

Psychiatrické vyšetření

U psychiatrického vyšetření je naším cílem zjistit co nejvíce informací o pacientovi sloužících k tomu, abychom mohli spolehlivě vyhodnotit situaci, zaujmout k jeho potížím stanovisko (v podobě syndromologické a pracovní diagnózy) a navrhnout další plán vyšetření a léčby.

Položky psychiatrického vyšetření:

- **1 Identifikační údaje** pacienta (jméno, rodné číslo, datum narození, bydliště, kontakt, kontakt na blízkou osobu)
- **2 Parere** - doporučení (pacient odeslán na žádost praktického lékaře, adiktologické ambulance, psychoterapeuta, nebo přichází sám, v doprovodu...)
- **3 Nynější onemocnění, NO:** popis subjektivních problémů pacienta, které ho dovedli k vyšetření
- **4 Anamnéza:** tzv. předchorobí, soubor lékařsky významných informací ze života pacienta
- **5 Souběžná anamnéza** (někdy nazývaná "objektivní") - Jedná se o informace o pacientovi od druhých osob, většinou těch, co pacienta přivedli.
- **6 Zhodnocení výsledků** předcházejících vyšetření, pokud jsou k dispozici
- **7 Status praesens psychicus, SPP** (současný psychický stav)
- **8 Status praesens somaticus, SPS** (současný tělesný stav): základní zhodnocení tělesného stavu s měřením základních fyziologických funkcí
- **9 Syndromologický závěr**, diferenciálně-diagnostická rozvaha.
- **10 Plán** dalších vyšetření a návrh terapeutického postupu

Metody psychiatrického vyšetření

- 1. Pozorování pacienta
- 2. Rozhovor s pacientem
- 3. Získání souběžných informací (od rodiny, doprovodu, policie, lékařské zprávy od jiných lékařů...)

Pomocné vyšetřovací metody přídatné k psychiatrickému vyšetření

- psychometrické škály
- laboratorní vyšetření krve, moči
- zobrazovací vyšetření mozku
- komplexní psychologické vyšetření

Zásady vedení rozhovoru s pacientem během psychiatrického vyšetření

- Vyhradíme si pro pacienta dostatečný čas (nejlépe 1-2 hodiny) a prostor, kde nebudeme zbytečně rušeni.
- Strukturované vedení rozhovoru:
 - **Úvod:** Ptáme se zejména na to, co přivedlo pacienta k vyšetření, aktuální obtíže, klademe otázky obecnějšího rázu. Otázky ponecháváme otevřené s prostorem pro spontánní výpovědi pacienta.
 - **V průběhu:** Doptáváme se na věci, které nás zajímají, které pacient spontánně nezmiňuje. Pacientovi vyjádříme pochopení pro jeho potíže a ubezpečíme ho, že se k nim ještě vrátíme a budeme se jim věnovat detailněji v průběhu léčby
 - Na konci delších pasáží shrneme dosavadní informace a necháme si je odsouhlasit,

- (reflektujeme co bylo řečeno) aby bylo jasné, že rozumíme, co pacient myslí. Vyjadřujeme tím i to, že pacientovi věnujeme pozornost, že je pro nás důležité, co říká.
- Ke konci rozhovoru: Intimní otázky (sexuální anamnéza, partnerské vztahy...), kdy je již navázán bazální terapeutický vztah a důvěra. Dotazy jsou konkrétní a vedení je direktivnější.
 - Vyvarujeme se sugestivním otázkám (*To jste musel cítit i velkou úzkost, ne?*)
 - Na konci celého vyšetření pacienta seznámíme s naším nálezem (co si o jeho problémech myslíme), terapeutickým plánem (jakou pomoc mu nabídneme) a necháme mu prostor pro jeho dodatečné otázky.
 - Pacientovi dodáváme naději, že jeho problémy jsou řešitelné. (*Tyto obtíže známe, vyskytují se poměrně často, existuje léčba*)
 - Specifika jednání se **sebevražedným** pacientem a **neklidným** pacientem jsou probrány v příslušných kapitolách.

