

## Diagnostika duševních poruch



### Diagnostické označení

Co je to „duševní porucha“ nebo „duševní nemoc“? Kdo určuje, zda ji někdo má nebo nemá a jak se to pozná? Jak jsou „duševní poruchy“ diagnostikovány?

Tento článek se zabývá tím, jak se diagnóza „duševní poruchy“ liší od jiných lékařských diagnóz. Zkoumá spolehlivost screeningových testů a dalších klinických metod používaných pro diagnózu duševních poruch.

#### *Existují pro diagnostiku duševních poruch biologické testy?*

Již po celé dekády se výzkumníci snaží najít biologické ukazatele, které by mohly být spojovány s konkrétními diagnózami duševních poruch. Doufají, že by takový objev mohl vést k lepším metodám léčby medikací. Často slyšíme o nových důkazech o biochemické nerovnováze serotoninu nebo dopaminu, genetických kořenech duševních poruch, mozkových skenech odhalujících typy schizofrenie, analýzách krve pro odhalení deprese a různých dalších biologických testech na duševní poruchy. Ačkoli jsou často šířeny médii, žádné z těchto experimentálních zjištění nebylo vědecky potvrzeno. V současnosti neexistují žádné genetické, biologické, chemické nebo jiné fyzické testy, které by určovaly přítomnost nebo nepřítomnost duševních poruch.

Pro mnohé z nás může být těžké to akceptovat nebo tomu věřit, i když o tom často ze všech stran slyšíme. Faktor, který v tom často způsobuje ještě větší zmatek, je nesprávná interpretace fyzických projevů coby důkazů patologie a výklad jejich příčin. Je důležité pochopit, že například zatímco je skutečně možné zaznamenat fyzické projevy úzkostných pocitů jako zrychlené dýchání, zrychlený srdeční tep nebo zvýšený průtok krve v některých částech mozku, žádný z těchto projevů nám neodhalí nic z příčin úzkosti. Ba co více, pozorování těchto fyzických projevů nepotvrzuje, že osoba „má nemoc“ zvanou generalizovaná úzkostná porucha.

Dalším příkladem obecného nedorozumění, že se tzv. „správně“ chápaná duševní porucha jako dobře známá biochemická choroba mozku, stala obrovským a lukrativním průmyslem, který bez přehánění utratí každoročně desítky miliard za propagaci, „vzdělávání“ a PR. V rámci tohoto propagačního úsilí se přední zastánci a odborníci tohoto odvětví často zdráhají veřejně prohlásit, že stále neexistují žádné známé biologické příčiny duševních poruch nebo biologické způsoby jejich odhalení. Například v roce 2013 vydala Americká psychiatrická asociace v páté edici Diagnostických a statistických příruček o duševních poruchách zprávu sdělující novinářům a široké veřejnosti, že doopravdy neexistují žádné známé biologické ukazatele duševních poruch.

Kromě rozsáhlého čtení vědecké literatury uvádějící, že neexistují žádné známé biologické ukazatele pro jakékoli duševní poruchy, je dalším nejlepším důkazem sledovat, jak jsou duševní poruchy ve skutečnosti diagnostikovány v každodenní klinické praxi. Jak podrobněji popíšeme níže, duševní poruchy nejsou diagnostikovány žádnými laboratorními testy, nýbrž především prostým poslechem, co člověk říká, a pozorováním jeho chování.

*Pokud neexistují žádné biologické testy, jaká je tedy skutečná klinická nebo lékařská „diagnóza“ duševní poruchy?*

Protože neexistují žádné biologické testy, které by prokázaly přítomnost nebo nepřítomnost jakýchkoli duševních poruch, je lépe chápat diagnózu duševní poruchy spíše jako označení než jako diagnózu.

