

PŘEHLED DŮLEŽITÝCH PSYCHIATRICKÝCH DIAGNÓZ A JEJICH VZTAH K INTENZIVNÍ PÉČI.

JITKA HÜTTLOVÁ

Přehled

- * Delirantní a dezorientovaný pacient.
- * Intoxikovaný pacient - suicidální pokusy, intoxikace psychoaktivními látkami.
- * Katatonní a stuporozní pacient. Pacient odmítající stravu a tekutiny.
- * Agitovaný a agresivní pacient.
- * Suicidální a sebepoškozující se pacient.

.

Delirium

- * Definice: Klinický **SYNDROM**, který je projevem akutní, etiologicky nespecifické globální dysfunkce mozku
- * Projevuje se **řadou** psychických a behaviorálních **příznaků**
- * V popředí – **zmatený** obsah duševní činnosti
- * Přejídný stav s **kolísavou** intenzitou
- * Život ohrožující stav s rizikem řady komplikací

Delirium - epidemiologie

- * Jedna z nejčastějších komplikací u pac. na somatických odděleních
- * Výskyt:
 - * 10-15 % pac. na interních a chirurg.odd.
 - * 10-30 % pac. starší 65 let
 - * 10-50 % pac. na gerontopsychiatr.odd.
- * Prodlužuje dobu hospitalizace
- * Zvyšuje mortalitu

Delirium - etiopatogeneze

- * Delirium vzniká generalizovanou redukcí oxidačních pochodů a neurotransmitterovou dysbalancí v mozku
- * Předpokládané patofyziologické mechanismy:
 - * A) Hypoperfuze a/nebo hypoxie mozku (plicní onemocnění, srdeční selhání, hypotenze, dehydratace, anemie, CMP...)
 - * B) Hyperaktivity osy hypothalamus-hypofýza-nadledvinky (pooperační období, bolest, strach...)
 - * C) Přímý toxický vliv (neuroinfekce, jaterní selhání, urémie, poruchy vnitř.prostředí, léky, alkohol...)

Delirium - etiopatogeneze

- * Na rozvoji deliria se podílí:
- * **A) VULNERABILITA** (vnímavost pacienta, nahromadění rizik. faktorů)
- * **B) SPOUŠTĚCÍ FAKTOR** (vyvolávající příčina)

rizikové faktory	spouštěcí faktory
věk, kognitivní deficit, demence, chronická somatická onemocnění, chronická farmakoterapie, abúzus alkoholu a psychotropních látek, smyslový handicap, delirium v anamnéze	akutní infekce, jiná akutní onemocnění, operace, úrazy, dekompenzace chronických onemocnění, farmakoterapie, abstinenční stav, dehydratace, retence moči, imobilizace, nadbytek nebo

Delirium - příčiny

- * **intrakraniální**

- * Tumory

- * Trauma hlavy

- * Neuroinfekce

- * Demence

- * CMP

- * St.p. epileptickém záchvatu

Delirium - příčiny

* extrakraniální

- * Kardiovaskulární poruchy (dekomp.hypertenze, arytmie, AIM...)
- * Hypoxie a anoxie
- * Generalizované nádory
- * Metabolické a endokrinní (hyper/hypo-glykémie, jaterní selhání, urémie...)
- * Nutriční (deficit thiaminu, hladovění...)
- * Anémie
- * Velké ztráty krve
- * Toxické (účinek léků a drog)
- * Syndrom z vysazení (alkohol, BZD....)
- * Pooperační stavy
- * Ostatní (hyper/hypo-termie, popáleniny, retence moči...)

