

Úvod do psychiatrie

Psychiatrie

Název má etymologicky z řečtiny složením slov **psyché** ψυχή (duše) a **iatreia** ἰατρεία (léčení). Jako název lékařského oboru toto slovo první zavedl německý lékař Johann Christian Reil v roce 1808.

Je to medicínský obor zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou duševních onemocnění. Ve své teorii a praxi se opírá o přírodní vědy (př. neurobiologie) a humanitní vědy (psychologie, sociologie, etc...).

Obecná psychiatrie se zabývá základními oblastmi lidské psychiky, mentálními obsahy (myšlenkami, emocemi) a jejich vnějšími projevy (chováním), metodami vyšetření poruch psychických funkcí, etikou, právní problematikou a stigmatizací v psychiatrii.

Speciální psychiatrie se zabývá konkrétními klinickými (nosologickými) jednotkami: **diagnózami**, jejich etiopatogenezí, epidemiologií, léčbou a prevencí.

Další odvětví:

Klinická psychiatrie – zabývá se diagnostikou a léčbou psychických poruch v běžných klinických podmínkách (na klinikách, v nemocnicích, v ambulancích). V době vzniku tohoto termínu měla klinická psychiatrie reprezentovat vrchol odborného snažení a dělalo se rovnítko mezi klinickým a vědeckým. Klinická a ústavní psychiatrie se dávaly do protikladu. Časem došlo k vyrovnání praxe v psychiatrických klinikách a ústavech. Aktuálně tento pojem označuje psychiatrickou praxi.

Biologická psychiatrie – studuje význam biologických faktorů ve vztahu k psychickým poruchám (při vzniku a léčbě), zahrnuje oblasti neurochemie, neurobiologie, neuroimunologie. Jedná se o psychiatrii *na buněčné a molekulární úrovni*.

Sociální psychiatrie – studuje význam sociálních faktorů (vliv pohlaví, ekonomického statusu, nezaměstnanosti...) při vzniku, prevenci a léčbě duševních poruch.

Transkulturální psychiatrie – studuje rozdíly v projevech psychických poruch u různých ras, etnik, kulturách a civilizacích

Soudní psychiatrie – zabývá se duševními poruchami ve vztahu k právu a kriminální činnosti: vypracováním psychiatrických znaleckých posudků, v širším kontextu pak posuzováním způsobilosti k právním úkonům, k řídkému, zbrojnímu oprávnění.

Pracovní psychiatrie – zabývá se vztahy mezi pracovními faktory (fyzikální, chemické, biologické...) a psychiatrickou morbiditou.

Vojenská a válečná psychiatrie – zkoumá reaktivitu vojáků a civilního obyvatelstva v době míru a války

Experimentální (výzkumná) psychiatrie – snaží se objasnit mechanismy vzniku jednotlivých duševních poruch

Duševní zdraví

Abychom mohli diagnostikovat duševní poruchy, musíme znát nejenom diagnostická kritéria, ale i normu psychického zdraví. Normalitou rozumíme takový stav a projevy, které zaznamenáváme u většiny lidí, je problematickým konstruktem, protože musí být vždy vztažena k něčemu: ke konkrétní skupině, situaci, době... (je relativní). Zdraví se také nevyvíjí samo o sobě, ale vždy v určitém vztahu organismu k prostředí, které na organismus klade nároky a ten je vybaven určitou přizpůsobivostí

těmto nárokům dostát. Zdraví můžeme také chápat jako zvláštní užší případ normality.

Zdraví dle WHO:

“Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoliv pouhá absence nemoci nebo neduživosti”

Duševní zdraví

•dle WHO:

“Stav duševní pohody, který lidem umožňuje vyrovnat se se stresem života, naplňovat svůj potenciál, učit se, produktivně pracovat a být prospěšný své komunitě.”

•dle Freuda:

