumu, jelikož nebylo využito žádných škálovacích metod či psychologických testů. Poznatky tedy vyplývají pouze z klinického úsudku.

Na základě výsledků empirické části v kontextu teoretického podkladu se jeví jako zásadní pokračovat ve výzkumu této problematiky v širším kontextu. V rámci doporučení dalšího výzkumného postupu se zdá být na místě detailnější analýza diferenciálně diagnostických postupů, která se kromě klinické části vyšetření opírá i o objektivnější metody psychologického testování. Ty poskytují srovnání s populační normou, a to i napříč diagnostickými jednotkami. Detailní kvalitativní analýza způsobu myšlení, percepce, osobnostních charakteristik a vyšetření výkonu může přinést důležité poznatky, které by bylo možné přenést i na úroveň klinického hodnocení.

Závěr

Předložená diplomová práce představuje ucelené poznatky o problematice diferenciace opakovaných toxických psychóz a schizofrenie se zaměřením na klinicky pozorovatelná specifika.

V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy, diagnostická kritéria, symptomatika a specifika obou typů psychóz, včetně jejich etiopatogeneze, průběhu a prognózy. Zvláštní pozornost je kladena na roli adiktologa jako odborníka, který se v praxi často setkává s pacienty v počátečních fázích psychotického onemocnění.

Empirická část prostřednictvím kvalitativní případové studie dvou velmi podobných případů ukazuje, jak mohou klinicky pozorovatelné rozdíly mezi toxickou psychózou a schizofrenií přispět k diagnostickému rozhodování. Přes řadu společných aspektů a širokého překryvu symptomatiky bylo na základě tematické analýzy a následné komparativní analýzy identifikováno několik odlišností, které mohou být přínosné v rámci diferenciální diagnostiky: (1) *Přítomnost prodromálních symptomů*; (2) *Spouštěče užívání návykových látek*; (3) *Kvalita a rozsah symptomů a* k*ontakt s realitou*; (4) *Ústup symptomatiky*; (5) *Sociabilita*; (6) *Globální fungování a zotavení*; (7) *Potřeba cílené léčby*. Tyto rozdíly, ačkoliv nejsou ve všech případech diagnosticky rozhodující, napomáhají přesnějšímu rozlišení mezi SIP a schizofrenní poruchou.

Diferenciace toxické psychózy a schizofrenní poruchy je velmi obtížná a vyžaduje komplexní a hloubkové zhodnocení stavu pacienta. Výsledky naznačují, že absence prodromální symptomatiky, zachovaný náhled, rychlejší ústup příznaků a menší narušení sociálního fungování spíše svědčí pro toxickou psychózu, zatímco jejich přítomnost může poukazovat na probíhající schizofrenní poruchu. Opakované toxické psychózy se tedy jeví jako epizodické a reaktivní stavy s určitou mírou náhledu a větším potenciálem pro zotavení, a to i přes výraznou reziduální symptomatiku. Schizofrenie představuje chronické onemocnění s těžším narušením vnímání reality, hlubším kognitivním deficitem a trvalými funkčními dopady.

Diplomová práce podtrhuje důležitost klinického uvažování v kontextu diferenciální diagnostiky psychotických poruch a zároveň zdůrazňuje roli adiktologa jako dlouhodobého pozorovatele symptomatického vývoje.

Rozlišení mezi schizofrenií a psychózou vyvolanou užíváním návykových látek je klíčové pro efektivní léčbu. Pokračující výzkum je nezbytný pro zpřesnění diagnostických kritérií a lepší pochopení neurobiologických i psychosociálních mechanismů těchto poruch.

Literatura

American Psychiatric Association (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.

Arunogiri, S., Verdejo-Garcia, A., McKetin, R., Rubenis, A. J., Fitzpatrick, R. E., & Lubman, D. I. (2019). Emotion Recognition and Impulsive Choice in Relation to Methamphetamine Use and Psychosis Symptoms. *Frontiers in psychiatry*, *10*, 889. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00889

Baldaçara, L., Ramos, A., & Castaldelli-Maia, J. M. (2023). Managing drug-induced psychosis. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, *35*(5-6), 496–502. https://doi.org/10.1080/09540261.2023.2261544

Bogenschutz, M. P., & Johnson, M. W. (2015). Classic hallucinogens in the treatment of addictions. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *64*, 250–258. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2015.03.002