Delirium - příznaky

Základ

- * Vědomí kvalitativně změněné (obluzené) a oscilující (kolísání s poruchy vědomí s lucidními intervaly)
- * Náhlý vznik (většinou večer), krátké (obvykle hodiny, dny, někdy týdny)
- * Dezorientovanost časem, místem a situací

Delirium - příznaky

- * **Zastřené vědomí** (snížená jasnost uvědomování si okolí se sníženou schopností zaostřit, udržet pozornost)
- * **Narušení poznávacích schopností**
 - dezorientace časem, místem nebo osobou!!
 - zhoršení bezprostřední a recentní paměti
- * **Psychomotorické příznaky**
 - rychlé přechody z hypoaktivity do hyperaktivity
 - prodloužený reakční čas, prodloužená úleková reakce
 - zvýšený nebo snížený proud řeči
- * **Narušení spánku nebo cyklu spánek-bdění**
- * **Anxieta, strach, zlost, euforie, apatie**
- * Poruchy **vnímání** - halucinace a iluze (nejčastěji zrakové, popř. taktilní)
- * Poruchy **myšlení** - inkoherentní myšlení, perseverace, paranoidita
- * **Tělesné příznaky:**
 - z mozkové dysfunkce: tremor, ataxie, dysartrie
 - z dysfunkce vegetativního NS: zvýšení TT, tachykardie, kolísání TK, nauzea

Delirium - příznaky

Průběh

- * Kolísání symptomatiky s lucidními intervaly, typické zhoršování v noci (inverzní typ spánku)
- * Zvýšená **sugestibilita**
- * Následná **amnézie** (plná nebo ostrůvkovitá)

Delirium - terapie

1) ! KAUZÁLNÍ !

- * 1) Eliminace nebo korekce vyvolávající příčiny (léčba somatického onemocnění)
- * 2) Péče o celkový tělesný stav (hydratace, výživa...)
- * 3) Úprava enviromentálních podmínek (monitace, klidné prostředí, verbální uklidnění, přiměřená smyslová stimulace.....výrazný neklid – fyzické omezení)

Delirium - terapie

2) SYMPTOMATICKÁ

- při psychomotorickém neklidu:

- * Antipsychotika:

- tiapridal – většinou jako první volby
- melperon
- haloperidol – nedoporučuje se i.v., začínat spíše s nízkou dávkou, riziko expy syndromu
- případně risperidon
- případně quetiapin (a parkins. pacientů)

- * (Benzodiazepiny):

- mohou stav zhoršit

XXX

Abstinční deliria – BZD (př.diazepam), vyšší dávky, postupně snižovat, u pacientů s hepatopatií je vhodnější klomethiazol; kombinace s antipsychotika jen v nezbytných případech (PM neklid, agresivita, protože zvyšují riziko mortality); v případě nezvladatelného odvykacího stavu jsou alternativou barbituráty či celková anestezie s umělou plicní ventilací a postupným odtlumováním.

Intoxikovaný pacient - suicidální pokusy, intoxikace psychoaktivními látkami

- * Role psychiatra

- * posoudit důvod intoxikace

- * posoudit případnou závažnost suicidálního/ sebepoškozujícího jednání

- * práce s agitovaným/nespolupracujícím pacientem (omezené možnosti farmakoterapie)

- * závažnější intoxikací - nutná 24 hod.observace na monitorovaném lůžku

Akutní intoxikace

- * přechodný stav následující po požití psychoaktivní látky, odezní po vyloučení látky z těla
- * *příznaky*: poruchy vědomí, chování, vnímání, emotivity, poznávání i fyzilog. funkcí
- * *léčba*: dle závažnosti - zajistit vitální funkce, podat antidotum, mírnit patolog. projevy chování

*

Akutní intoxikace - alkohol

- * ebrieta - opilost
- * symptomy ~ množství, osobnost, tolerance
nižší dávky působí stimulačně (PM excitace, elace nálady, mnohomluvnost, zvýšené sebevědomí, snížení sebekritičnosti, zábrán, agresivita), při vyšších dávkách - útlum (únava, inkoordinace pohybů, dysartrie, somnolence, spánek)
- * 4 stadia opilosti dle hladiny alkoholu v krvi:
 - 1) excitační stadium do 1.5g/kg, lehká opilost
 - 2) hypnotické st. 1.6-2 g/kg, opilost středního stupně
 - 3) narkotické stadium > 2g/kg, těžká opilost
 - 4) asfyktické stadium > 3g/kg těžká alkoholová intoxikace , riziko bezvědomí, zástavy dechu, oběhu