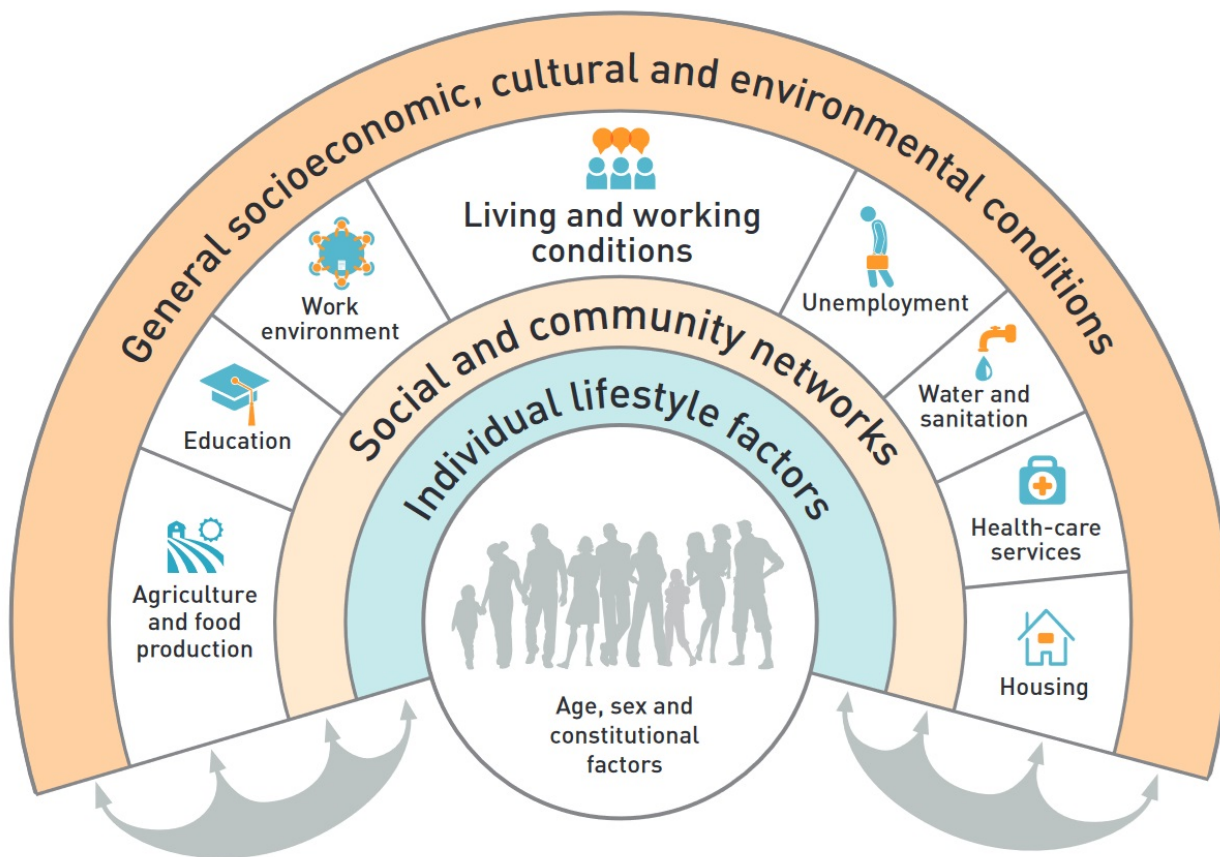
“Duševně zdravý je takový člověk, který má schopnost pracovat, milovat a hrát si.”

•dle Oxford Handbook of Psychiatry 4th edition:

“Dobré duševní zdraví je pocit soběstačnosti, sebehodnoty, sebeúcty a schopnost: důvěřovat druhým, nabízet a přijímat přátelství, náklonnost a lásku, vytvářet trvalé emoční vazby, zažívat hluboké emoce, odpustit sobě a druhým, zkoumat sebe a zvažovat změnu, poučit se ze zkušeností, tolerovat nejistotu, riskovat, zapojit se do snění a fantazírování.”

Determinanty zdraví

Faktory determinující zdraví jedince jsou do různé míry ovlivnitelné (věk a konstituční faktory hůře, než např. faktory životního stylu) na různých úrovních (něco může ovlivnit jednotlivec sám, něco je výsledkem celospolečenské aktivity).



source: <https://www.researchgate.net/publication/320443851>

Duševní porucha

Pokud rozsah nároků prostředí přesáhne hranici adaptability organismu, dojde k poruše rovnováhy a vzniká nemoc.

• Definice dle WHO a DSM 5

Klinicky rozeznatelný soubor příznaků spjatých s narušením duševních funkcí projevující se zejména u kognice, myšlení, prožívání, emoční regulace a chování člověka, který je odrazem narušení v biologických, psychologických a vývojových procesech, způsobuje člověku značné útrapy a znesnadňuje jeho společenské uplatnění.