Struktura anamnézy

1. Rodinná anamnéza

- Výskyt psychiatrických onemocnění v širší rodině (SCH, BAP, unipolární deprese, demence, výskyt sebevražd, nadměrné užívání návykových látek)
- U rodičů, sourozenců a dětí se ptáme na jejich věk, psychický i tělesný stav - Pokud rodiče nežijí - kdy umřeli a na jakou chorobu

2. Osobní anamnéza

- souhrn informací o samotném pacientovi, součásti: Somatická anamnéza, Psychiatrická anamnéza, Užívání návykových látek, Vzdělání, Sociální anamnéza, Pracovní anamnéza, Sexuální a matematická anamnéza, Dětství, Zájmy, povaha, Plány do budoucna,
- **Somatická anamnéza**
 - Aktuální a prodělaná tělesná onemocnění (vč. dětství)
 - Okolnosti porodu pacienta (fyziologický/komplikovaný), psychomotorický vývoj v dětství (opozdění řeči, pomočování, poruchy učení, hyperaktivita...)
 - Gynekologická anamnéza (menarché, menopauza, antikoncepce, těhotenství, umělá přerušování těhotenství)
 - Farmakologická anamnéza (pravidelně a nepravidelně užívané léky, vč. dávkování)
 - Alergická anamnéza
 - Epidemiologická anamnéza
- **Psychiatrická anamnéza**
 - Průběh psychických obtíží (začátek, změna obtíží v čase)
 - Dosavadní psychiatrická léčba - kde, medikace, psychoterapie, biologická léčba, Co fungovalo?
 - Psychiatrické hospitalizace v minulosti - kdy a z jakého důvodu
 - **specificky se vždy ptáme na: sebevražedné myšlenky nebo úmysly v minulosti, TS v minulosti, sebepoškozování v minulosti, psychóza v minulosti**
- **Užívání návykových látek**
 - Ptáme se na alkohol, nikotin, nelegální návykové látky, návykové léky (hypnosedativa, opioidní analgetika, psychostimulační léky)

- U každé kategorie rozsah užívání (experimentálně, denně...), začátek užívání, orientační dávku u pravidelných uživatelů, přítomnost odvykacích stavů a přítomnost komplikací (bludy, halucinace, sebevražedné myšlenky, neklid, u iv. uživatelů se vždy zeptat na žloutenky)
- U alkoholu specifikujeme začátek pití, frekvenci množství a typ užívaného alkoholu, přítomnost odvykacích symptomů (pokud ano, tak jaké), přítomnost výpadků paměti (okének) **palimpsestů**, ranních doušků, delírií a epileptických záchvatů, pobyt na záchytné stanici
- U nelegálních látek metoda zneužívání (nazálně = šňupáním, intravenózně, orálně...)
- U návykových léků cestu sehnání (lékařské předpisy, černý trh...)



Pozor, spousta lidí nepovažuje pivo a víno za alkohol, je potřeba se ptát specificky.

• **Dětství**

- Spokojenost v dětství, fyzické tresty, šikana, , vztahy s kamarády, vztahy v původní rodině (vztah k rodičům a sourozencům, rozvod rodičů).
- Školní anamnéza- Vztahy se spolužáky, oblíbenost v kolektivu, adaptace na školní řád, školní prospěch, prospěch z chování, opakování ročníku

• **Vzdělání**

- nejvyšší dosažené vzdělání

• **Pracovní anamnéza**

- Průběh pracovní kariéry, poslední zaměstnání, frekvence změn zaměstnání
- Zda-li je aktuálně na neschopence, registrován na úřadu práce nebo v důchodu...

• **Sociální anamnéza**

- v jakých podmínkách pacient žije (byt/dům/ubytovna/ulice, kolik lidí, jaké má soukromí etc.)
- vztahy uvnitř rodiny
- udržování kamarádských vztahů
- Rámcově finanční situace (dluhy, exekuce, insolvence, finanční dávky)

• **Partnerské vztahy**

- Stav (svobodná/ženatý/rozvedená/ovdovělý),
- Iniciale pohlavního života (v kolika letech),
- sexuální orientace
- spokojenost v současném partnerském a intimním životě, poslední partnerský vztah, rámcově počet partnerských vztahů v životě a nejdelší trvání vztahu
- počet dětí
- konflikty, rozvod

• **Právní anamnéza**

- kriminalita(trestní rejstřík),
- absolvování vojny (A/N),
- vlastnění řidičského a zbrojního průkazu
- právní problémy

• **Zájmy, povaha, víra plány do budoucna**

- Jaké má pacient zájmy, zda-li si všimnul náhlé změny těchto zájmů, zda-li došlo k úbytku zájmů

- Charakteristika povahy (Jak byste se popsal jako člověk?), zda-li si všimnul náhlé změny své povahy
- Plány do budoucna (Má/nemá plány, jsou normální nebo megalomanické?)
- víra?