Akutní intoxikace - opiáty

- * *příznaky* : apatie, útlum, ospalost, PM retardace ,tupá euforie, pocit, tepla, svědění („mravenci“), zhoršení pozornosti, narušení schopnosti normálního fungování
- * *objektivní příznaky*: mioza, otupělost, setřelá řeč, poruchy vědomí (pro tuto dg. alespoň 1 splněn)
- * *těžká intoxikace* může vést ke komatu s akutním ohrožením života, útlumem dýchání, bradykardií, hypotenzí, hypotermií, komatem, mydriaza, poškrabávání po celém těle
- * *terapie akutní intoxikace*: zajištění vitálních f-cí, aplikace antidota - naloxon (ihned vyvolá odvykací příznaky)

.

Akutní intoxikace - kokain

- * *příznaky* : euforie (veselý, družný, hovorný, touha po pohybu, hyperaktivita až agitovanost, poruchy chování, vymizení zábran, přebytek energie), příjemné halucinace x ale i paranoidní obrazy, afektivní labilita, stereotypní jednání, zvýšená bdělost, neschopnost koncentrace
- * *min. 2 z následujících* : vzestup TK + SF, mydriasa, pocení, nevolnost, zvracení, zimovřivost, dilatace zornic, PM neklid, bolesti na hrudníku, křeče
- * *!!těžká otrava !!* delirium, křeče, teplota, slábne krevní oběh, srdeční selhání, úmrtí v důsledku kolapsu dech. centra
- * *terapie akutní intoxikace* : neklid - omezit + benzodiazepiny iv, po (neuroleptika nejsou vhodná pro kardiotoxicitu, zpomalují vylučování stimulantů), tachykardie, hypertenze - betablokátory, hypertermie - ochlazení

.

Akutní intoxikace - stimulancia

- * dysfunkční chování nebo poruchy vnímání
- * *projevy*: zvýšená bdělost, energie, euforie, megalomanie, urychlené PM tempo, urychlené myšlení, výbavnost paměti (na úkor přesnosti), zvýšená nabídka asociací, potlačují hlad, spánek, družnost, ale i hrubost, afektivní labilita, paranoidní myšlenky, iluze
- * přítomny min., 2 z následujících projevů: poruchy srdečního rytmu, vzestup TK, pulsová frekvence, bronchodilatace, pocení, zimovřivost, nauzea, zvracení, dilatace zornic, PM neklid, svalová slabost, křeče
- * *terapie akutní intoxikace*: observace, zajištění klidného prostředí, rehydratace, při projevech *kardiovaskulárních* komplikací -beta blokátory, při *psychotických projevech* - benzodiazepiny

Akutní intoxikace - halucinogeny

- * psychické, vegetativní, neurologické
- * *akutní intoxikace* :
projev dysfunkční chování či poruchy vnímání - *změny emocí* (euforie, deprese, anxieta), *změny chování* (agresivita, hyperaktivita), *změny vnímání* (čas, prostor, halucinace - barvy, vize, zostřené vnímání), *změna myšlení* (bludná interpretace reality, pokles kritičnosti), afektivní labilita, impulsivní jednání, pokles kritičností + 2 *příznaky* z následujícího : pocení, vzestup TK, SF, zimovřivostm třes, hypersalivace, poruchy akomodace, cefalgie, sucho v puse, mydriasa
- * *terapie akutní intoxikace* : zajištění stálého dohledu, klidné prostředí, krátká oba od požití - vyvolat zvracení, úzkost, neklid - aplikace neuroleptik, (tiaprid, haloperidol), benzodiazepinů