Bramness, J. G., Hjorthøj, C., Niemelä, S., Taipale, H., & Rognli, E. B. (2024). Discussing the concept of substance-induced psychosis (SIP). *Psychological Medicine*, *54*(11), 2852–2856. https://doi.org/10.1017/S0033291724001442

Braun, V., & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf, & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2. Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (pp. 57–71). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/13620-004

Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematicanalysis. *Qualitative Psychology*, *9*(1), 3-26. https://doi.org/10.1037/qup0000196

Brunette, M. F., Asher, D., Whitley, R., Lutz, W. J., Wieder, B. L., Jones, A. M., & McHugo, G. J. (2008). Implementation of Integrated Dual Disorders Treatment: A Qualitative analysis of Facilitators and Barriers. *Psychiatric Services*, *59*(9), 989–995. https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.9.989

Catalan, A., De Pablo, G. S., Aymerich, C., Guinart, D., Goena, J., Madaria, L., Pacho, M., Alameda, L., Garrido-Torres, N., Pedruzo, B., Rubio, J. M., Gonzalez-Torres, M. A., Fusar-Poli, P., & Correll, C. U. (2024). ”Short” Versus “Long” Duration of Untreated Psychosis in People with First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Baseline

Status and Follow-Up Outcomes. *Schizophrenia Bulletin*. https://doi.org/10.1093/schbul/sbae201

Caton, C. L. M., Hasin, D. S., Shrout, P. E., Drake, R. E., Domínguez, B., First, M. B., Samet, S., & Schanzer, B. (2007). Stability of early-phase primary psychotic disorders with concurrent substance use and substance-induced psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(2), 105–111. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.015784

Dawe, S., Geppert, L., Occhipinti, S., & Kingswell, W. (2011). A comparison of the symptoms and short-term clinical course in inpatients with substance-induced psychosis and primary psychosis. Journal of Substance Abuse Treatment, 40(1), 95-101. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.08.002

Deng, X., Huang, Z., Li, X., Li, Y., Wang, Y., Wu, D., Gao, B., & Yang, X. (2012). Long-term follow-up of patients treated for psychotic symptoms that persist after stopping illicit drug use. *Shanghai archives of psychiatry*, *24*(5), 271–278. https://doi.org/10.3969/j.issn.1002-0829.2012.05.004

D'Souza, D. C., Sewell, R. A., & Ranganathan, M. (2009). Cannabis and psychosis/schizophrenia: human studies. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, *259*(7), 413–431. https://doi.org/10.1007/s00406-009-0024-2

Elserafi, D. and Hewedi, D. (2014). Clinical profile of cannabis-induced psychosis in comparison to schizophrenia. Middle East Current Psychiatry, 21(4), 230-236. https://doi.org/10.1097/01.xme.0000452617.54016.3a

Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Portál

Fiorentini, A., Cantù, F., Crisanti, C., Cereda, G., Oldani, L., & Brambilla, P. (2021). Substance-Induced Psychoses: An updated Literature review. *Frontiers in Psychiatry*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.694863

Fiorentini, A., Volonteri, L., Dragogna, F., Rovera, C., Maffini, M., Mauri, M., … & Altamura, C. (2011). Substance-induced psychoses: a critical review of the literature. Current Drug Abuse Reviews, 4(4), 228-240. https://doi.org/10.2174/1874473711104040228

Fišar, Z. (2023). Biological hypotheses, risk factors, and biomarkers of schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *120*, 110626. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2022.110626

Fond, G., Boyer, L., Andrianarisoa, M., Godin, O., Brunel, L., Bulzacka, E., Coulon, N., Llorca, P., Berna, F., Aouizerate, B., Capdevielle, D., D'Amato, T., Dubertret, C., Dubreucq, J., Faget, C., Gabayet, F., Mallet, J., Misdrahi, D., Rey, R., . . . Zinetti-Bertschy, A. (2017). Risk factors for increased duration of untreated psychosis. Results from the FACE-SZ dataset. *Schizophrenia Research*, *195*, 529–533. https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.058

Gan, H., Zhao, Y., Jiang, H., Zhu, Y., Chen, T., Tan, H., Zhong, N., Du, J., & Zhao, M. (2018). A research of methamphetamine induced psychosis in 1,430 individuals with methamphetamine use disorder: clinical features and possible risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, *9*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00551

Garson, E., Castle, D. J., & George, T. P. (2023). Substance-Induced Psychosis: a Narrative Review. *Current Addiction Reports*, *10*(2), 335–340. https://doi.org/10.1007/s40429-023-00475-6