Je pochopitelné, že je to pro mnohé z nás matoucí. Pro psychiatry a lékaře vůbec je běžné, že duševní poruchy označí jako „diagnózy“ a navrhnou „ošetření“. Dobrým příkladem tohoto rozdílu je představit si, že jdete k lékaři a stěžujete si na intenzivní a přetrvávající bolesti hlavy. Pokud biologické testy zjistí, že máte jednu ze známých možných fyzických příčin závažných bolestí hlavy, bude to vaše diagnóza: například nádor na mozku, tlak na sinus nebo bakteriální infekce. Pokud však biologické testy nenajdou žádnou známou příčinu, může lékař říci, že máte migrénu. Slovo migréna doslova znamená „intenzivní a trvalé bolesti hlavy“. V tomto smyslu migréna není biologická diagnóza příčiny vašich bolestí hlavy, je to prostě běžně používaná *nálepka* pro popis těchto typů bolestí hlavy.

S psychiatrickými diagnózami a léčbami je to úplně stejné. Pokud si například stěžujete u svého lékaře na intenzivní a přetrvávající pocity deprese a není nalezena žádná fyzická příčina (jako je například nutriční nedostatek nebo kardiovaskulární onemocnění), může váš lékař říci, že máte depresi nebo máte závažnou depresivní poruchu. Termín „Závažná depresivní porucha“ je označení toho, co zřejmě prožíváte, nikoli biologická lékařská diagnóza příčin vašich problémů. Nebudou provedeny žádné biologické testy, které by potvrdily tuto diagnózu nebo nastínily nejlepší léčbu, protože lékaři a laboratorní technici by nevěděli, co konkrétně hledat ve vašem mozku nebo těle.

*Jak se DSM používá k diagnostice nebo označení osoby, která má duševní poruchu?*

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM) Americké psychiatrické asociace je primárním průvodcem pro diagnostiku duševních poruch ve Spojených státech. Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické společnosti DSM 5 je klasifikační systém, který díky své kvalitě a komplexnosti dosáhl mezinárodního významu. Je to základní přehled diagnóz duševních poruch a souvisejících onemocnění a problémů v České republice uváděný jako součást **Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN)** nebo samostatně v rozšířené verzi pod názvem DSM 5.

Při práci s DSM 5 je potřeba mít na paměti, že poznávání podstaty, příčin a projevů duševních poruch probíhá v rámci „na faktech založené“ medicíny. DSM 5 je výsledkem práce předních odborníků z oblasti psychiatrie, psychologie, sociální práce a zástupců dalších medicínských a nemedicínských oborů.

Česká verze DSM 5 *Diagnostická a statistická příručka duševních poruch* vznikla jako týmová práce předních specialistů v oboru. Hlavním odborným garantem se stala Psychiatrická společnost ČLS JEP a Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze. (K dispozici je např. na internetové stránce: <http://www.testcentrum.com/literatura/8>).

Vlády a pojišťovny používají DSM jako běžný standard pro účely zdravotního pojištění a fakturace. Stručně řečeno, v DSM jsou uvedeny *nálepky* pro několik stovek duševních poruch spolu se zkušenostmi, pocity, myšlenkami nebo chováním. Ty se členové pracovní skupiny DSM Americké psychiatrické asociace rozhodli zařadit mezi „příznaky“ těchto poruch. Například v DSM mezi příznaky závažné depresivní poruchy patří únava, neklid, nespavost a zoufalství. DSM nezahrnuje žádnou snahu vysvětlit, proč někteří lidé mohou mít zvláštní zkušenosti. Jde prostě o systém pro seskupování a označování různých typů zážitků. Pokud osoba projeví nebo oznámí, že má myšlenky, pocity, emoce nebo chování, které se zdají být v souladu s určitým

počtem symptomů uvedených v DSM pod názvem konkrétní duševní poruchy, může být tato osoba označena odborníkem na duševní zdraví jako člověk s touto konkrétní poruchou.

Například, k diagnostice poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), uvádí nejnovější vydání DSM, že u dítěte se musí projevit alespoň 6 z 9 uvedených způsobů chování. Jako je příliš časté mluvení, neschopnost klidné hry, obtíže čekat ve frontě nebo časté přerušování ostatních. Obecně řečeno, aby mohla být použita diagnostická *nálepka*, musí osoba také tvrdit, že zažívá (nebo tak musí lékař usoudit) určitou úroveň nebo typ narušení svého každodenního fungování, jako například neschopnost pracovat efektivně jako obvykle.