Žádná definice nespécifikuje přesně koncept duševní poruchy a různé situace budou vyžadovat různé definice. Nepředpokládá se, že každá kategorie duševní poruchy je zcela samostatná entita s absolutním odlišením od ostatních duševních poruch nebo od duševního zdraví. (DSM-5)

Je potřeba brát do úvahy *subjektivní a objektivní hledisko*. Nemusí být vždy v souladu (člověk závislý na alkoholu nebo trpící psychózou se může subjektivně cítit zdravý).

Na duševní poruchy máme **dva různé způsoby nahlížení**:

1. Duševní zdraví a duševní porucha jsou hodnocené v kontinuální jednotě a porucha je **včleněná do dynamiky rozvoje osobnosti**. S poruchou se kalkuluje jako s **vývojovou etapou** osobnosti. Poruchou pokračuje vývoj osobnosti do duševního zdraví. Chápe poruchu jako zákonité vyústění vývoje osobnosti.
2. Duševní zdraví a duševní porucha jsou **dva protikladné jevy**. Porucha není včleněná do dynamiky vývoje osobnosti. Na počátku rozvoje poruchy dochází ke kvalitativní změně ve vývoji osobnosti a začíná probíhat chorobný proces. **Vývoj osobnosti se chorobným procesem narušuje a zastavuje.**

Modely duševních poruch

Představují teoretické systémy, kterými se vysvětlují duševní poruchy. Od modelu duševních poruch, který používáme závisí, jak k duševním poruchám přistupujeme a jak je léčíme.

Historické modely:

Animistický - duševní porucha jako posednutí člověka duchem jiných bytostí (např. zvířat, rostlin, jiných přírodnin) uřknutí zlými duchy a silami.

Astrologický - duševní porucha vyvolaná konstelací hvězd a planet

Náboženský - duševní porucha vyvolaná Božím trestem za spáchané hříchy, nebo způsobená narušením vztahů s bohy.

Démonologický - duševní porucha jako důsledek posedlosti ďáblem.

Mechanický - duševní porucha je důsledek tělesného poškození (např. anatomické odchylky mozku) rozvíjí se v počátcích přírodovědního vysvětlování a zkoumání světa

Humorální - také Hippokratův - duševní porucha jako důsledek nepoměru 4 tělesných tekutin.

Současné modely:

Morální model - uplatňován v psychiatrii v minulosti do 1. poloviny 19. století, ale do jisté míry je používán dodnes. Chápe duševní poruchu jako nežádoucí, dysfunkční a maladaptivní protispolečenské jednání, kterého náprava je možná pomocí převýchovy. (V minulosti se v léčbě uplatňovali tresty v domnění, že šílenství lze tímto způsobem odstranit)

Biomedicínský model - Je to současný lékařský model. Chápe duševní nemoc jako důsledek **mozkové poruchy**. Klade důraz na biologické faktory vzniku duševních poruch. Náprava se spatřuje v léčení a ošetřování. Lékařský model vystřídal model morální, ale oba modely koexistují

současných psychiatrických zařízeních. V této koexistenci stále přetrvává **paternalistický princip** (lékař nejlépe ví, co je pro pacienta dobré).

Psychiatr zaujímá roli experta na duševní poruchy. Jeho povinností je jednat v pacientově zájmu, ale i v zájmu společnosti, pokud je to možné; dále jednat *lege artis* a udržet mlčenlivost. Z jeho role vyplývá právo k informacím o pacientovi a přístup k jeho osobě, dále právo diktovat léčebný postup a validovat roli nemocného.

Postižený zaujímá roli pacienta. V této roli má právo nebýt za svou nemoc a chování obviňován, být omluven ze svých normálních povinností po dobu trvání nemoci, očekávat od lékaře jednání ve svém nejlepším zájmu; a zároveň má povinnost vyhledat pomoc, být otevřen a úpřimný ohledně svých potíží, souhlasit s léčbou a vzdát se nemocné role, jakmile se vyléčí.

Biopsychosociální model - zaveden v 70. letech 20. století. (G.L. Engel) Je podobný předchozímu modelu, ale obohacuje jej o psychologický a sociální prvek v etiologii, patogenezi, terapii, prevenci a rehabilitaci ve všech lékařských oborech včetně psychiatrie.

Psychoanalytický model - diagnóza má podružný význam, duševní porucha je vždy jedinečná; chápe jí jako důsledek nepřiměřených podmínek a překážek ve zrání osobnosti. Cílem léčby je rozřešení nevědomých konfliktů. Distančuje se od paternalistického pojetí biomedicínského modelu.