Häfner, H., & Maurer, K. (2006). Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *5*(3), 130–138. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636122/

Hides, L., Dawe, S., McKetin, R., Kavanagh, D. J., Young, R. M., Teesson, M., & Saunders, J. B. (2015). Primary and substance-induced psychotic disorders in methamphetamine users. *Psychiatry research*, *226*(1), 91–96. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.077

Hjorthøj, C., Starzer, M., Benros, M., & Nordentoft, M. (2020). Infections as a risk factor for and prognostic factor after substance-induced psychoses. American Journal of Psychiatry, 177(4), 335-341. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19101047

Insel, T. R. (2010). Rethinking schizophrenia. *Nature*, *468*(7321), 187–193. https://doi.org/10.1038/nature09552

Jordaan, G. P., Nel, D. G., Hewlett, R. H., & Emsley, R. (2009). Alcohol-induced psychotic disorder: a comparative study on the clinical characteristics of patients with alcohol dependence and schizophrenia. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *70*(6), 870–876. https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.870

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing a.s.

Krebs, T. S., & Johansen, P. (2013). Psychedelics and Mental Health: A Population study. *PLoS ONE*, *8*(8), e63972. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0063972

Mauri, M., Reggiori, A., Paletta, S., & Colasanti, A. (2017). Primary psychosis with comorbid drug abuse and drug-induced psychosis: diagnostic and clinical evolution at follow up. Asian Journal of Psychiatry, 29, 117-122. https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.04.014

Millan, M. J., Andrieux, A., Bartzokis, G., Cadenhead, K., Dazzan, P., Fusar-Poli, P., Gallinat, J., Giedd, J., Grayson, D. R., Heinrichs, M., Kahn, R., Krebs, M., Leboyer, M., Lewis, D., Marin, O., Marin, P., Meyer-Lindenberg, A., Mcgorry, P., Mcguire, P., . . . Weinberger, D. (2016). Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. *Nature Reviews Drug Discovery*, *15*(7), 485–515. https://doi.org/10.1038/nrd.2016.28

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.

Moore, T. H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R., Jones, P. B., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet (London, England)*, *370*(9584), 319–328. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61162-3

Murrie, B., Lappin, J., Large, M., & Sara, G. (2020). Transition of Substance-Induced, Brief, and Atypical psychoses to Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, *46*(3), 505–516. https://doi.org/10.1093/schbul/sbz102

Myran, D. (2023). Transition to schizophrenia spectrum disorder following emergency department visits due to substance use with and without psychosis. Jama Psychiatry, 80(11), 1169. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.3582

Niemi-Pynttäri, J. A., Sund, R., Putkonen, H., Vorma, H., Wahlbeck, K., & Pirkola, S. P. (2013). Substance-Induced psychoses converting into schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *74*(01), e94–e99. https://doi.org/10.4088/jcp.12m07822

Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3. vyd.). Grada.

Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *P & T : a peer-reviewed journal for formulary management*, *39*(9), 638–645. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159061/

Perälä, J., Kuoppasalmi, K., Pirkola, S., Härkänen, T., Saarni, S., Tuulio-Henriksson, A., Viertiö, S., Latvala, A., Koskinen, S., Lönnqvist, J., & Suvisaari, J. (2010). Alcohol-induced psychotic disorder and delirium in the general population. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *197*(3), 200–206. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070797

Pěč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy*. TRITON.

Preller, K. H., & Vollenweider, F. X. (2017). Erratum to: phenomenology, structure, and dynamic of psychedelic states. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 1. https://doi.org/10.1007/7854_2017_477

Ricci, V., Martinotti, G., & Maina, G. (2024). Substance-Induced Psychosis: diagnostic challenges and phenomenological insights. *Psychiatry International*, *5*(4), 759–772. https://doi.org/10.3390/psychiatryint5040052

Roncero, C., Comín, M., Daigre, C., Grau-López, L., Martínez-Luna, N., Eiroa-Orosa, F. J., Barral, C., Torrens, M., & Casas, M. (2014). Clinical differences between cocaine-induced psychotic disorder and psychotic symptoms in cocaine-dependent patients. *Psychiatry research*, *216*(3), 398–403. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.01.026

Ross, R. G., Stevens, K. E., Proctor, W. R., Leonard, S., Kisley, M. A., Hunter, S. K., Freedman, R., & Adams, C. E. (2010). Research Review: Cholinergic mechanisms, early brain development, and risk for schizophrenia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(5), 535–549. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02187.x