3. Souběžná anamnéza

- informace od doprovodu (včetně policie či záchranářů), příbuzných, přátel, spolupracovníků a jiných lékařů
- důležitá při nízké validitě informací od pacienta (např. pacient v psychotickém stavu či pacient s demencí) a znaků disimulace/simulace u pacienta
- když už s nimi mluvíme, vždy zjišťujeme od blízkých přítomnost suicidálního chování u pacienta
- je vhodné se zeptat na abúzus návykových látek.

Status praesens somaticus (aktuální tělesný stav) SPS

1. Subjektivní stav - přítomnost bolesti a jiných tělesných příznaků, v souvislosti s duševními poruchami se často vyskytují bolesti hlavy, celková únava, zesláblost, třes, pocení dlaní, gastrointestinální obtíže (zácpa, průjemy, nechutenství)

2. Objektivní stav - orientační zhodnocení celkového stavu (výživa, hydratace, kůže, ikterus, poranění...), neurologického stavu, krku (štítná žláza, uzliny), hrudníku (poslech srdce a plic), břicha (palpační citlivost, rezistence, velikost jater a sleziny), končetin (pulzace tepen, otoky, záněty, jizvy po sebepoškození, místa vpichů, vředy)

Status praesens psychicus (aktuální psychický stav) SPP

Status praesens psychicus (aktuální psychický stav) je stručné zhodnocení psychických funkcí pacienta s kterým vedeme diagnostický rozhovor. Obecně hodnotíme to, co v tu danou chvíli pozorujeme včetně toho, co pacient říká.

Pokud mluvíme o více somatických příznacích (spánek, apetence), spoléháme se na to, co udává pacient během rozhovoru a pak většinou napíšeme např. *“udává sníženou chuť k jídlu, udává obtížné usínání, ranní pesima etc.”*.

Pokud pozorujeme poruchy myšlení např. bludnou produkci, můžeme v závorce specifikovat co konkrétně je jejím obsahem např.: *“paranoidně-perzekuční bludná produkce (pacient věří, že ho pronásledují mimozemšťané, že jsou v jeho bytě nainstalovány kamery, že se mu snaží ublížit)”*. Podobně můžeme konkrétně popsat obsah obsesí, ruminací, katathymních myšlenek...

Dbáme na to, abychom neopomenuli popsat základní psychické funkce: vědomí, orientace, psychomotorické tempo, soustředění během pohovoru, myšlení, emotivitu, náladu, přítomnost/nepřítomnost napětí a úzkosti, chování a vnější vzezření. Uvádíme přítomnost/nepřítomnost suicidality a agresivních projevů. **Zároveň by měl být SPP dostatečně stručný a výstižný na to, aby si ten, co ho po nás čte mohl rychle udělat představu jak se v době vyšetření pacient projevoval.** To je základní účel SPP.

Během rozhovoru zpravidla hodnotíme:

(norma je vyznačená tlustě, příklady odchylek jsou v závorkách)

