

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.

[Stručná Historie psychiatrie](#)

Psychiatrie je 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. Normou 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

organizmu 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:

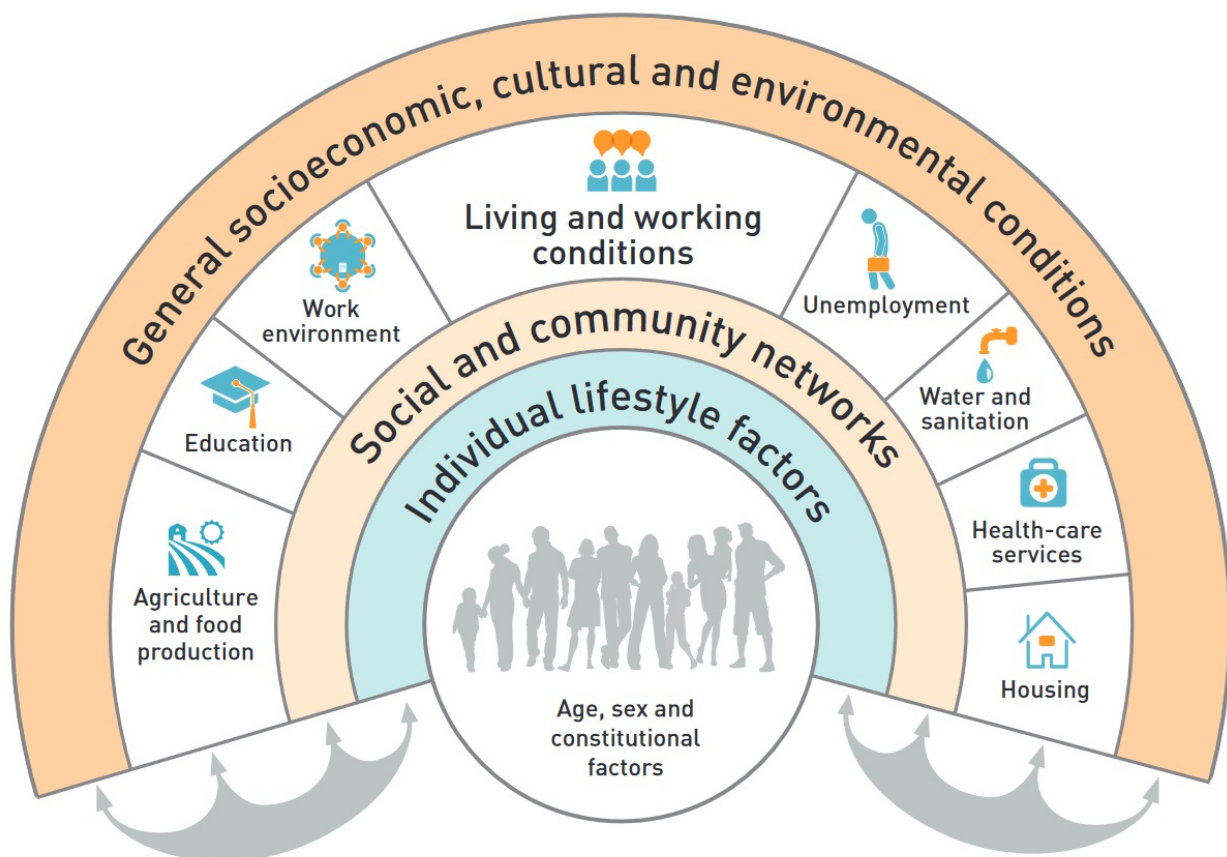
“Duševně zdravý je takový člověk, který má schopnost pracovat, milovat a hrát si.”

- 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 jednotlivce 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 jako 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 v 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 otevřený a úpřímný 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 – Dle něj má diagnóza podružný význam, duševní porucha je vždy jedinečná; chápe ji 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 patogenní 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 spíš 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 se jí mohli řídit.

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 na paměti, že **nemáme co 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 u konkrétních diagnóz předmětem diskuzí.