Akutní intoxikace - delirogeny

- * *příznaky* : útočné, agresivní,impulsivní chování, příp stupor, blokáda citlivosti
(bdělý,ale nereaguje na senzorické podněty, pohybuje se jako robot - zombie walking,), hypertenze, tachykardie,nystagmus, ataxie, dysartrie, sval.rigidita, grimasování
- * *terapie akutní intoxikace* : diazepam (křeče, hypertonie svalů), neuroleptika při neklidu, agresivitě

*

Akutní intoxikace - kanabinoidy

- * *projev* : dysfunkční chování (desinhibice, agitovanost), změna nálady (euforie, úzkost), abnormity vnímání (vnímání času, zostření smyslových vjemů, myšlenkový trysk, iluze či halucinace)), porucha kontaktu s realitou, zhoršení úsudku, zpomalení reakčního času
- * vysoké dávky : *delirium*, ale i *panické ataky* -osobnost uživatele, kanabisová psychotická porucha či *provokace relapsu* prim.psychotické poruchy
- * *terapie akutní intoxikace* pod obrazem *deliria* :symptomatická, při neklidu, úzkosti
- * benzodiazepiny (příp.neuroleptika)
- *

Akutní intoxikace - organická rozpouštědla

- * *akutní intoxikace* : obdoba opilost, (kratší euforické stadium)apatie, letargie, poruchy pozornosti, kolísavá chůze, nastříklé spojivky, setřelá řeč, nystagmus, „zápach“, neostré vidění, svalové slabost

Akutní intoxikace - sedativa, hypnotika

- * *Akutní intoxikace* :pro stanovení dg. nutná přítomnost 1 příznak z následujících : kolísavá chůze, poruchy ve stoji setřelá řeč, nystagmus, porucha vědomí
- * obdobná symptomatologie jako u ebriety: tupá euforie, desinhibice, emoční labilita, poruchy chování, útlum, apatie, zhoršení pozornosti, psychomotoriky
- * vyšší dávky útlum dechového centra, pokles TK hypotenze, hypotermie, oblenění dávivého reflexu
- * *léčba akutní intoxikace*: často nutná intenzivní péče za monitorování vit. f-cí, forsírovaná alkalická diuresa, hemoperfuze, antidotum flumazenil u benzodiazepinů

Katatonní a stuporózní pacient

Stupor - definice

- * Stupor, neboli strnulost je narušení **psychomotoriky**, kdy u pacienta dochází k **absenci spontánního pohybu**.
- * Jedná se o **příznak**, který se může vyskytovat u několika diagnostických jednotek.

*

Stuporózní pacient

Stupor - doprovázející příznaky

- * Stupor, je doprovázen několika příznaky, které vyplývají z toho, že se jedná o narušení psychomotoriky (absence spontánního pohybu):
 - * Mutismus
 - „Oněmnění“
 - Pacient nedokáže hovořit
 - * Odmítání stravy a tekutin
 - * Pasivní negativismus
 - Pacient nevyhoví výzvám

Stupor

- * Stupor se často rozvíjí postupně a příznaky se mohou vyskytovat v různé tíži:

Zpomalení psychomotoriky	→	stupor
Odpovědi strohé, po latencích	→	mutismus
Hypoorexie, snížení příjmu p.o.	→	úplné odmítání stravy
Vyhoví pouze nějakým výzvám	→	úplný pasivní negativismus

Stupor

- * Stupor - u řady chorobných stavů
- * **dissociativní** (disociace = skupina fenoménů, kdy dochází k odpoutání od fyzických a emočních prožitků)
 - * **anxieta**
 - * **psychotrauma**
 - * **dissociativní látky**
- * **afektivní** (abulie = narušení vůle ve smyslu výrazného snížení volní aktivity)
 - * **depresivní nálada**
- * **katatonní** (katatonie=v rámci tzv. neproduktivní katatonie (viz dále))
 - * **poruchy vedoucí ke katatonii**
- * **další**
 - * **Hypoaktivní delirium**
 - * **Intoxikace**
 - * **Serotoninový syndrom**
 - * **Poškození frontálního laloku**