- **1. Vědomí - vigilní** (somniale), **lucidní** (oblužené vědomí, alterované vědomí, delirantní...)
 - všímáme si nakolik je pacient při vědomí, zda je čilý, jestli při vyšetření usíná, luciditu hodnotíme dle smysluplnosti myšlenkových obsahů, orientace, pozornosti, kontinuity a účelnosti jednání, schopnosti navázat kontakt.
- **2. Orientace - orientován místem, časem, osobou i situací** (dezorientován, částečně orientován...)
 - ptáme se na to jestli pacient ví kolikátého je dnes, ve kterém jsme patře, kde se nacházíme, co zde děláme a proč etc...
- **3. Celkový vzhled a postoj k vyšetření - klidný** (nervózní, tenzní), **upravený, bez nápadností ve vzhledu** (výrazná tetováž, na těle jizvy po sebepoškozování, nápadné oblečení...) **ke spolupráci ochotný** (spolupráce formální, nespolupracující)
 - všímáme si zejména stop po sebepoškozování, tetování s určitým odkazem, jestli je pacient spíše v defenzivní pozici, odpovědi odsekává, nerozvíjí, hostilitu na pozadí, nebo je ke kontaktu ochotný
- **4. Oční kontakt - oční kontakt navazuje, udrží** (očním kontaktem uhýbá, oční kontakt nenaváže, pohled fixuje, ulpívá)
 - u stavů s narušeným kontaktem s realitou bývají ulpívavé, nejisté, vágní, nezacílené pohledy, někdy pacient nezávládně navázat oční kontakt, nebo při velké tenzi, paranoiditě téká pohledem po místnosti, ohlíží se ke dveřím, nebo neurčitě kolem sebe
- **5. Psychomotorické tempo (PMT) - PMT v normě** (zrychlené, zpomalené, známky farmakótlumu)
 - sledujeme jak rychle pacient mluví, jak rychle se pohybuje, jak rychle reaguje na podněty
- **6. Řeč - řeč přiměřené hlasitosti** (tichá, hlasitá), **odpovídá bez latencí** (s latencemi, neodpovídá) **v relaci** dotazovaného (mimo relaci), **spontánně rozvíjí** (stroze, jednoslovně, řeč pomalá, tichá/ rychlá, překotná, logorea, koktavost, mutismus, dysartrie)
- **7. Myšlení - myšlení souvislé** (v myšlení rozvolnění asociací, inkoherentní, pseudoinkohorentní, slovní salát) **bez přítomnosti bludů** (/blud xy kongruentní/inkongruentní s náladou), **bez obsesí** (přítomny obsese xy, ruminace), (obsahově chudé myšlení, katathymní myšlení, perseverace, echolalie, verbigerace...)
 - při testování logické návaznosti myšlení se můžeme zeptat na vysvětlení přísloví, sondujeme bludnou produkci, někdy pacient naznačí, citlivě se doptáváme, **bludy nevyvracíme, nepotvrzujeme.**
- **8. Emoce - emočně stabilní** (labilní, oploštělý, plochý), **adekvátní** (neadekvátní), nálada **bez výrazných denivelací** (nálada pokleslá, nedosahující hloubku deprese, depresivní, úzkostná, obavná, elevovaná, manická, euforická, projasněná), **bez úzkosti a bez tenze** (přítomná, úzkost, vnitřní tenze, viditelná tenze, neklid),
 - ptáme se na pocity bezdradnosti, beznaděje, exhausce, insuficence, ranní pesima, hypoergii, sníženou apetenci, hedonii, z čeho má radost.
 - emoce se většinou projevují tělesným postojem, hlasitostí řeči, mírou energie, kterou pacient projeve vydává, výrazem v obličeji
- **9. Vnímání - bez známek poruch vnímání** (halucinace xy, iluze xy, depersonalizace, derealizace, halucinatorní chování...)
 - ptáme se cíleně na hlasy, vidiny, sledujeme halucinatorní chování (viz halucinatorní syndrom)
- **10. Pozornost - normoprosektický** (hypoprosektický, roztržitý, aprosektický)
 - většinou se pozná podle toho, jestli dostatečně dlouho udrží determinující linii hovoru, jestli si pamatuje o čem jsme mluvili, jestli je schopen sledovat instrukce, nebo v půlce odbíhá, zaměřuje se jinam, pokud se chceme ujistit, můžeme dát sedmičkový test
- **11. Intelekt, paměť - kognitivně-mnestické funkce orientačně v normě** (porucha výbavnosti paměti)
 - ptáme se na to jestli pozoruje v poslední době zhoršení paměti, můžeme dát příslušné