V celém DSM není mnoho užívaných klíčových pojmů jako „často“, „nadměrné“ a „zhoršení“ jasně definováno. V důsledku toho je přiřazení diagnostických *nálepek* vždy silně ovlivněno subjektivním názorem lékaře. Interpretace zkušeností a chování pacienta a diagnostické označení, které se lékař rozhodne mu udělit, je často zkresleno věkem lékaře, jeho pohlavím, rasou, etnicitou, sexualitou, náboženskou vírou nebo ateismem, kulturním pozadím, předchozími zkušenostmi nebo finančními okolnostmi.

#### *Co jsou screeningové testy duševního zdraví?*

První zkušenosti mnoha lidí v procesu stanovování diagnostického označení v oblasti duševního zdraví zahrnují screeningové testy. Screeningové testy duševního zdraví obvykle zahrnují asi 5-20 otázek s možnou volbou více odpovědí. Jsou k dispozici online a často se používají během programů zvyšování povědomí o duševním zdraví ve školách, lékárnách, lékařských ordinacích a obecně v psychiatrických léčebnách. Často se také používají v klinickém výzkumu a v telefonických průzkumech při pokusech určit prevalenci duševních poruch v obecné populaci. Například různé průzkumy zneužívání návykových látek a užívání drog.

Screeningové testy na duševní zdraví jsou obvykle vyvíjeny jednotlivci nebo malými skupinami výzkumných pracovníků v oblasti duševního zdraví. A často jsou financovány farmaceutickými společnostmi. Jedním z nejčastějších screeningových testů je *Dotazník o zdraví pacientů-9 (PHQ-9)*, který je ve skutečnosti majetkem farmaceutické společnosti. Mezi další běžné screeningové testy patří *Generalizovaná úzkostná porucha-7 (GAD-7)* a *Mezinárodní diagnostický rozhovor pro duševní zdraví (WMH-CIDI)*.

Lidé obvykle odpovídají na otázky sami, ale některé screeningové testy jsou navrženy tak, aby za ně odpověděl rodič, člen rodiny, učitel, lékař nebo odborník na duševní zdraví. Dotazníky se týkají emocí, myšlenek, pocitů, nálad, přesvědčení a chování. Otázky jsou přizpůsobeny tak, aby odpovídaly symptomům duševních poruch, které jsou uvedeny v *Diagnostické a statistické příručce duševních poruch*.

Každé odpovědi s více možnostmi výběru v dotazníku se přidělí očíslované skóre a celkové skóre se používá k označení osoby jako člověka nesoucího nízké, střední nebo vysoké riziko, že trpí jednou nebo více duševními poruchami. Čím vyšší je skóre testu, tím vyšší je údajné riziko. Některé testy se snaží screenovat různé duševní poruchy. Jindy se jediný dotazník zaměřuje na zkušenosti související s jedinou diagnostickou kategorií, jako je úzkost, deprese nebo schizofrenie.

#### *Co znamenají výsledky screeningových testů a dotazníků v oblasti duševního zdraví?*

Obecně se výsledky dotazníků o duševním zdraví nepovažují za diagnózy. Vyšší dosažené skóre se považuje za „varování“, že by lidé měli navštívit psychiatra pro další posouzení. Většina lékařů ale používá stejné screeningové testy a diagnostické dotazníky. Nebo znovu kladou pacientům podobné otázky, aby se dopracovali k jejich diagnóze. A jak zjistíte níže v článku, není jasné, co tyto druhy otázek ve skutečnosti měří.

Jedním z primárních problémů je, že mnoho klíčových pojmů v těchto dotaznících bývá konverzačních, volně definovatelných, nejasných a lze je interpretovat zcela odlišně. V důsledku toho není jasné, co testy pro jakoukoli konkrétní osobu v konkrétním čase skutečně měří nebo co skóre skutečně znamená. Například typické otázky se tážou, zda se v předchozích 2-4 týdnech nikdy, občas, často, velmi často nebo vždy „necítíte unaveni bez dobrého důvodu“, „příliš se obáváte různých věcí“, nebo „je pro vás obtížné se zbavit určitých myšlenek“. Takové druhy otázek vyžadují, aby lidé při vyplňování testů učinili ad hoc vlastní odhad významů klíčových

slov a ideí, včetně stěžejních oblastí týkajících se intenzity, frekvence, trvání a kontextu.