Stupor - diferenciální diagnostika

- * Přestože se stupor jako příznak vyskytuje u řady chorobných stavů, je nutno odlišit jej od narušení psychomotoriky v rámci jiných příznaků a syndromů, např.:
 - * Kvantitativní poruchy vědomí
 - * Závažné stavy
 - * Locked-in syndrom, vegetativní stav, maligní hypertermie, příznaky neurologických poruch
 - * Příznaky neurologických poruch
 - * Kataplexie u narkolepsie, epileptické paroxysmy, parkinsonský syndrom, parézy, funkční neurologické poruchy
 - * Příznaky psychiatrických poruch
 - * Nespolupráce z jiných příčin, pasivní negativismus z jiných příčin, aktivní negativismus, odmítání stravy a tekutin z jiných příčin (viz dále)

Stupor - terapie

- * Terapie stuporu je v podstatě terapií vyvolávající příčiny.
- * Zvýšený důraz musí být kladen na ošetrovatelskou péči, která je obdobná jako u imobilního pacienta z jiných příčin resp. pacienta s kvantitativní poruchou vědomí.

Katatonní pacient

- * Nespecifický syndrom – příznaky zahrnují narušení vůle a psychomotoriky
- * Etiologicky nespecifický, možné příčiny zahrnují například:
 - * Poruchy nálady (deprese nebo mánie s psychotickými příznaky)
 - * Schizofrenie
 - * Organické poruchy

*

Katatonie - příznaky

Produktivní

- * Psychomotorický neklid — Agitovanost
Útočnost / Raptus
Aktivní negativismus
- * Povelové automatismy - Pohybové stereotypie — Manýrování
Grimasování
- * Verbigerace — Echolalie, echomimie, echopraxie

Katatonie - příznaky

Neproduktivní

- * Stupor
- * Katalepsie
 - Změny svalového tonu
- * Rigidita
- * Flexibilitas cerea — Nástavy
- * — Paramimie (neschopnost vyjádřit emoce příslušnou mimikou)
- * — Pasivní negativismus
 - Mutismus
 - Restrikce stravy a tekutin

.

Katatonie - léčba

Léčba katatonie

- * GABA modulace:
 - * Benzodiazepiny
 - * Lorazepam, Klonazepam Z-látky
 - * Ani při vyšších dávkách nebývá sledován útlum dechového centra
- * Elektrokonvulzivní terapie
 - * Preference rychlého nástupu účinku (bitemporální umístění elektrod, brief-pulse, iniciální dávka metodou half-age)
 - * Metoda volby u maligní katatonie
 - * Rychlý nástup účinku (někdy po 2 – 3 zákrocích)

Agitovaný a agresivní pacient

- * Agitovanost: stav, kdy dominuje špatně organizovaná a neúčelná PM aktivita vycházející z fyzické nebo duševní nepohody.
- * Agrese: auto, hetero, verbální, brachiální
- * Výskyt: intoxikace, závislosti, demence (zejména u Alzh. nemoci), deliria, poruchy osobnosti, psychózy, ...
- * Příčiny a spouštěcí faktory: Snížená frustrační tolerance – reakce na frustraci, negativní emoce (úzkost, pocity ohrožení, pocity znehodnocení), únava, jakákoliv změna, návštěva, změna našeho chování, které pacient nerozumí
- * Prevence (u demencí): odpočinek a klid, pravidelný denní režim, málo změn, navázání verbálního kontaktu, pochvala, odklonění pozornosti od problému, ..