Rodinně-interakční model - vychází z rovnoměrně rozložené poruchy komunikace v rodině, jeden člen je vytipován jako duševně nemocný, cílem léčby je ukončit dosavadní patologickou interakci. Celý rodinný systém je povinen pracovat na své úzdavě.

Handicapový - defektní model - duševně nemocný jedinec je chápán jako trvale narušená osoba a nepřihlíží se k původu jeho současného stavu. Chování je vykládáno jako přiměřené stupni defektu, neočekává se možnost vyléčení, význam má spíše rehabilitace. Cílem je ochrana postiženého, snížení nároků a zároveň rehabilitace k výkonu omezeného fungování ve společnosti.

Biopsychosocio-spirituální model - Obohacuje biopsychosociální model o spirituální složku, bez které ještě není postižený vnímán v celé své lidskosti. Spiritualita se dá definovat jako hledání smyslu, cílů a významu ve vztahu k sobě a k druhým (rodině, společnosti, komunitě, přírodě a k posvátnému) které je vyjádřeno vírou, hodnotami, tradicemi a praxí. Tento model bere v potaz všechny faktory vzniku, průběhu a léčby nemocí (biologické, psychologické, sociální a spirituální). Tyto faktory vnímá jako propojené a vzájemně se ovlivňující. Nový model má potenciál posunout paternalistický princip přístupu k pacientovi k více vyrovnanému respektujícímu partnerskému principu.

Recovery

Velká řada duševních onemocnění probíhá chronicky a je nevyléčitelná, cílem psychiatrické péče je proto i tzv. **zotavení (recovery)** = dosažení plnohodnotného života bez ohledu na přítomnost symptomů duševní nemoci.

Základním principem je, že člověk může žít spokojený život, aniž by se musel nutně plně uzdravit ze své nemoci, aniž by byl zcela zbaven příznaků.

Hlavní cíle zotavení:

- ◆ získání naděje
- ◆ uschopňování (práce na získávání potřebných zdatností a dovedností k zlepšení celkového fungování v životě)

- ◆ převzetí odpovědnosti za sebe a svůj život
- ◆ zastávání smysluplných životních rolí

Míra zotavení závisí na prostředí, ve kterém žijeme a pracujeme; na osobnostních rysech, které nás předurčují k subjektivní reakci na nemoc a léčbu; na zkušenostech aj.

Klasifikace duševních poruch

Klasifikace nemocí v psychiatrii je **empirická** (založená na zkušenosti). Duševní nemoci klasifikujeme podle společných klinických znaků, historie vývoje příznaků (prožitků a chování), průběhu onemocnění a běžné odpovědi na léčbu. V ideálním případě bychom klasifikovali nemoci podle **etiologie**, ale povahu vztahů mezi příznaky a vlastní příčinou nemocí neznáme dost dobře na to, abychom podle toho mohli klasifikovat.

Výhody klasifikace:

- **Pojmenování** fenoménu umožňuje jeho uchopení, ohraničení, popsání, **porozumění** a další práci s ním.
- S konkrétní diagnózou můžeme do jisté míry předvídat **prognózu** a nabídnout vhodnou **léčbu**
- Srozumitelná a jednotná terminologie umožňuje efektivní **komunikaci s kolegy** v rámci oboru i odborníky napříč obory doma i v zahraničí a dále efektivní komunikaci **se zdravotními pojišťovnami**.
- Možnost provádět **výzkum** jednotlivých poruch.
- **Epidemiologické sledování** výskytu poruch.

Nevýhody klasifikace:

- škatulkování pacientů - předpojatost v přístupu k pacientům s určitými diagnózami
- stigma určitých nemocí ve společnosti
- škodlivé zjednodušování pacientových obtíží

Co se s tím dá dělat? Můžeme nahradit diagnózu příběhem pacienta a snažit se porozumět spojitosti rozvoje vnějších událostí se subjektivními obtížemi a změnami v chování a na základě toho potom i sestavovat individualizovaný terapeutický plán. Musíme mít napaměti, že **nemáme dočinění s diagnózou, ale s člověkem.**

Psychiatrická diagnóza

Psychiatrickou diagnózu stanovujeme na základě **psychopatologie**: odchylky v prožívání a chování pacienta.

Slouží nám k tomu zejména psychiatrické vyšetření sestávající z anamnézy, **subjektivního** sdělení pacienta, našeho **„objektivního“ pozorování** a **kontextu** situace ve které k těmto odchylkám došlo.