Například:

- Jak intenzivně musíte zažít určitou myšlenku, pocit nebo náladu, než v testu odpovíte, že to prožíváte na úrovni označené „příliš mnoho“? (intenzita)
- Jak často musíte zažít určitou myšlenku, pocit nebo náladu, abyste při testu odpověděli, že to cítíte „někdy“ vs. „často“ vs. „velmi často“? (frekvence)
- Kolik po sobě jdoucích sekund, minut nebo hodin za den musíte zažít určitou myšlenku, pocit nebo náladu, než odpovíte v testu, že zažijete myšlenku, pocit nebo náladu „jeden den v týdnu“ nebo „téměř každý den“? (doba trvání)
- Když se snažíte odpovědět, jak přesně určíte, že něco cítíte, přičemž k tomu „nemáte dobrý důvod“, máte dobrý důvod nebo důvod prostě neznáte? Nebo jak se rozhodnete, jak „přetrvávání“ vašich myšlenek v praxi skutečně vypadá? (kontext)

Dotazníky neposkytují pokyny podle čeho se máte rozhodnout, než odpovíte. Lidé, kteří vyplňují dotazníky, musí odpovídat na otázky na základě svých přesvědčení a názorů, co mají ony pojmy znamenat. V důsledku toho lidé při vyplňování screeningových testů duševního zdraví nebo diagnostických dotazníků obvykle v podstatě vyjadřují osobní názor na své vlastní mentální, kognitivní, fyzické a emoční zážitky. Pokud odpovíte na otázky způsobem, který naznačuje, že vy sami věříte, že jste příliš depresivní, příliš úzkostní nebo příliš často mimo kontrolu nad neobvyklými myšlenkami, testy u vás obvykle vyhodnotí vysoké riziko depresivní, úzkostné nebo psychotické poruchy. Stručně řečeno, při vyplňování většiny dotazníků o duševním zdraví se diagnosticky označujete sami.

*Jak přesné a spolehlivé jsou screeningové testy duševního zdraví a klinické diagnostické dotazníky?*

Mnoho zastánců screeningových testů duševního zdraví a diagnostických dotazníků tvrdí, že jejich spolehlivost je vynikající. Záleží na tom, co si představujeme, že slovo „vynikající“ znamená. V medicíně se přesnost screeningových testů a diagnostických dotazníků obvykle měří porovnáním jejich úspěšnosti se zavedeným diagnostickým nástrojem, který má téměř dokonalou přesnost. Například měření spolehlivosti screeningových testů mamografie pro detekci rakovinových nádorů v prsou se počítá porovnáním mamografických nálezů s odpovídajícími diagnostickými nálezy u biopsie rakoviny. Pro duševní poruchy však neexistuje žádný diagnostický nástroj jako je biopsie, který by se používal jako takový téměř dokonalý standard. Ve skutečnosti, jak bylo již uvedeno výše, neexistují vůbec žádné objektivní biologické testy, které by určovaly přítomnost nebo nepřítomnost jakékoli duševní poruchy. To znamená, že neexistuje způsob, jak matematicky měřit přesnost jakéhokoli screeningového testu nebo diagnostického nástroje pro duševní zdraví způsobem, kterým se tomu obvykle děje v lékařské vědě.

*Odborníci na duševní zdraví přesto tvrdí, že určité dotazníky nebo diagnostické nástroje pro screening duševního zdraví mají „vynikající“ spolehlivost a poskytují prokazatelná číselná hodnocení. Co to znamená?* Hodnocení pro všechny screeningové a diagnostické dotazníky pro duševní zdraví jsou odvozeny jednoduše ze srovnání toho, jak dobře se výsledky konkrétního dotazníku shodují s výsledky jiných screeningových testů pro duševní zdraví nebo diagnostických dotazníků. V psychiatrické literatuře je to označováno jako „kalibrování“ jednoho screeningového testu nebo diagnostického nástroje jiným, na rozdíl od objektivního „ověřování“ přesnosti kterékoliv z nich jednotlivě. Hodnocení testů a dotazníků se často stanoví měřením jejich výsledků na základě výsledků strukturovaného klinického rozhovoru pro poruchy DSM (SCID). Dotazníky SCID jsou však samy o sobě jen zdlouhavější a podrobnější verze screeningových testů duševního zdraví.