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 i 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 poruch 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](#)

Také v angličtině: *International classification of diseases* **ICD 10** [ICD-10 eng pdf](#)

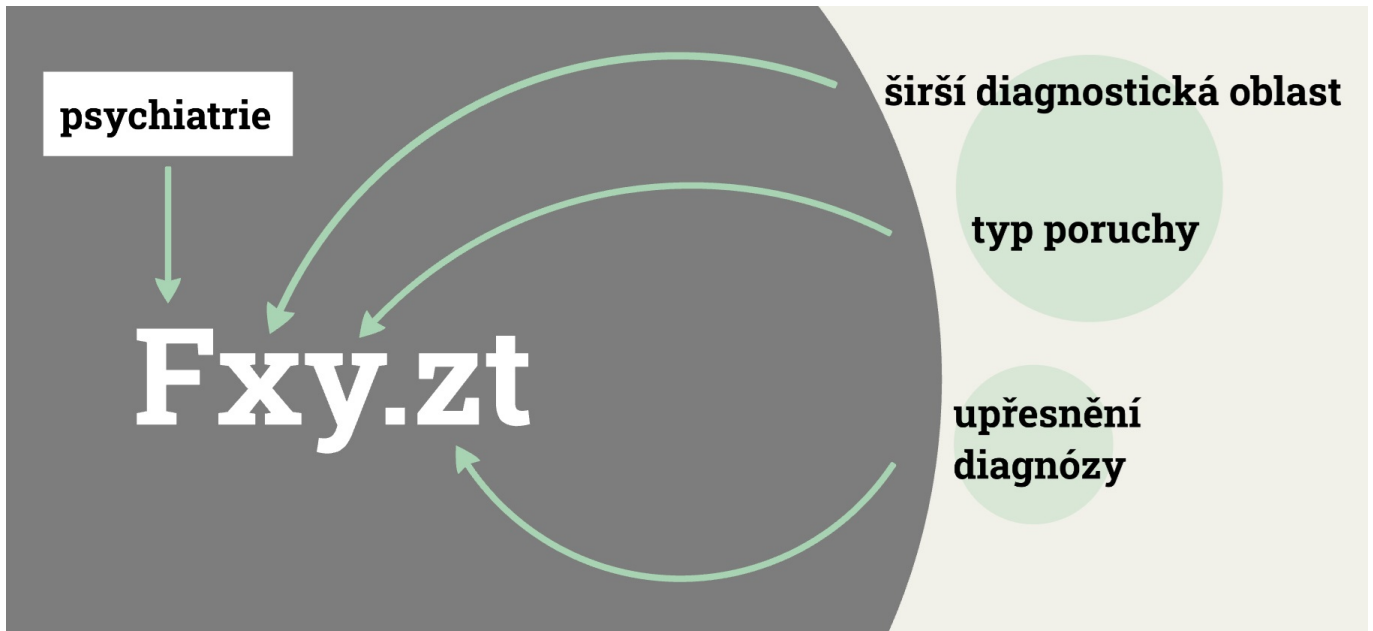
MKN (ICD) používá 75 % světa.

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

- F1**0** – Poruchy způsobené **alkoholem**
- F1**1** – Poruchy způsobené **opioidy**
- F1**2** – Poruchy způsobené **kanabinoidy**
- F1**3** – Poruchy způsobené **hypnosedativy**
- F1**4** – Poruchy způsobené **kokainem**
- F1**5** – Poruchy způsobené **jinými stimulanty (pervitin)**
- F1**6** – Poruchy způsobené **halucinogeny**
- F1**7** – Poruchy způsobené **tabákem**
- F1**8** – Poruchy způsobené **organickými rozpouštědly**
- F1**9** - 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 odvykáací stav od alkoholu

- .30 nekomplikovaný
- .31 s epileptickými záchvaty

F10.4 odvykáací 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. líčení, pokud je to jejich zvykem), celková úprava zevnějšku, schopnost zajistit si jídlo, stav osobního prostoru (úklid doma, atd.), schopnost zajistit si doklady a úřední záležitosti.

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 projevovat cit a zájem.

D. širší sociální kontext = připravenost k neosobnímu kontaktu, reakce na požadavky okolí, jednání s lidmi mimo nejbližší příbuzné, úroveň přátelských vztahů, trávení 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://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=whodas)

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.