Na základě rozhovoru s pacientem diferencujeme jednotlivé **Symptomy** (příznaky) a z nich sestavujeme **Syndrom** (soubor příznaků, které se většinou vyskytují společně). Takto stanovená syndromologická diagnóza nám již umožňuje nasadit efektivní medikamentózní léčbu a rozhodnout o dalším postupu diagnostiky a léčby. V této fázi můžeme již vyslovit **pracovní diagnózu**. Konečná diagnóza **Nozologická jednotka** bývá stanovena až na základě přídatných pomocných vyšetření,

souběžné anamnézy a na základě dalšího průběhu poruchy.

Požadavky které by měli klasifikace a diagnostické manuály plnit:

Diagnóza má být:

Operacionalizovaná (neteoretická, opřená o kategorie a přesný postup kterým jsme k diagnóze dospěli):

- existují přesně dané symptomy, které určují diagnózu
- existuje podmínka počtu symptomů a délky jejich trvání
- existují jasná kritéria pro potvrzení a vyloučení diagnózy

Spolehlivá: Pokud je tentýž pacient vyšetřován jiným lékařem, měl by dostat stejnou diagnózu.

Validní: jedná se o "skutečnou" chorobu - předpoklad specifické patogeneze, průběhu a odpovědi na léčbu. Validita bývá předmětem diskuzí u konkrétních diagnóz.

Symptomy hodnotíme **dimenzionálně** - na základě jejich intenzity. V psychiatrii se zabýváme všemi aspekty běžné lidské zkušenosti (elace, truchlení, úzkosti, zmatení, zoufalství, pomýlení atd) a často je na našem zhodnocení, zdali symptom dosahuje patologickou hloubku, zdali se již jedná o patologický jev, nebo běžnou lidskou zkušenost. Záleží na normách společnosti, a na zkušenosti hodnotitele. Dále nám můžou dopomoci dostupné hodnotící škály a stupnice.

V budoucnu bychom mohli očekávat vývoj v důsledku výzkumu neurobiologie, lepšího porozumění fungování neuronálních okruhů v mozku a jejich vztahu k duševním onemocněním. Dále bychom měli více zkoumat rozvoj duševních poruchy ve vztahu k vývoji osobnosti jedince (který je v konečném důsledku úzce spjat s vývojem neuronálních okruhů a propojení). Na základě toho bychom mohli vyvinout více etiologicky založenou klasifikaci a více využívat v diagnostice zobrazovací metody a specifické biomarkery duševních onemocnění.

Aktuální klasifikační systémy v psychiatrii

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize: MKN 10 [MKN-10 cz](#)

nebo International classification of diseases **ICD 10** [ICD-10 eng pdf](#)

MKN (ICD) používá 75% světa.

Psychiatrie byla poprvé zařazená až do 6. revize v roce 1948. Aktuální verze klasifikace je platná od 1992.

Jedná se o tříosý diagnostický systém

1. osa- KLINICKÁ DIAGNÓZA

zahrnuje kódy všech klinických diagnóz:



Kód se skládá z písmene a 4 čísel.

Nemoci jednotlivých oborů medicíny jsou rozdělené do skupin označeným písmeny A-Z. Psychiatrie je pod písmenem F.

První číslo x diagnózy určuje širší diagnostickou oblast. Např. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek jsou označeny kódem **F1**.

Druhé číslo y např. konkrétně v této diagnostické oblasti označuje návykovou látku:

F1- Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

- F10 – Poruchy způsobené **alkoholem**
- F11 – Poruchy způsobené **opioidy**
- F12 – Poruchy způsobené **kanabinoidy**
- F13 – Poruchy způsobené **hypnosedativy**
- F14 – Poruchy způsobené **kokainem**
- F15 – Poruchy způsobené **jinými stimulanty (pervitin)**
- F16 – Poruchy způsobené **halucinogeny**
- F17 – Poruchy způsobené **tabákem**
- F18 – Poruchy způsobené **organickými rozpouštědly**
- F19 - Poruchy způsobené **více drogami nebo jinou psychoaktivní látkou**

Třetí číslo z dále upřesňuje konkrétní diagnózu:

F1X. Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

- .0 = Akutní intoxikace
- .1 = Škodlivé užívání /užití /použití
- .2 = Syndrom závislosti
- .3 = Odvykací stav
- .4 = Odvykací stav s deliriem
- .5 = Psychotická porucha
- .6 = Amnestická porucha

.7 = Psychotická porucha reziduální nebo s pozdním nástupem

Čtvrté číslo t se v praxi používá méně, slouží k doplnění podrobných informací o průběhu nemoci:

F10.0 aktuní intoxikace alkoholem

- .00 nekomplikovaná
- .01 s traumatem nebo jiným poraněním
- .02 s jinými zdravotními komplikacemi
- .03 s deliriem
- .04 se zkresleným vnímáním
- .05 s komatem
- .06 s křečmi
- .07 jinak patologická

F10.2 závislost na alkoholu

- .20 aktuálně abstinující
- .21 aktuálně abstinující v chráněném prostředí
- .22 kontrolovaně užívá
- .23 abstinuje na antabusu
- .24 aktivně užívající

F10.3 odvykáci stav od alkoholu

- .30 nekomplikovaný
- .31 s epileptickými záchvaty

F10.4 odvykáci stav od alkoholu s deliriem

- .40 bez epileptických záchvatů
- .41 s epileptickými záchvaty

F10.5 psychotická porucha způsobená intoxikací alkoholem

- .50 podobná schizofrenii
- .51 s dominancí bludů
- .52 s dominancí halucinací
- .53 polymorfní
- .54 s dominancí depresivních sympt.
- .55 s dominancí manických sympt.

2. osa- STUPEŇ POSTIŽENÍ

zahrnuje hodnocení fungování pacienta ve 4 specifických oblastech:

A. péče o vlastní osobu dodržování hygieny a běžných návyků sebezpečí (u žen např. malování, pokud je to jejich zvykem), celková úprava zevnějšku, schopnost zajistit si jídlo, stav osobního prostoru (úklid doma, atd.), schopnost zajistit si úřady a doklady.

B. práce - zdali má práci, ochota pracovat, kvalita podávaného výkonu, motivovanost udržet si práci...

C. rodina a domácnost - jak se mu daří plnit roli v rodině, jakým způsobem komunikuje s nejbližšími, jak je schopen projevat cit a zájem.

D. širší sociální kontext: připravenost k neosobnímu kontaktu, reakce na požadavky okolí, jednání s lidmi mimo nejbližší příbuzné, úroveň přátelských vztahů, távení volného času

Používáme stupně postižení 0-5:

0 bez postižení **cca 0%** výkon odpovídá normám referenční skupiny pacienta

1 minimální postižení **cca 20%** odklon od normy při výkonu jednoho nebo několika úkonů

2 zřetelné postižení **cca 40%** nápadný odklon od normy, zhoršení sociální přizpůsobivosti

3 podstatné postižení **cca 60%** výrazný odklon od normy ve většině očekávaných úkonů a rolí

4 závažné postižení **cca 80%** ve všech rolích po většinu sledovaného období

5 těžké postižení **cca 100%** krizový stupeň postižení, závažné trvalé postižení

Používáme dotazník WHO DAS-S: Disability Assesement Schedule -Short. [WHODAS- úzis.cz](https://www.whodas-uzis.cz)

3. osa - SOUVISEJÍCÍ FAKTORY

Vnější vlivy, které působí na pacienta a které mohou ovlivnit vznik, průběh a prognózu onemocnění. Nazýváme je také Z kategorie, nebo Z diagnózy, protože jsou kódovány v MKN 10 pod písmenem Z.

příklad:

Z56.0 – Nezaměstnanost

Z59.0 – Bezdomovectví

Z60.2 – Osamělé žití

Z63.5 – Rozvod

Z62.2 – Institucionální výchova

Z65.1 – Uvěznění

Z72.3 – Chybění tělesného cvičení

Příklad:

45-letý pacient přichází do ambulance psychiatra přiveden sousedkou. Udává, že má obavy o svůj život. Byl nyní na vyšetření na gastroenterologii, tam mu řekli, že má jaterní cirhózu a vodu v břiše. 20 let pil denně 2-5 piv, posledních 10 let přidal rum 150-250ml, poslední 1 rok je to i 0,7 l rumu nebo vodky denně. Před 2 lety se s ním rozvedla manželka, děti s ním nechtějí mluvit. Před rokem přišel o práci. Pracoval v pohostinství, měl konflikty s kolegy. Na ÚP nedorazil. Řekl si že to už takto nejde, ale není schopen přestat pít, má silný třes, nespí, zvrací...