Toto je stručně vysvětleno v eseji vývojářů mezinárodního standardu Světové zdravotnické organizace (WMH-CIDI): „Protože není k dispozici žádné klinické zlaté standardní hodnocení“, píší autoři, „přijali jsme za cíl kalibraci spíše než validaci. To znamená, že se ptáme, zda diagnózy WMH-CIDI „odpovídají“ diagnózám založeným na nejmodernějším diagnostickém rozhovoru pro klinický výzkum [SCID], spíše než na to, zda jsou „správné“.

Užitečný způsob, jak porozumět kalibraci versus validaci: Mohli bychom z prkna vyříznout dva kusy dřeva, použít oči, pilu a brusný papír a postupně je kalibrovat, aby byly téměř stejně dlouhé. Pak bychom mohli spolehlivě a pečlivě stanovit, zda je určitý objekt delší nebo kratší než naše kusy dřeva. Ale bez pomoci spolehlivého metru bychom stále nemohli pomocí našich kousků dřeva přesně ověřit, jak dlouhý je onen konkrétní měřený objekt v milimetrech.

Je to podobné situaci se screeningovými testy a diagnostickými nástroji pro duševní poruchy. Můžeme kalibrovat dva různé testy nebo diagnostické přístupy, takže mají tendenci přiřadit stejnou diagnostickou *nálepku* stejným lidem. Tyto výsledky však stále platně neurčují, zda některý z označených lidí má nebo nemá ve skutečnosti nějaké duševní poruchy.

A jak níže v textu uvidíme, ani výsledky nejvýše hodnocených dotazníků o duševním zdraví si vzájemně stejně neodpovídají.

*Screeningové testy duševního zdraví a diagnostické dotazníky jsou přinejmenším přiměřeně spolehlivě konzistentní, že?*

Jak jsme již uvedli výše, mnoho lidí tvrdí, že screeningové testy duševního zdraví a diagnostické dotazníky mají vynikající spolehlivost. Ale záleží na tom, jak interpretujeme slovo „vynikající“. Ve skutečnosti screeningové testy duševního zdraví, diagnostické dotazníky a psychiatričtí odborníci obvykle dosahují v rámci běžných lékařských standardů velmi nízké úrovně. Pro ilustraci je užitečné trochu lépe pochopit, jak jsou tyto testy, nástroje a metody hodnoceny.

Některé z vysoce hodnocených nástrojů screeningu duševního zdraví údajně vykazují 90% citlivosti a 80% specifčnosti. V kontextu duševního zdraví to znamená, že nástroje s nejvyšším hodnocením by se měly navzájem shodovat zhruba v 90%, aby mohli být lidé označeni duševní poruchou. A shodovat se asi na 80%, aby lidé nebyli označeni duševní poruchou. Hodně lidí včetně mnoha nekompetentních odborníků náhodně předpokládá, že 90% citlivosti a 80% specifčnosti znamenají, že takový test bude chybný pouze asi v 10–20%. Při screeningových testech je však velmi důležitý třetí faktor: prevalence v populaci, která je testována.

Užitečným způsobem, jak přemýšlet o účinnosti screeningového testu, je představit si hledání jehly v kupce sena. Předpokládejme, že máte stroj, který dokáže rychle rozlišit jehly od stébel sena s přesností asi 80-90%. Přitom víte, že ve velké kupce sena existuje jen několik jehel, které se snažíte najít. Kolik stébel sena váš stroj špatně identifikuje jako jehly, než konečně najdete všechny pravé jehly? Odpověď zní: Spoustu stébel.