Rucker, J. J., Iliff, J., & Nutt, D. J. (2017). Psychiatry & the psychedelic drugs. Past, present & future. *Neuropharmacology*, *142*, 200–218. https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.12.040

Semančíková, I., Kopeček, M., & Bezdíček, O. (2024). Toxic psychosis and its clinical significance. *Psychiatrie Pro Praxi*, *25*(2), 62–70. https://doi.org/10.36290/psy.2024.011

Semančíková, I., & Bezdíček, O. (2023). Vývoj výskytu toxických psychóz v souvislosti s vývojem užívání psychoaktivních látek v České republice. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, *119*(3), 102–108. http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2023_3_102_108.pdf

Starzer, M. S. K., Nordentoft, M., & Hjorthøj, C. (2017). Rates and predictors of conversion to schizophrenia or bipolar disorder following Substance-Induced Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, *175*(4), 343–350. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17020223

Svoboda, M. (2022). *Psychologická diagnostika dospělých* (4. Vyd.). Portál.

Tucker, P. (2009). Substance misuse and early psychosis. *Australasian Psychiatry*, *17*(4), 291–294. https://doi.org/10.1080/10398560802657314

Tyrer, P. (2023). *Making sense of the ICD-11: For Mental Health Professionals*. Cambridge University Press.

Uhrová, T., & Roth, J. (2020). *Neuropsychiatrie*. Jan Hugo.

Vágnerová, M. (2014). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál.

Vergara-Moragues, E., Mestre-Pintó, J. I., Gómez, P. A., Rodríguez-Fonseca, F., Torrens, M., & González-Saiz, F. (2016). Can symptoms help in differential diagnosis between substance-induced vs independent psychosis in adults with a lifetime diagnosis of cocaine use disorder?. *Psychiatry research*, *242*, 94–100. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.05.043

Watson, S. (2024, April 20). *Schizophrenia causes: genetics, environment, and more*. WebMD. https://www.webmd.com/schizophrenia/what-causes-schizophrenia

Wearne, T. and Cornish, J. (2018). A comparison of methamphetamine-induced psychosis and schizophrenia: a review of positive, negative, and cognitive symptomatology. Frontiers in Psychiatry, 9. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00491

Williams, M., & Vogt, W. (2011). The SAGE Handbook of Innovation in Social Research Methods. In *SAGE Publications Ltd eBooks*. https://doi.org/10.4135/9781446268261

Williams, S. C. P., McMillen, M., & Mitchell, K. (2024, April 16). *Schizophrenia exams and diagnostic tests*. WebMD. https://www.webmd.com/schizophrenia/diagnostic-tests-schizophrenia

Wong, V., Chin, K., & Leontieva, L. (2022). Multifactorial causes of paranoid schizophrenia with auditory-visual hallucinations in a 31-year-old male with history of traumatic brain injury and substance abuse. Cureus. https://doi.org/10.7759/cureus.25488

Woolridge, S., Wood-Ross, C., Voleti, R., Harrison, G., Berisha, V., & Bowie, C. (2022). A neuropsychological approach to differentiating cannabis-induced and primary psychotic disorders. Early Intervention in Psychiatry, 17(6), 564-572. https://doi.org/10.1111/eip.13348

World Health Organization. (2022, 11. ledna). *Schizophrenia*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

Seznam zkratek

DSM	Diagnostický a statistický manuál
DUP	Duration of untreated psychosis
LSD	Diethylamid kyseliny lysergové
MTP	Metamfetaminové toxické psychózy
MKN	Mezinárodní klasifikaci nemocí
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PPD	Primary psychotic disorder
ROR	Rorschachův test
SIP	Substance-induced psychosis
SŠ	Střední škola
TAT	Tematický apercepční test
THC	Tetrahydrocannabinol
VŠ	Vysoká škola
WAIS	Wechslerova inteligenční škála pro dospělé
ZŠ	Základní škola

Seznam příloh

Příloha 1 – Znění informovaného souhlasu

Příloha 2 – Informace pro účastníky

Příloha 3 – Souhlas etické komise PN Bohnice

Příloha 4 – Ukázka polostrukturovaných rozhovorů: 1 a 2

Seznam obrázků

Obrázek 1: Překryv symptomatiky (Wearne & Cornish, 2018) 25

Obrázek 2: Ukázka fáze 2: kódování rozhovoru č 1 38

Obrázek 3: Úroveň překryvu symptomatiky v rámci diferenciačních oblastí 64

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled základních údajů o participantech 34