Diagnóza dle MKN-10:

I. Klinická diagnóza

F10.2 – Syndrom závislosti na alkoholu

K70.3 – Alkoholická cirhóza jater

II. Postižení

a) A – péče o vlastní osobu: 3

b) B – práce: 5

c) C – rodina a domácnost: 5

d) D – Širší sociální kontext: 3

III. Související faktory

Z56.0 – Nezaměstnanost

Z63.5 – Rozvod

[Manuál MKN-10 \(Smolík\):](#)

Duševní a behaviorální poruchy pdf

DSM 5

Diagnostický a statistický manuál 5. edice. Vytvořen Americkou psychiatrickou asociací
5-osý systém:

1. Hlavní klinická diagnóza (*jako osa I MKN*)
2. Souběžná diagnóza poruchy osobnosti nebo mentální retardace obvykle celoživotní (*jako osa I MKN*)
3. Diagnózy tělesných nemocí, které mají vztah k duševním poruchám (DM, porucha štítné žlázy, epilepsie...) (*jako osa I MKN*)
4. Nedávné zatěžující události se vztahem k duševní poruše (úmrť blízkého, zadlužení...) (*jako osa III MKN*)
5. Fungování v pracovních, rodinných a obecně sociálních situacích Škála: 0 – 100, GAF = Global Assessment of Functioning (*jako osa II MKN*)

Manuál DSM-5 :

DSM-5 pdf

Více: [The intelligent clinician's guide to DSM-5](#)

MKN-11

11. revize mezinárodní klasifikace nemocí byla schválena WHO 5/2019. Vstoupila v platnost v lednu 2022, aktuálně probíhá 5-leté přechodné období, pracuje se na implementaci do českého zdravotnictví. V únoru 2024 byla uveřejněna oficiální česká verze. V plánu je další práce na obsahu, zpracovávání veřejných připomínek etc. zatím (aktuálně 10/2024) se v praxi nepoužívá.

Obsahuje nové kapitoly s novými názvy a novou vzájemnou organizací kapitol. Kódování je zcela nové:

Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy jsou pod číslem 6

6A: Neurovývojové poruchy (6A0), Schizofrenie (6A2), Katatonie (6A4), Poruchy nálad (6A8)

6B: úzkostné poruchy související se strachem (6B0), OCD (6B2), Poruchy spojené se stresem (6B4), Disociativní poruchy (6b6), PPP (6B8)

6C: Poruchy vylučování (6C0), Poruchy tělesné úzkosti (6C2), Poruchy způsobené návykovými látkami (6C4), návykovým chováním (6C5), Poruchy kontroly impulzů (6C7), Rušivé chování nebo disociální poruchy (6C9)

6D: Poruchy osobnosti (6D1), Parafilie (6D3), Faktivní porucha (6D5), Neurokognitivní poruchy (6D7), Demence (6D8)

6E: Psychické poruchy spojené s těhotenstvím, porodem, nebo laktací (6E2), Psychologické faktory ovlivňující onemocnění zařazené jinde (6E4)

Faktory ovlivňující zdravotní stav ("Z faktory") jsou v kapitole **24**.

Doplňková část posuzování funkčních schopností: **V**.

Některé změny: patologické hráčství včetně pc her je součástí návykových poruch, úplné vyčlenění některých dg. z psychiatrie - např. některé sexuologické dg vyjma parafilií jsou v kapitole "stavy související se sexuálním zdravím".

[Browser české verze](#)

[Browser anglické verze](#)

Organizace psychiatrické péče v ČR

Historie psychiatrie Vznik uvědomělé a organizované skupiny profesionálů, kteří si nárokovali pravomoc nad duševními poruchami a získali si k tomu i společenské pověření je především záležitostí 19. století. Poté, co se léčba duševních nemocí zařadila do medicíny se jazyk psychiatrie stal oficiálně schváleným médiem s jehož pomocí většina z nás o těchto záležitostech mluví. (*A. Scull, Šílenství a civilizace*) V dávnější historii tedy můžeme mluvit o různých přístupech k tomu, co dle dnešního pohledu nazýváme duševními nemocemi a k lidem, kteří nimi trpěli, nikoli o psychiatrii.

V prehistorii a starověké historii až do období antiky převládali modely vysvětlující duševní poruchy nadpřirozenými příčinami (model **animistický, mytologický, magický, náboženský**). Léčba

duševních poruch spočívala v magických rituálech, vyrábění totemů, zařikávání, modlitbách, exorcismu atp. Léčitel zastával funkci šamana, kněze, lékaře. Můžeme se domnívat, že efektivní faktory v této léčbě byli terapeutický vztah, sugesce, placebo efekt atp. ale již v této době znali **léčbu hudbou, bylinama, nebo prací**. Zde možná stojí za zmínku, že psychoaktivní substance byli lidmi užívány už od pravěku. [Psychoaktivní substance v prehistorii](#).