Online kalkulačka pro screeningové nástroje (v angličtině: <http://araw.mede.uic.edu/cgi-bin/testcalc.pl>) ukazuje, jak to funguje. Řekněme pro příklad, že 10% Američanů by mělo být označeno jako lidé s duševní poruchou. Víme tedy, že z 1000 lidí by jich 100 mělo být označeno duševní poruchou. Pomocí diagnostického testu duševního zdraví s 90% citlivostí přesně identifikujeme 90 z těchto 100 lidí. Zatímco 80% specifčnost našeho testu znamená, že z 900 lidí, kteří by neměli být označeni duševní poruchou, označíme 180 z nich nesprávně jako osoby s duševní poruchou. Celkově tedy náš test identifikuje 270 lidí neboli 27% populace, kteří mají duševní poruchu, i když jsme na začátku měli dojem, že pouze 10% populace by mělo být označeno duševní poruchou.

Při použití našich standardů a předpokladů nám test nesprávně identifikoval jako duševně narušené téměř dvojnásobné množství lidí, než by mělo být správně identifikováno.

Toto se ve skutečnosti děje se screeningovými testy a klinickými diagnostickými nástroji. Proto kritici tvrdí, že tyto nástroje nevhodně, zbytečně nebo dokonce nebezpečně tlačí velké množství lidí k psychiatrům, diagnózám a léčbě. Mnozí lidé v tom neshledávají problém, protože „odborní“ lékaři v oblasti duševního zdraví přece budou schopni spolehlivě určit, kdo by skutečně měl být označen duševní poruchou a kdo by neměl. Ale ve skutečnosti, jak uvádíme níže, ani odborní klinici se spolehlivě na diagnóze nedohodnou.

*Ačkoli diagnostické metody a nástroje nejsou velmi spolehlivé, není to vlastně zřejmé, kdy je člověk duševně nemocný?*

Pro mnohé z nás včetně lékařů a odborníků na duševní zdraví je běžné mít jistotu, že prostě pozorováním a nasloucháním „zjistíme“, kdo je „blázen“ a kdo není a jaké jsou nejzjevnější „psychologické problémy“ některých lidí. Naše názory někdy mohou být legitimní, ale nemusí. Abychom tak mohli činit v rámci lékařské vědy, musí být naše hodnocení založeno na něčem více než na osobních názorech, pocitech, přesvědčení a předsudcích. Kromě toho prohlášení, že se zdá, že někdo zažívá relativně neobvyklou intenzitu mentálního nebo emočního zmatku, strachu nebo se chová relativně neobvykle, se velmi liší od prohlášení, že osoba „má zjevně klinickou duševní poruchu“.

A ve většině případů to stejně není příliš zřejmé. Například při oficiálních zkouškách DSM-5 testovala Americká psychiatrická asociace spolehlivost 23 diagnóz duševních poruch. V testech se různí psychiatři dotazovali a diagnostikovali stejné lidi. Poté byly provedeny výpočty, aby se zjistilo, jak často různé metody dosáhly stejných diagnóz nebo jak spolehlivě se vzájemně shodly. Po testech APA uvedla, že jejich zjištění ukázala, že absolutně žádná z 23 poruch, které testovali, nedosáhla „vynikající“ spolehlivosti. Uvádí se, že u pěti diagnóz se psychiatři shodli na „velmi dobré“ spolehlivosti a u devíti na „dobré“ spolehlivosti. V dalších devíti diagnostických kategoriích dosáhli psychiatři údajně „sporné“ nebo „nepřijatelné“ úrovně shody.

Tyto výsledky však byly ještě horší, než by se mohlo zdát. Je tomu tak proto, že od roku 1980 APA a její pracovní skupiny DSM zastávaly názor, že společně dohodnuté medicínské standardy pro stanovení hodnot spolehlivosti expertní shody jsou pro psychiatrii příliš ambiciózní. Takže posunuli interpretace svých vlastních zjištění na vyšší úroveň. To znamená, že APA popisuje úrovně shody mezi psychiatry jako „dobré“ a „velmi dobré“ v případech, kdy by podle běžnějších lékařských standardů měla být většina těchto úrovní shody označena jako „špatná“ nebo „mírná“. A je důležité si uvědomit, že tyto testy byly prováděny za velmi předpojatých a kontrolovaných podmínek s předem vybranou populací pacientů. Přičemž psychiatři věděli, že byly spíše testovány jejich vlastní schopnosti vzájemně se shodnout. V podmínkách reálného světa bychom očekávali ještě výrazně menší shodu. A opravdu není neobvyklé, že lidé zapojení do systému duševního zdraví v kontaktu s různými lékaři dostanou pět nebo více různých diagnóz. A tucet či více různých ošetření, i když lékaři znají jejich zdravotních záznamy a jejich diagnózy.