testy na paměť

- **12. Osobnost – osobnost bez nápadných odchylek** (přítomné rysy narcistní, schizoidní, vyhýbavé...) (snížená kontrola impulzů, snížená frustrační tolerance...), (osobnost deprivovaná procesurálním onemocněním, dlouholetým abusem...)
 - všímáme si postoje ve vztazích, ke společnosti, k sobě, reakce na zátěž, preferované strategie v obtížných situacích, v prvním kontaktu většinou nehodnotíme, pokud není evidentní odchylka.
- **13. Jednání - chování bez nápadných odchylek** (kutivost, stupor, katatonie, příznak podušky, vosková ohebnost agitovanost, nápadné zhrbení, zvláštní chůze, katatonní excitace, výrazná strojená gestikulace, manýrování, echopraxie... ale také např. odmítá jídlo a pití)
- **14. Náhled - náhled přítomen/verbalizován** (náhled nepřítomen, anosognostický)
 - všímáme si jakým způsobem o svých obtížích pacient mluví, zdali si vůbec myslí, že má obtíže, nebo externalizuje, racionalizuje.
- **15. Suicidalita - asuicidální** (přítomny vágní myšlenky na nesmyslnost bytí, suicidální ideace bez konkretizací/s konkretizacemi, přání zemřít/přání úlevy od obtíží, bez plánu/s plánem, bez tendencí k realizaci/ s tendencemi k realizaci, tendence k sebepoškození) dál viz [sebevražednost](#).
- **16. Agrese – bez heteroagresivních tendencí** (verbálně agresivní, tendence k brachiální agresivitě) dál viz [agrese](#)
- **15. Spánek (somnie)** - spánek v normě (spánek nekvalitní, přerušován, sanován medikací, insomnie)
 - ptáme se jak pacient spí, jestli má spíše obtíže s usnutím, nebo se budí v průběhu noci, nebo moc brzo ráno, jak moc je odpočatý
- **16. Validita**
 - tendence k cenzurování odpovědí, disimulaci psychotických prožitků/poruchy nálady, tendence k agravaci příznaků, k simulaci, snížená validita např. Anamnestických údajů kvůli poruchám paměti, nebo akutní psychóze

Více viz: [symptomy](#)

SPP u zdravé osoby v klidu a pohodě bude v psychiatrickém vyšetření napsáno asi takto:

vigilní, lucidní, orientován místem, časem, osobou i situací, klidný, upravený, bez nápadností ve vzhledu, ke spolupráci ochotný, oční kontakt navazuje, udrží, PMT v normě, řeč přiměřené hlasitosti, odpovídá bez latencí, v relaci otázek, spontánně rozvíjí, myšlení souvislé, bez přítomnosti bludů, bez obsesí, emočně stabilní, adekvátní situaci, nálada bez výrazných denivelací, bez úzkosti a bez tenze, bez známek poruch vnímání, normoprojektivní, kognitivně-mnestické funkce orientačně v normě, osobnost bez nápadných odchylek, chování bez nápadných odchylek, náhled přítomen, asuicidální, bez heteroagresivních tendencí, spánek a apetence v normě.

Psychometrické škály

Psychometrické škály jsou standardizované soubory položek (otázek), které mají za úkol kvantifikovat psychiatrické příznaky (obsahují číselné označení intenzity, frekvence příznaků, či chování). Můžou být součástí komplexního psychiatrického vyšetření, nebo širší diagnostiky. Podle toho jestli je pacient vyplní sám, nebo s klinickým pracovníkem je dělíme na dva druhy:

- **sebeposuzovací škály:** pacient je vyplňuje sám, pracovník je pak pouze vyhodnotí
- **objektivně- posuzovací škály:** pacient je vyplňuje s lékařem/psychologem

Výsledkem je bodové ohodnocení, které vyjadřuje přítomnost/nepřítomnost a závažnost poruchy

Příklady:

sebeuposuzovací:

BDI - beckova sebeuposuzující škála deprese, **BAI**- Beckův inventář úzkosti, **GAD7** - dotazník na generalizovanou úzkost, **CAGE** - detekce problémového užívání alkoholu, **ASRS**- adult ADHD self report scale.

objektivně- posuzovací:

k orientačnímu hodnocení kognitivních funkcí - **MMSE**, test závislosti na tabáku **Fagerströmův test**, Hamiltonova posuzovací stupnice úzkosti a deprese, **MADRS**- Montgomery Asberg škála pro posuzování deprese, **YBOCS**- Yale Brown OCD scale, **PANNS** - positive and negative symptoms scale u SCH, Hachinski score **HACH**- difdg. cévní a atrofické demence.

Stupnice užívané v adiktologie naleznete zde: [Nástroje pro evaluaci preventivních a léčebných programů](#)

Pomocná (paraklinická) vyšetření v psychiatrii

From:

<https://imagined.site/uni/ppa/> - Psychiatrie pro adiktology

Permanent link:

https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=psychiatricke_vysetreni&rev=1732279666

Last update: **2024/11/22 12:47**