Například:

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

škála fungování:

GAF

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

MKN-11

11. revize mezinárodní klasifikace nemocí byla schválena světovou zdravotnickou organizací 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 atd., zatím (aktuálně 9/2025) 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), Faktitivní 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 videoher je součástí návykových poruch, úplné vyčlenění některých dg. z psychiatrie – např. některé sexuologické dg vyjma parafilí jsou v kapitole "stavy související se sexuálním zdravím".

[Browser české verze](#)

[Browser anglické verze](#)

Organizace psychiatrické péče v ČR

Psychiatrická péče je součástí zdravotní péče, kterou zastřešuje ministerstvo zdravotnictví, všeobecná zdravotní pojišťovna, ostatní pojišťovny a zdravotnická zařízení.

Je zajišťována psychiatrickými ambulancemi, psychiatrickými lůžkovými zařízeními (psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic), intermediárními službami (stacionáře...) a mezirezortními službami (komunitní služby...).

Podrobné statistické údaje o psychiatrické péči v ČR jsou k dispozici v [interaktivním prohlížeči](#) ročenky národního portálu psychiatrické péče (zde i pdf ročenka ke stažení).

Ambulance

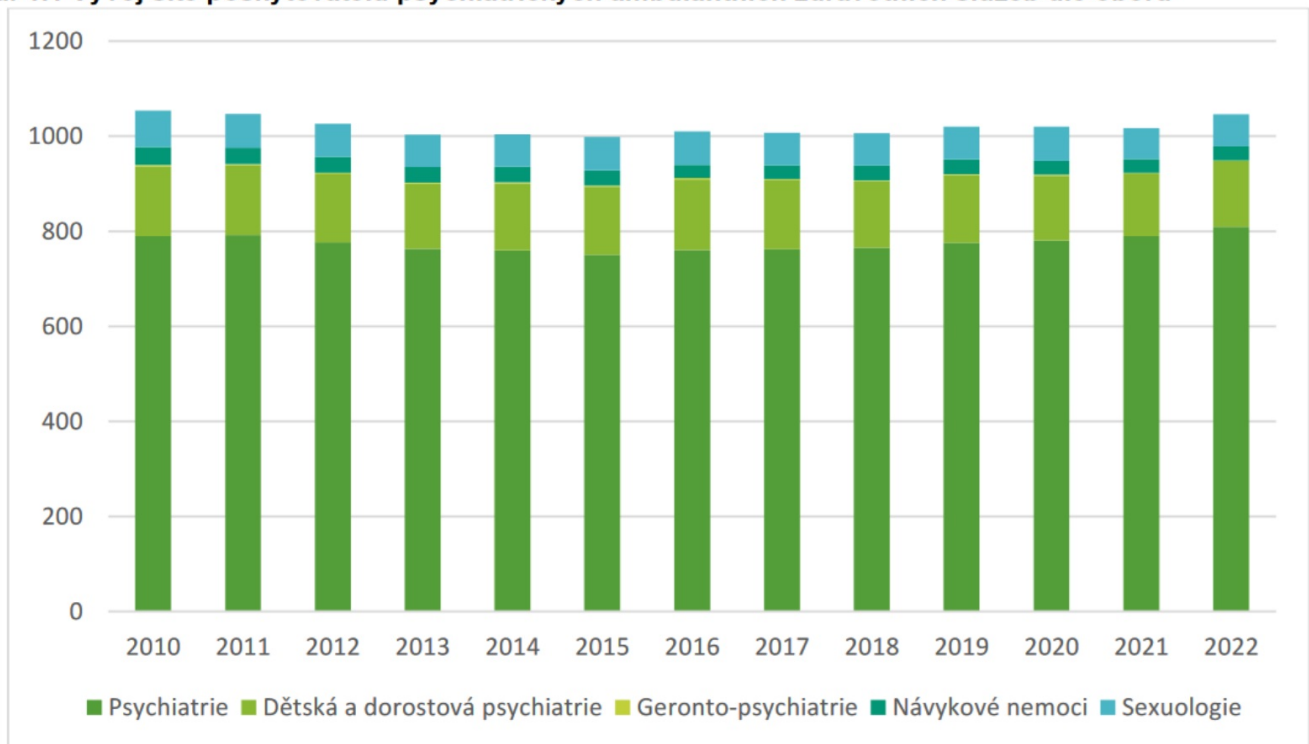
Psychiatrické: zajišťují komplexní psychiatrické vyšetření, diagnostiku, farmakologickou léčbu, doporučení k ostatním specialistům.

