DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

Psychiatrické vyšetření dospělého pacienta

Pavel Pavlovský, 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
Lucie Bankovská Motlová, 3. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy a Národní ústav duševního zdraví
David Vaněk, Psychiatrická ordinace Praha 2

Psychiatrické vyšetření

Podle rozsahu, který je dán okolnostmi, za nichž je vyšetření požadováno, lze jednotlivé druhy vyšetření rozdělit na vyšetření 1) komplexní, 2) cílené a 3) kontrolní. Toto dělení v podstatě odpovídá hodnocení pojišťoven, přičemž náplň jednotlivých typů vyšetření specifikuje Seznam zdravotních výkonů, definovaný v novele vyhl.č.134/1998 Sb.

1. Základní identifikační údaje

Úplné jméno pacienta, identifikační a kontaktní údaje. Datum a místo narození, rodné číslo, číslo pojišťovny, státní příslušnost, národnost. Kontakt na nejbližšího příbuzného či osobu blízkou se souhlasem pacienta. Nepřeje-li si pacient tyto informace poskytnout, je nutno jeho postoj respektovat.

Zdravotnická dokumentace dle vyhlášky 444/2024 musí m.j. obsahovat a) identifikační údaje pacienta, b) pohlaví pacienta určené při narození, c) identifikační údaje poskytovatele, d) informace o zdravotním stavu pacienta, e) údaje zjištěné z rodinné, osobní a pracovní anamnézy pacienta, a je-li to důvodné, též údaje ze sociální anamnézy, f) kontaktní údaje o registrujícím praktickém lékaři, g) informace o tom, zda je pacient držitelem zbrojního a řidičského průkazu.

2. Důvody vyšetření

Obtíže, s nimiž se pacient na lékaře obrací a jejich případné odůvodnění uvedené pacientem. Důvody uvedené dalšími zainteresovanými osobami (například doporučujícím lékařem, jinými zdravotníky, příbuznými nebo institucemi).

Vyšetření probíhá zpravidla pouze za přítomnost lékaře a pacienta, dle konkrétní situace může být přítomna i třetí osoba (většinou blízký příbuzný, v mimořádných případech při hrozící pacientově agresi lze požádat o pomoc policii). Pacient má však právo odmítnout přítomnost osoby, která není na poskytování zdravotní služby přímo zúčastněna (§28/h zák. č. 372/2011 Sb).

3. Anamnéza

3.1. Rodinná anamnéza

Psychiatrická zátěž v pokrevním příbuzenstvu (neuropsychiatrická onemocnění, suicidia, násilné chování, abusus návykových látek a závislosti), léčba a hospitalizace. Rodinné klima, v němž pacient vyrostl (vlídné, podnětné, adopce, sourozenecké vztahy)

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

3.2. Osobní anamnéza

3.2.1. Psychosociální vývoj

3.2.1.1. Prenatální a perinatální období: vícečetné těhotenství, abusus návykových látek matkou, okolnosti porodu (předčasný nebo komplikovaný porod, porodní míry, inkubátor).

3.2.1.2. Časné dětství (do 3 let): psychomotorický vývoj, milníky: sedí, stojí, chodí, mluví, kontroluje vyměšování.

3.2.1.3. Útlé dětství (3-11): adaptace na školní kolektiv (jesle, mateřská škola, základní škola), způsob vycházení s vrstevníky, šikana, prospěch, známky z chování, způsob trestání rodiči, záliby. Institucionální výchova, důvody. Pravák x levák, obtíže: noční můry, děsy, koktavost, breptavost.

3.2.1.4. Pozdní dětství a adolescence: tělesné změny a jejich vliv na psychiku, zájmy, koníčky a jejich nápadné změny, způsob vycházení s vrstevníky a autoritami.
Nepříznivé životní okolnosti.

3.2.2. Somatická onemocnění

Somatická onemocnění, dlouhodobá léčba, užívané léky, včetně volně dostupných léčivých přípravků, operace, hospitalizace, úrazy hlavy, bezvědomí, záchvaty křečí, porody, potraty, pohlavní nemoci. Alergie.

3.2.3. Sociální anamnéza

Podpůrná sociální síť, rodinná situace, vzdělání, zaměstnání, bydlení, ekonomická situace, sociokulturní aspekty, schopnost péče o sebe. Vojenská služba. Konflikt se zákonem, trestní stíhání.