*Jak v reálné praxi lékař nebo odborník na duševní zdraví diagnózu stanoví?*

Ve výcviku různých odborníků, kteří dokážou diagnostikovat duševní nemoci, existují velké rozdíly. Lékaři i psychiatři získávají standardní lékařskou výuku a psychiatři absolvují navíc zvláštní psychiatrickou specializaci. Licencovaní poradci, sociální pracovníci, psychologové a psychoterapeuti nejsou lékaři a obvykle nemají lékařské vzdělání, ale často mají zákonnou pravomoc diagnostikovat duševní poruchu.

Aby mohli být lékaři zaplacení za svůj výkon v čase podle zákona, například pro účely fakturace za pojištění, očekává se od nich, že označí osobu jednou z duševních poruch uvedených v Diagnostické a statistické příručce duševních poruch. Neexistují však žádné zavedené právní nebo vědecké standardy, jak mohou odborníci dospět k přiřazování těchto označení. DSM jednoduše poskytuje volné pokyny pro výběr. Proto v běžných nemocničních, klinických a soukromých psychiatrických zařízeních mohou lékaři nebo odborníci v oblasti duševního zdraví v praxi diagnostikovat lidi a přiřazovat označení duševních poruch pomocí jakýchkoliv metod a na základě jakýchkoliv pozorování, která považují za relevantní nebo vhodná.

Někteří lékaři vás mohou požádat o vyplnění jednoho nebo dvou psychologických dotazníků nebo screeningových testů duševního zdraví. Jiní s vámi mohou před přidělením diagnostického označení po dobu 5-10 minut nebo déle promluvit. Další odborníci s vámi mohou po určité době vést rozhovory každý týden. Nebo vám mohou nařídit, abyste po několik dní zůstali v psychiatrické nemocnici pod všeobecným dohledem, a poté stanoví diagnózu na základě pohovorů s vámi, nemocničním personálem a lidmi, kteří vás znají.

*Je něco špatného nebo nebezpečného na tom být označen duševní poruchou?*

Když odborník označí osobu duševní poruchou, vznikají tak značná rizika. Sdělení sociálně respektovanou

autoritou, že váš mozek je „nemocný“, může být urážlivým, ponižujícím nebo děsivým zážitkem, zejména pro dítě nebo mládež. Označení může vést k tomu, že se osoba stane obětí sociální diskriminace a dogmatismu a že takové osobě bude možné podle zákonů o duševním zdraví snadněji odebrat základní občanská práva.

Navíc v naší dnešní kultuře lidé označení duševní poruchou svým lékařem nebo psychiatrem budou pravděpodobněji věřit, že jejich problémy jsou zakořeněny v genetických nebo biochemických příčinách mimo jejich kontrolu. A že přetrvají po celý jejich život a že nejlepší, v co mohou kdy doufat, je naučit se „zvládat“ tuto „nemoc“. Takové přesvědčení může vyvolat úzkost, zoufalství a beznaděj. Tato víra také zvyšuje pravděpodobnost, že budou mít pocit, že nemají na výběr, než se vydat invazivním biologickým intervencím, jako jsou psychiatrická léčiva a elektrokonvulzivní terapie (ECT), navzdory jejich fyzickým nebezpečím.

Proto je důležité si přímo a otevřeně říci, co označení duševní poruchy je a co není. Označení duševní poruchy je vždy poněkud drsná, subjektivní *nálepka* poukazující na určité zkušenosti a chování. Není však spolehlivou, přesnou a objektivní lékařskou diagnózou jakéhokoliv známého biologického stavu.