Psychologické (klinická psychologie): zajišťují komplexní psychologické vyšetření, psychoterapii.

Aktuálně máme přes 600 000 pacientů v péči asi 1046 psychiatrických ambulancí.

Nejméně je ambulancí speciálních: dětských, gerontopsychiatrických, sexuologických, adiktologických.

Graf 1.1 Vývoj sítě poskytovatelů psychiatrických ambulantních zdravotních služeb dle oboru



Ambulance se dají vyhledat zde: [Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb](#)

Užitečný zdroj pro základní orientaci mezi službami :[Psychoportal](#)

Psychiatrické nemocnice

Do roku 2013 to byly psychiatrické léčebny. V ČR je 16 veřejných psychiatrických nemocnic pro dospělé + 3 dětské. Struktura kopíruje historickou síť psychiatrických ústavů vzniklých na přelomu 19. a 20. století, kdy každý ústav měl svůj spád. Spádovost již byla oficiálně zrušena, neoficiálně jsou ale nemocnice mezi sebou domluvené na rozřazování pacientů dle místa bydliště, aby se předešlo nerovnoměrnému zahlcování konkrétních nemocnic.

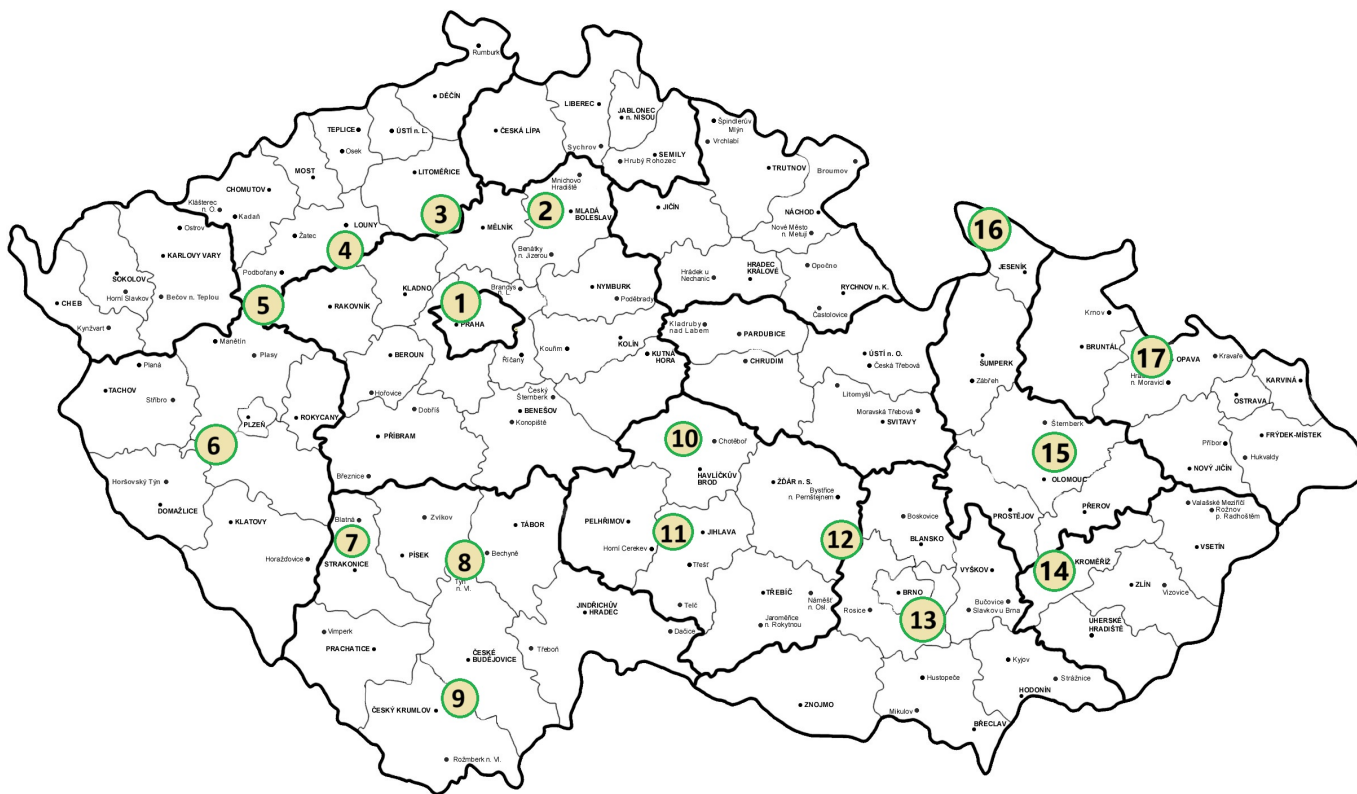
Hospitalizace v psychiatrických nemocnicích:

akutní: většinou v řádu týdnů

následná:

- krátkodobá do 3 měsíců

- střednědobá 3 – 6 měsíců
- dlouhodobá více než 1/2 roku



Praha: **1.** PN Bohnice

Středočeský kraj: **2.** PN Kosmonosy

Ústecký kraj: **3.** PN Horní Beřkovic, **4.** PN Louny, **5.** PN Petrohrad

Plzeňský kraj: **6.** PN Dobřany

Jihočeský kraj: **7.** PL Lnáře, **8.** PN Opařany, **9.** PL Červený Dvůr

Kraj Vysočina: **10.** PN Havlíčkův Brod, **11.** PN Jihlava, **12.** PN Velká Bíteš

Jihomoravský kraj: **13.** PN Brno-Černovice

Zlínský kraj: **14.** PN Kroměříž

Olomoucký kraj: **15.** PN Šternberk, **16.** PN Mariany Oranžské v Bílé Vodě

Moravskoslezský kraj: **17.** PN Opava

Královehradecký kraj: **18.** Léčebna návykových nemocí v Nechanicích

Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic

V ČR máme 188 všeobecných nemocnic, z toho psychiatrickým oddělením disponuje 29 z nich, to činí dohromady zhruba 1260 lůžek.

1 oddělení je samostatné zdravotnické zařízení: **NÚDZ**

Pokud je psychiatrické oddělení součástí fakultní nemocnice, nazýváme ho psychiatrická klinika – jsou to často výzkumná pracoviště.

V porovnání s psychiatrickými nemocnicemi mají psychiatrické oddělení relativně málo lůžek a personálu s neschopností zajistit specializovanou péči pro všechny skupiny duševně nemocných.

Intermediární služby

Jsou součástí zdravotnictví. Psychiatrickou péči poskytují na pomezí ambulantní a ústavní péče.

- **Krizová centra**

Jedná se o nízkoprahovou (každý, kdo pocítuje subjektivní krizi, sem může přijít a nalézt pomoc)

neodkladnou péči poskytovanou **NON STOP**. Je zde poskytovaná krizová intervence, psychiatrické vyšetření, pokud je potřeba tak farmakoterapie, je zde i možnost krátkodobé hospitalizace (ca. týden).
Krizová centra v Praze:

- Centrum krizové intervence Psychiatrické nemocnice Bohnice - [CKI](#)
- Krizové centrum RIAPS [RIAPS](#)

- Mobilní psychiatrické týmy

Poskytují pomoc přímo v místě rozvoje krize (psychiatr, psycholog, sestra).

- Komunitní psychiatrické sestry

Dochází domů za klientem, bývají indikovány psychiatrem, dělají "case management", krizové intervence, rehabilitace, podporu užívání medikace, psychoedukaci.

- Denní stacionáře

Poskytují denní terapeutický program, odborné vyšetření, léčbu, rehabilitaci. Většinou jsou specializované na určitý typ klientů.

Např.:

- DPS Ondřejov: [Stacionář pro psychotické poruchy](#), [Stacionář pro léčbu závislostí](#)
- Sananim [stacik pro léčbu závislostí](#)
- NÚDZ [stacionáře pro depresivní, neurotické obtíže, OCD](#)
- Bohnické stacionáře [psychoterapeutický, krizový, rehabilitační, DBT](#)

Mezioborové služby

Mají zdravotně sociální charakter péče, formálně se řadí mezi sociální služby. Poskytují rehabilitaci, zlepšování kompetencí.