Vyhláška o zdravotní dokumentaci 444/2024 nám stanoví povinnost uvést, zda je pacient držitelem řidičského a zbrojního průkazu. Od 1.1.2026 bude informace o držení zbrojního průkazu vyznačena v našich ordinačních programech.
V případě, že lékař zjistí zdravotní nezpůsobilost nebo zdravotní způsobilost s podmínkou k řízení motorových vozidel, oznámí tuto skutečnost obci s rozšířenou působností (§89/a zák. č. 297/2011 Sb.). Je-li zjištěna zdravotní nezpůsobilost během hospitalizace, oznamuje lékař tuto skutečnost při jejím ukončení. Zdravotní způsobilost k řízení motorových vozidel řeší vyhláška 445/2024. Zdravotní způsobilost k držení zbrojního průkazu řeší zákon č. 90/2024 Sb. a navazující Nařízení vlády se seznamem nemocí a poruch, vylučujících nebo podmiňujících schopnost držet zbraň.
Kulturní vlivy hodnotíme v těchto kategoriích: kulturní identita jedince, kulturní konceptualizace nepohody, psychosociální stresory a kulturní znaky vulnerability a odolnosti, kulturní znaky týkající se vztahu jedince a klinického pracovníka a celkové kulturní zhodnocení. Interview ke zjištění kulturních vlivů (CFI) je k dispozici v manuálu DSM 5.

3.2.4. Sexuální a partnerská anamnéza

Iniciace sexuálního života, sexuální orientace, partnerské vztahy a manželství, spokojenost v současném intimním životě. Případné odchylky v sexuálním vývoji, traumatické zážitky.

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

3.2.5. Osobnost a sebehodnocení

Jak se sám pacient hodnotí, co o něm říkají druzí, vztahy s ostatními lidmi. Trávení volného času, záliby. Zlom v životní linii, nápadná změna povahy.

3.2.6. Užívání návykových látek a závislostní chování

Návykové látky (alkohol, nikotin, ilegální drogy, návykové léky neindikované lékařem), výskyt odvykacích příznaků. Nelátkové závislosti (gambling, počítače, internet, sociální sítě). Zdravotní komplikace a společenské problémy.

3.2.7. Psychiatrická anamnéza

První kontakt s psychiatrií, vývoj obtíží v čase, za jakých okolností byl kontaktován psychiatr, co pacientovi v minulosti pomohlo, co nikoli, psychiatrické hospitalizace a jejich důvod. Anamnéza suicidálního chování či agresivity. Absolvovaná vyšetření a terapie.

Vyšetření a jejich výsledky: psychologické vyšetření, zobrazovací metody, elektrofyziologické metody. Terapie: psychofarmakologická anamnéza, včetně dávek a adherence, jiné biologické terapie (elektrokonvulzivní terapie, transkraniální magnetická stimulace, fofoterapie). Psychoterapeutické a rehabilitační postupy (psychoterapie, psychoedukace, psychiatrická rehabilitace). Komunitní služby (chráněné bydlení, asistované zaměstnání,osobní asistence). Zvážit možnost vyžádat zprávu.

4. Nynější onemocnění

4.1. Podle pacienta

Spontánní výpověď pacienta o obtížích a jeho interpretace těchto příznaků. Závažnost příznaků a jejich měnlivost v čase. Přítomnost možných spouštěčů (nepříznivé či významné životní události, okolnosti nebo traumata).

4.2. Podle „objektivního zdroje“ (objektivní anamnéza)

Údaje uvedené dalšími zainteresovanými osobami (například doporučujícím lékařem, jinými zdravotníky, příbuznými nebo institucemi). Poznamenat, kdo informace poskytl.

5. Přítomný stav psychický

Při ambulantním a konsiliárním vyšetření se jeví jako dostatečné zachytit v zápise pouze přítomné psychopatologické příznaky, tedy až odstavec psychopatologický rozbor. Pouze u položky suicidální úvahy a tendence je žádoucí konstatovat i jejich nepřítomnost.

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

5.1. Vědomí a orientace

Bdělé jasné (vigilní, lucidní). Kvalitativní poruchy (delirium, mrákotný stav), kvantitativní poruchy (somnolence, sopor, kóma). Orientace časem, místem, osobou, situací.

5.2. Celkové vzezření

Nápadnosti zevnějšku (zanedbaný, sešlý, puntičkářsky vystrojený, přehnaně ozdobený, bizarně obarvenými vlasy, nápadnostmi v oblečení, s ochrannými pomůckami proti domnělému nebezpečí, atd). Odpovídá vzhled chronologickému věku? Popíšeme jizvy (sebepoškozování a tetování).