V nejstarších dochovaných medicínských textech je nespočet popisů nemocí, receptů, návodů na léčbu, motliteb etc. Takovým textem je např. často zmiňovaný **Ebersův papyrus** z 1550pnl, obsahující např. popisy nemocí které bychom dnes nazvali deprese a demence. V jednom z nejdůležitějších medicínských pojednání starověku **Sušruta-samhítá** (600 pnl - základní text ajurvědy) je mimo jiné zmínka, že duševní nemoc není posedlost démony, ale důsledek silných emocí a vášní. Rovněž je zde popisovaná léčba bláznovství bylinou **Raufwolfia serpentina** (*Sarpagandha*), která obsahuje **resepin** způsobující depleci katecholaminů, snižující krevní tlak a působící depresogenně - donedávna se používal k léčbě stavů s velkou agitovaností (mánie, SCH).

V antickém Řecku se zrozením filosofického a přírodovědního přístupu k chápání světa začínají vznikat první **mechanické modely** duševních poruch (nemoc je důsledkem poškození anatomické struktury). Nejslavnější je hippokratovský **humorální model** nemocí, který má za to, že nemoci vznikají nepoměrem 4 tělesných tekutin (krev, hlen, žluč a černá žluč). Podle toho která tekutina zaplavila cévy mozku se pak rozdělovali i příslušné duševní poruchy. Léčba pak spočívala v regulaci tekutin různými způsoby: Používali se např. **venepunkce (pouštění žílou), projímadla, dávidla**, etc. Z tohto období známe slova jako *paranoia, melancholia, mania, insania, frenitis, letargus, hysteria, epilepsia*. V určitém protikladu k mechanickým modelům duševních poruch nadále přetrvávali mytologické a náboženské modely. V chrámech boha Asklepiea (**asklepionech**) se přistupovalo k provázání léčby *lázeňské* (léčba klidným spánkem v dormitoriích, fyzické cvičení, musikoterapie, masáže, dieta) a *náboženské* (modlitby a oběti bohům, sugesce). Nacházíme také počátky **morálního modelu** duševních nemocí, kde se v některých textech dochovali doporučení k **léčbě šílenství tresty a okovy**. V antickém Římě se intenzivně rozvíjelo studium anatomie ale i chirurgie a fytotherapie. Nejvýznamějším antickým lékařem byl **Galen** (150-200 nl) který rozvinul humorální teorii, zavedl pojem *temperament* a typologii osobnosti podle převažující tělesné tekutiny. Zejména se ale zaměřoval na tělesné nemoci a jejich léčbu. Na jeho textech stavěla medicína více než dalších tisíc let.

Nebylo to ale dál na dlouhou dobu na území Evropy. Po pádu západní Římské říše zde nastali těžké časy charakterizované chudobou, hladomorem, vysokou nemocností a úmrtností, morovými epidemiemi, upadala gramotnost, předávání kultury závislé na ochraně rukopisů a na movitých městských třídách, které vymizeli, ustávalo. Gramotnost a vědění přežívali pouze v úzkých kruzích uvnitř katolické církve a přírodovědný výklad duševních nemocí byl do velké míry nahrazen náboženským výkladem. Duševně nemocní přestávají být nemocnými, a stávají se posedlími dáblem a potrestáni Bohem, (**náboženský a démonologický model**) šílenství se stává důsledkem hříchu a hřích je šílenství; *kdo jiný by pro hřích riskoval pekelná muka, než-li šílenec?* V raném středověku vznikají při klášterech první **špitály**, kde o nemocné pečují medicínsky vzdělaní mnisi. Dále zde jsou vytvářeny možnosti bydlení pro nemocné, staré a chudé k zajištění základních potřeb **infirmaria**. Tyto útulky byli ale vyjímečnými zařízeními. Většina duševně nemocných zůstává v péči rodin, nebo se potulují ponechání vlastnímu osudu. Lékaři i když vyzbrojení humorální teorií připouštěli celou škálu vysvětlení vzniku duševních nemocí a náboženská praxe byla běžnou léčebnou praxí zejména ale ne jenom když jiné metody selhali: Spoléhalo na **úzdravnou sílu ostatků svatých mučedníků, motliteb, exorcismu**.

Tato kapitola je v procesu výroby

From:

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

Permanent link:

https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=uvod_do_psychiatrie&rev=1728634098

Last update: **2024/10/11 08:08**