Provozují je neziskové organizace, např. [FOKUS](#).

Patří sem i terapeutické komunity: [TKCR](#).

Pomáhají v oblastech jako je bydlení (chráněné bydlení, podporované bydlení, bydlení na půl cesty), práce (rehabilitační a chráněné dílny, přechodné a podporované zaměstnání), volný čas (centra denních aktivit, svépomocné skupiny).

Ostatní služby: sociální a právní poradny, kombinované služby case managementu a asertivní komunitní léčby, DZR (domovy se zvýšeným režimem).

Centra duševního zdraví

Nový systémový prvek psychiatrické péče zaveden v rámci reformy psychiatrické péče. První vzniklo v roce 2018.

Cílem je reflektování priorit klientů v duchu filozofie reformy psychiatrické péče.

Mají být situované v běžné občanské zástavbě s dostupností do 30 minut od bydliště klienta, dostupné nepřetržitě.

Na 1 CDZ má být maximálně 100 000 obyvatel, mají mít jasně definovaný region za který zodpovídají (závazné pro CDZ, nikoliv pro klienta – ten má právo výběru zařízení).

Obsahují jak zdravotní tak i sociální služby. Skládají se z multidisciplinárních týmů (lékař, psycholog, terapeuti, peer terapeuti, sociální pracovníci, zdravotní sestry). Jsou zde mobilní (vyjezdové) a stacionární týmy.

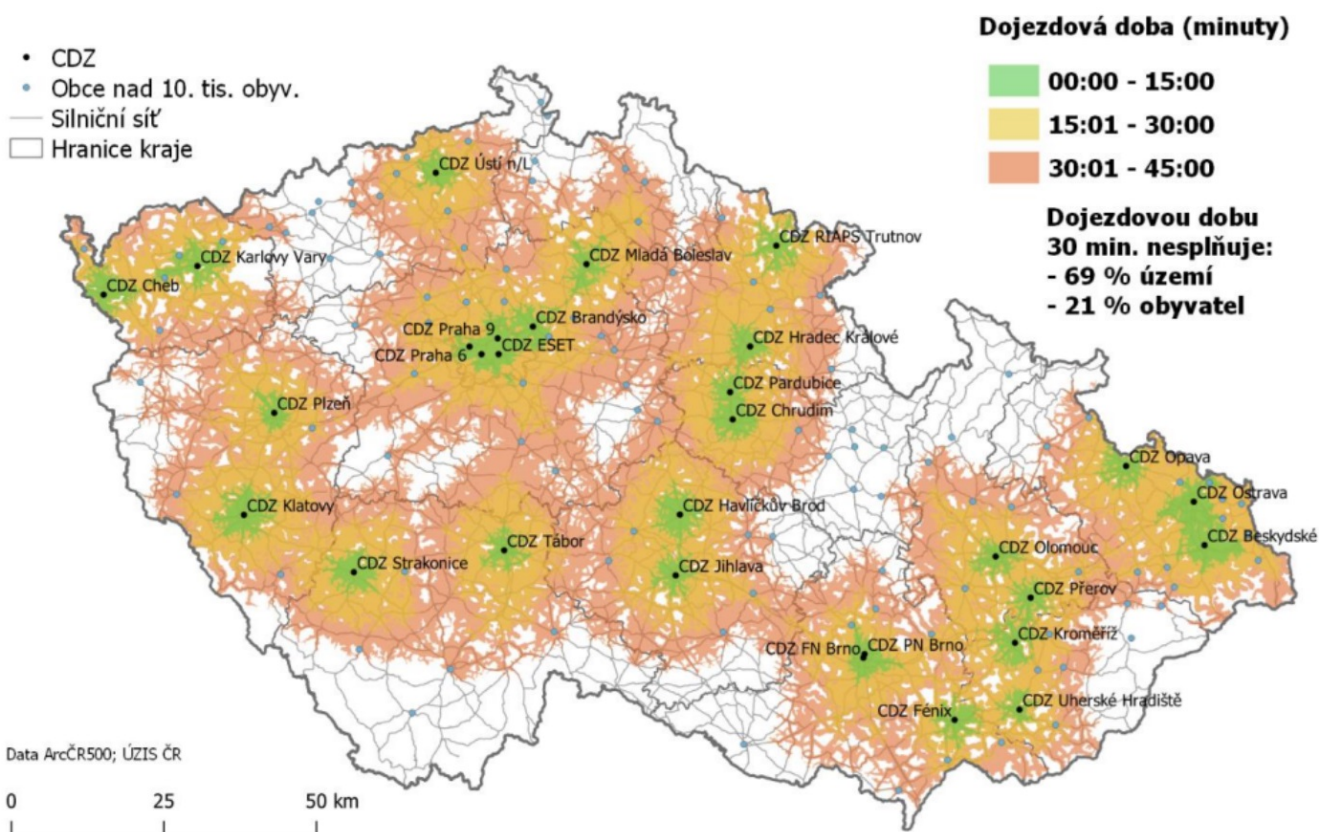
Cílem je jak léčba symptomů duševních poruch, tak i celková rehabilitace.