5.3. Postoj k vyšetření

Přichází pacient ochotně? Spolupracuje? Reaguje adekvátně situaci, podrážděně, zlostně, či zaujímá vstřícný a přátelský postoj? Je netečný? Popíšeme oční kontakt.

5.4. Psychomotorika

Je psychomotorické tempo inhibované či zrychlené? Mimovolní či abnormální pohyby, třes, tiky, manýrismus, akathisie, impulsy a psychoticky motivované pohybové stereotypie, rituály, nástavy a další katatonní příznaky. Jaké je celkové držení těla a chůze? Jsou pohyby účelné? Je přítomen stupor, agitovanost? Hypomimie, maskovitý obličej, výraz utrpení, nápadná „afektovanost“ a nadměrná gestikulace.

5.5. Volní aktivita

Hypobulie, abulie, motivace.

5.6. Řeč

Artikulace, dysartrie, rytmus a tempo řeči, hlasitost, množství, prosodie. Verbalizuje spontánně či pouze jednoslovně odpovídá na dotazy? Odpovídá po latencích? Afázie, mutismus, koktavost, logorhoe, koprolalie, inkoherence, slovní salát, echolálie.

5.7. Emoce a afektivita

Převládající nálada, kolísání, trvání. Pociťuje prázdno nebo normální, smutnou či veselou náladu? Náladu odečítáme i z nonverbální komunikace. Úzkost, napětí, nervozita, výčitky, beznaděj. Podrážděnost, zlostnost, veselost, euforie. Nálada patická, či reaktivní. Vitální symptomy: poruchy spánku (nespavost, usínání, předčasné probouzení, nadměrná spavost), ztráta energie, poruchy zájmu o sexuální aktivity, přítomnost různých tělesných příznaků (tíže v nohou, bolesti zad), nechutenství či přejídání (včetně změny hmotnosti).
Afektivita odpovídá obsahu myšlení (přiléhavá či nepřiléhavá). Popíšeme oploštělý afekt či labilní afektivitu. Plány do budoucna.

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

5.8. Vnímání

Má nějaké neobvyklé smyslové prožitky, mimořádné schopnosti, slyší zvuky či hlasy, aniž by byl někdo v místnosti, komu by patřily? Co říkají, přikazují pacientovi něco (auditivní halucinace imperativní)? Vidí něco pozoruhodného? Vidí to i vyšetřující? Cítí nějaké pachy či vůně, případně chutě? Má nějaké zvláštní smyslové prožitky, když usíná (hypnagogní halucinace?) či se probouzí (hypnopompní halucinace?). Iluze? Má pacient pocit, že je někým jiným, že si je cizí, připadá si jako loutka (depersonalizace)? Připadá mu okolí změněné, jakoby za skleněnou stěnou, aniž by to mohl sám ovlivňovat (derealizace)? Nonverbální projevy, psychoticky motivované (naslouchací postoje či zakrývání uší doprovázející sluchové halucinace, nebo smetávání domnělého hmyzu z přikrývky u zrakových halucinací či drbání kůže u taktilních halucinací).

5.9. Myšlení

Spontánně verbalizované myšlenky, obavy a starosti, cíleně vyšetříme obsahové poruchy myšlení. Bludy (například paranoidní, žárlivecké, mikromanické, megalomanické), systemizované, bizarní, odpovídající či neodpovídající náladě. Obsese a fobie. Schopnost formulovat a organizovat myšlenky, plynulost toku myšlenek. Myšlení zpomalené, zrychlené, trysk, zárazy. Nevýpravnost, roztržitost, zabíhavost, tangenciální myšlení, ztráta asociací, perseverace, neologismy, slovní salát. Abstraktní myšlení (schopnost generalizovat a formulovat koncepty, například posouzení myšlenkové operace při výkladu přísloví).

Zaměřené psychiatrické vyšetření s cílem identifikovat bludy: Jste v poslední době vztahovačný či podezíravý? Soustředí se na vás lidé (například v tramvaji), povídají si o vás? Ovlivňuje vás někdo na dálku? Jak to dělá? Jak se při tom cítíte, případně jak se proti tomu bráníte? Sleduje vás někdo? Čím? Ovládá někdo vaše myšlení? Máte pocit, že vám někdo myšlenky do hlavy vkládá či vám je vykrádá nebo odebírá? Máte telepatické schopnosti? Máte nějaké zvláštní pocity v těle? Jak si je vysvětlujete? Máte mimořádné schopnosti?