Tabulka 2: Ukázka fáze 3 38

Tabulka 3: Témata rozhovoru č. 1 43

Tabulka 4: Struktura tématu Absence prodromálních příznaků 44

Tabulka 5: Struktura tématu Skupinová norma jako spouštěč užívání návykových látek 44

Tabulka 6: Struktura tématu Náhlý rozvoj psychotických příznaků 45

Tabulka 7: Struktura tématu Komplexní halucinace 46

Tabulka 8: Struktura tématu Částečná ztráta kontaktu s realitou 46

Tabulka 9: Struktura tématu Rezistence obtíží v době abstinence 47

Tabulka 10: Struktura tématu Inkonzistentní globální výkonnost 48
Tabulka 11: Struktura tématu Ambivalence sociability a izolace 49
Tabulka 12: Struktura tématu Potřeba cílené léčby 50
Tabulka 13: Struktura tématu Absence psychiatrických onemocnění v rodině 51
Tabulka 14: Struktura tématu Částečný návrat na premorbidní úroveň 51
Tabulka 15: Témata rozhovoru č. 2 54
Tabulka 16: Struktura tématu Přítomnost prodromálních příznaků 54
Tabulka 17: Struktura tématu Touha experimentovat a „sebemedikace“ jako spouštěč užívání návykových látek 55
Tabulka 18: Struktura tématu Plíživý rozvoj psychotických příznaků 56
Tabulka 19: Struktura tématu Sluchové a intrapsychické halucinace 57
Tabulka 20: Struktura tématu Úplná ztráta kontaktu s realitou 57
Tabulka 21: Struktura tématu Rezistence obtíží v abstinenci 58
Tabulka 22: Struktura tématu Globální selhávání 59
Tabulka 23: Struktura tématu Tendence k izolaci 60
Tabulka 24: Strutktura tématu Potřeba cílené léčby 61
Tabulka 25: Struktura tématu Absence psychiatrických onemocnění v rodině 61
Tabulka 26: Struktura tématu Zotavení přes přetrvávání symptomatiky 62
Tabulka 27: Přehled výskytu témat a symptomů 63
Tabulka 28: Přehled odlišných témat a symptomů 65
Tabulka 29: Přehled společných témat a symptomů 66
Tabulka 30: Strukturovaný přehled témat v oblasti Mapování možných prodromů a premorbidní stav 66
Tabulka 31: Strukturovaný přehled témat v oblasti Začátky užívání látek a první psychotické příznaky 67
Tabulka 32: Strukturovaný přehled témat v oblasti Průběh psychotických symptomů 67
Tabulka 33: Strukturovaný přehled témat v oblasti Globální fungování 68
Tabulka 34: Strukturovaný přehled témat v oblasti Sociální interakce a vztahy 68
Tabulka 35: Strukturovaný přehled témat v oblasti Zvládání symptomů a intervence 68
Tabulka 36: Strukturovaný přehled témat v oblasti Heredita 69
Tabulka 37: Strukturovaný přehled témat v oblasti Aktuální stav 69

Vyjádření k využití umělé inteligence

Umělá inteligence (konkrétně: ChatGPT a NOTEBOOK LM) byla využita zejména v rámci teoretické části. Byla použita při překladu některých slovních spojení či pasáží textů. Dále byla použita při stylistických a gramatických úpravách. Žádná pasáž v této diplomové práci nezahrnuje doslovné použití textu vytvořeného umělou inteligencí (AI). Umělá inteligence nebyla použita k přímému vygenerování textu ke konkrétní problematice.

V rámci empirické části byla AI využita pouze pro vytvoření komparativních tabulek a grafů, a to na základě jasných striktních pokynů o požadovaném obsahu. Tyto tabulky byly dále upraveny. K samotným analýzám jednotlivých kazuistik ani k jiným krokům v rámci výzkumné části práce nebyla AI využita vůbec.

V neposlední řadě byla umělá inteligence využita pro kontrolu citačních norem ve formátu APA7.

V žádné části této práce nebyla umělá inteligence použita k samostatnému vygenerování textu k dané problematice. Žádné shrnutí či vysvětlení odborných textů nebylo doslovně zkopírováno a použito v diplomové práci.

Zapojení AI probíhalo v souladu s Etickým kodexem Univerzity Karlovy a vnitřními předpisy fakulty.