Aktuálně máme v ČR cca 30 CDZ.

Počet pacientů nově ošetřených v CDZ:

Měsíc	Rok				
	2018	2019	2020	2021	2022
1	x	270	1 343	2 456	3 140
2	x	283	1 412	2 540	3 114
3	x	316	1 516	2 741	3 253
4	x	444	1 560	2 909	3 219
5	x	616	1 543	3 034	3 367
6	x	662	1 629	3 062	3 380
7	74	813	1 808	3 058	3 239
8	160	874	1 893	3 073	3 295
9	205	993	1 903	3 141	3 385
10	235	1 025	1 974	3 088	3 411
11	249	1 096	2 093	3 123	3 393
12	244	1 090	2 172	3 064	3 302
Celkem	302	1 553	3 485	5 762	6 257

Obr. 9 Dojezdová vzdálenost obyvatel ČR do center duševního zdraví



Nedostatky v organizaci psychiatrické péče:

- **Podfinancovanost** aktuálně v ČR 3,5% nákladů na zdravotnictví je vynaloženo na psychiatrickou péči.
- **Institucionalizace** nadále je příliš mnoho duševně nemocných na dlouhou dobu separováno ze svého běžného společenského prostředí v nemocničních zařízeních.
- Nedostatek ambulancí a komunitních služeb - špatná návaznost péče po hospitalizaci – souvisí s předchozím bodem.

- Špatná koordinace mezi zdravotními a sociálními službami .
- Nedostatek specializované péče.
- Špatná distribuce péče.

Reforma psychiatrické péče

Strategické cíle (strategie schválená 2013 MZČR):

- 1. zvýšit **kvalitu** péče
- 2. **omezit stigmatizaci** duševních nemocí a psychiatrie
- 3. zvýšit **spokojenost** uživatelů péče
- 4. zvýšit **efektivitu** psychiatrické péče
- 5. zvýšit **úspěšnost začleňování** duševně nemocných do společnosti
- 6. Více **provázat** služby (hospitalizační + ambulantní, zdravotní + sociální)
- 7. **Humanizovat** psychiatrickou péči

Konkrétní úkony:

- **rozšíření ambulantní a komunitní péče:** CDZ, ARP (ambulance s rozšířenou péčí), multidisciplinarita
- zvýšení **počtu pracovníků** v péči
- zvýšení atraktivity oboru
- redukce a reorganizace psychiatrických lůžek
- podpora vzniku psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic (konziliární péče a **včasná diagnostika**)
- zapojení osob s duševní nemocí a jejich rodinných příslušníků do reformy, PEER konzultanti, destigmatizační kampaně
- hlavní cíl: RECOVERY
- změna financování (úhradové systémy: státní rozpočet, ZP, kraje) aktuálně 2 programy evropských strukturálních fondů
- Jedná se o dlouhodobý proces, dle informací ze zahraničí je to tak na 15 - 20 let.

Více: [Reforma péče o duševní zdraví](#)

From:

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

Permanent link:

https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=uvod_do_psychiatrie&rev=1756122208

Last update: **2025/08/25 11:43**