5.10. Kognice

Pozornost: Výdrž pozornosti během vyšetření, nerozptyluje se. Tenacita, hypoprosexie, hyperprosexie. Orientačně sedmičkový test.
Intelekt: Rozsah slovní zásoby, způsob vyjadřování, v kontextu s nejvyšším dosaženým vzděláním. Orientační vyšetření psychiatrem zahrnuje dotazy na základní údaje z historie, zeměpisu, počítání,
Paměť: Dlouhodobá (události ze svého života), krátkodobá (schopnost vybavit si po 5 minutách 3 objekty, 5 čísel). Jsou přítomny konfabulace?
Rozsah vyšetření kognitivních funkcí během psychiatrického vyšetření odvisí od cíle vyšetření. Detailní vyšetření kognice je předmětem psychologického a neuropsychologického vyšetření.

5.11. Náhled (nozognózie)

Postoj k onemocnění a případné léčbě. Domnívá se, že se jedná o psychiatrický problém? Potřebuje psychiatrickou nebo psychologickou léčbu? Jaké má plány do budoucna? Hodnotíme jejich reálnost vzhledem k aktuálnímu stavu.

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

5.12. Spolehlivost (hodnověrnost)

Do jaké míry mohla být pacientova výpověď ovlivněna floridními psychotickými příznaky, organickým defektem či případně určitou motivací (například získat důchod). Zamyslíme se nad možnou simulací či naopak disimulací.

5.13. Kontrola impulsů

Překotné, zbrklé konání, afektivní tenze. Sebeovládací schopnost pacienta. Zhodnotíme, do jaké míry má eventuální impulsivní projevy pod kontrolou (nezdrženlivé chování). Tendence k agresivním projevům, k jejich realizaci? Úvahy o zaútočení na druhé osoby? Homicidní tendence? Motivace?

Uplatnění oznamovací povinnosti a povinnosti překazit trestný čin vůči orgánům činným v trestním řízení a to tehdy, pokud se lékař hodnověrným způsobem dozví, že někdo připravuje nebo páchá trestný čin uvedený v ustanovení paragrafu 367 trestního zákoníku (například vražda, znásilnění, pohlavní zneužívání, těžké ublížení na zdraví).

5.14. Zhodnocení rizika suicidia

Zeptáme se na přítomnost suicidálních myšlenek a zhodnotíme tendence k jejich realizaci. Hloubka deprese, přítomnost beznaděje? Vyskytl se sebevražedný pokus již dříve? Má pacient promyšlen způsob, jak se usmrtit? Motivace? Jednání naznačující rozhodnutí zemřít (sepsání poslední vůle, rozdávání majetku)? Přítomnost traumatizujících skutečností (vážné onemocnění, zejména doprovázené krutými bolestmi, nepříznivá sociální situace ?). Pokud je důvodem psychiatrického vyšetření sebevražedný pokus, podrobně rozebereme jeho příčiny a postoj pacienta k aktuální situaci, hrozí opakování?

Strukturované cílené interview se zaměřuje na následující oblasti: Identifikovatelné spouštěče nebo stresory, predispozice k suicidálnímu chování, symptomatická prezentace, přítomnost beznaděje, fáze sebevražedného uvažování (vyšetření suicidálního vývoje), předchozí sebevražedná chování, kontrola impulzů a míra sebeovládání, ochranné faktory.

6. Přítomný stav somatický

Významné odchylky v somatickém a neurologickém nálezu s cílem podpořit eventuální diferenciálně diagnostické úvahy a potenciální lékové interakce. Subjektivní stesky a objektivní nález: při hospitalizaci hmotnost, výška, BMI, P, D, TK, základní fyzikální vyšetření, orientační vyšetření neurologické, základní laboratorní vyšetření. Při ambulantním vyšetření hmotnost, výška, BMI, P, D, TK, je-li relevantní. Ze zápisu by mělo vyplynout, že si je ambulantní psychiatr alespoň orientačně vědom somatického stavu pacienta ve smyslu kompenzace či dekompenzace.

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

7. Psychodynamický a psychopatologický rozbor

Základní osobnostní charakteristiky, hlavní psychologické konflikty, adaptační a obranné mechanismy. Dominující psychopatologický obraz, syndromologická diagnóza. Významné momenty v životě pacienta, které se mohly na vzniku duševního onemocnění přímo aktuálně podílet (například psychotrauma).

8. Diagnóza

Definitivní psychiatrická diagnóza se stanoví podle tříosé klasifikace (MKN-10)
I. Hlavní duševní porucha (poruchy)

Poruchy osobnosti
Somatické poruchy
II. Postižení (zneschopnění) v oblastech
(a) péče o sebe
(b) pracovní výkonnost
(c) rodinné soužití
(d) širší sociální chování
III. Vlivy zevního prostředí a faktorů souvisejících s příslušnými duševními stavy

9. Diagnostický a terapeutický plán

Na základě diagnostické úvahy navrhnout další pomocná vyšetření k potvrzení pracovní diagnózy a určení definitivní diagnózy. Určit terapii a odůvodnit ji.

Mezi základní laboratorní vyšetření patří: FW, KO a diferenciál, glykemie, jaterní transferázy, elektrolyty, urea, kreatinin, funkce štítné žlázy (free T3, T4, TSH); moč a sediment. Testy na přítomnost návykových látek. EKG.

10. Souhrn

Shrnout a zpřehlednit informace, které vedly k diagnóze a léčbě. Souhrn (1) slouží rychlé orientaci při naléhavých situacích, (2) je součástí propouštěcí zprávy. V optimálním případě obsahuje přesné informace o dosavadní terapii, včetně dávek a nežádoucích účinků, případně důvody, proč byla některá farmaka vysazena, v ambulantní dokumentaci jen heslovité zachycení provedených změn medikace.

Závěrečný komentář:

Cílem psychiatrického vyšetření je zmapovat somatopsychický stav pacienta, určit diagnózu a navrhnout terapii. Psychiatrické vyšetření provádí psychiatr, který rozhoduje o jeho způsobu a okolnostech. Vyšetření může proběhnout během jednoho sezení, výhodou je opakovaný kontakt s pacientem. Všechny typy vyšetření (komplexní, cílené, kontrolní) mohou probíhat buď formou ambulantní nebo při hospitalizaci. Rozsah všech typů vyšetření je dán kromě požadavků na charakter vyšetření i zdravotním stavem pacienta, jsou zásadní rozdíly při vyšetření pacienta spolupracujícího a pacienta nespolupracujícího, odmítavého, případně až hostilního. Komplexní vyšetření vykazujeme v ambulantní

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz

DOPORUČENÉ POSTUPY PSYCHIATRICKÉ PÉČE 2025

péči při převzetí pacienta a pokud došlo k přerušení léčby na dobu nejméně dvou let. Při hospitalizaci je vykazujeme při příjmu pacienta (od poslední hospitalizace uplynuly nejméně 3 měsíce).
Cílené vyšetření vykazujeme v ambulantní péči při významné změně v průběhu choroby, při dispenzárním vyšetření a při vyšetření spojeném s vystavením návrhu na lázně. Při hospitalizaci při propuštění a při rehospitalizaci do 3 měsíců od poslední hospitalizace.
Kontrolní vyšetření v ambulantní péči vykazujeme dle potřeby. Při hospitalizaci se nevykazuje.
V případě hospitalizace bez pacientova souhlasu je třeba ohlásit přijetí příslušnému soudu do 24 hodin od přijetí. O nástupu ochranného léčení (§99 TZ –zák. č.40/2009 a §351 TŘ zák. č. 1412009 Sb.) zdravotnické zařízení informuje soud na základě dotazu předsedy senátu, který ochranné léčení nařídil.

Reference:

1) American Psychiatric Association: The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults , Third Edition, 2016
2) American Psychiatric Association : DSM-5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Editoři české verze: Jiří Raboch, Michal Hrdlička, Pavel Mohr, Pavel Pavlovský, Radek Ptáček. První české vydání Hogrefe, 2016.
3) Česká psychiatrická společnost. Psychiatrie. Doporučené postupy psychiatrické péče. Galén, Praha 1999
4) Česká psychiatrická společnost. Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III. Tribun EU. 2010.
5) Janotová D.: Psychiatrické vyšetření. In: J. Raboch, P. Zvolský et al.: Psychiatrie. Galén, Praha 2001
6) Mach J. a kol. Univerzita medicínského práva. Grada, 2013
7) Motlová L.: Psychiatrické vyšetření. In: C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka: Psychiatrie. Tigis, Praha, 2002.
8) Uhrová T.: Psychiatrické vyšetření. In: J. Raboch, P. Pavlovský a kol.: Psychiatrie. Univerzita Karlova Praha, Karolinum, 2012.

Ke Karlovu 11 | 120 00 Praha 2 | Czech Republic | Mobile: +420 773 786 133 | e-mail: sekretariat@psychiatrie.cz | http: www.psychiatrie.cz