Akutní neklid - terapie

- * Akutní nepsychotický neklid a násilí (zejména u demencí) - Tiapridal (kapky, parent.), Antipsychotikum II. generace (risperidon), Při úzkosti případně BZD
- * Chronický nepsychotický neklid - Tiapridal, melperon, případně antipsychotika II. generace (quetiapin)
- * BZD dlouhodobě nevhodné
- * Akutní psychotický neklid Antipsychotika (haloperidol, zyklopentixol, olanzapin, levomepromazin), případně v kombinaci s BZD, pokud antipsychotikum není sedativní
- * Chronický psychotický neklid - Antipsychotika, ? valproát

Agresivní pacient - komunikace

- * Nikdy nebýt sám s pacientem v uzavřené místnosti bez možnosti přivolat pomoc
- * Lékař sedí vždy blíž ke dveřím s možností úniku
- * Odstraníme z dosahu pacienta nebezpečné předměty
- * Neotáčet se k pacientovi zády
- * Dodržujeme bezpečnou vzdálenost (delší než délka natažené paže)
- * Citlivá prezentace převahy (někdy postačí přítomnost dalšího personálu)
- * Při vystupňování neklidu ukončíme hovor
- * Případně kontaktujeme Policii ČR, odejdeme na bezpečnější místo, snažíme se získat čas....
- * Při fyzickém zásahu (rychlý a šetrný) – jedna osoba na 1 končetinu + jedna osoba navíc

Suicidální a sebepoškozující se pacient

Suicidální pokusy - je úmysl zemřít

Parasuicidium - Není úmysl zemřít nebo si není jistý; čin, který nevede ke smrti a při němž osoba záměrně zahájí jednání, jež by bez zásahu druhých vedlo k sebepoškození

Sebepoškození - Není úmysl zemřít, poškodí se tělesná integrita s jiným úmyslem - například úleva od tenze, od pocitu prázdnoty

Intoxikace z jiného důvodu - Neúmyslné předávkování (alkohol, drogy a jiné), čističe – zvědavost (děti), rozpouštědla...

Sebepoškozování - definice

- * Volní aktivita vedoucí k poškození vlastního těla bez motivace ukončit svůj život.
- * Pozor, i když takto definované sebepoškozování nezahrnuje sebevražedné pokusy, sebepoškozující se pacient může následkem svého jednání zemřít:
- * Podobně jako suicidalita se jedná o nespecifickou skupinu příznaků.
- * Může se vyskytovat napříč různými diagnostickými jednotkami.
- * Specifické typy sebepoškozování se vyskytují s vyšší frekvencí u specifických psychiatrických poruch.

Sebepoškozování - klasifikace

Klasifikace (dle Simeona, Favazzy, Rosenthala, 2001)

1. Sterotypní (úderý hlavou, kousání se, trhání vlasů/*mentální retardace, autismus*)
2. Závažné (amputace prstů, kastrace/*schizofrenie, afekt.poruchy s psychotickými příznaky*)
3. Kompulzivní (kousání nehtů, olupování kůže/*anxiózní poruchy, trichotilomanie*)
4. Impulsivní (řezání, pálení, úderý/*poruchy osobnosti, PPP, poruchy chování a emoci u dětí*)
 - Epizodické - jednorázové, nebo krátce v epizodách
 - Repetitivní - opakované, inkorporované do života jedince

Suicidium - epidemiologie

- * Sui pokusy častěji ženy, mladí lidé
- * Dokonané sebevraždy stoupají s věkem (40-50 let, 60-70 let) jsou častější u mužů, muži volí tvrdší metody (strangulace, skok z výšky, střelná zbraň)
- * Ve věku 15 - 29 let je sebevražda globálně druhý nejčastější důvod úmrtí a vůbec nejčastější pro mladé dívky ve věku 15 - 19 let. Nejvyšší míra sebevražednosti – lidí starší 69 let. Na každou dokonanou sebevraždu připadá podle odhadů WHO 20 pokusů.

Sebevražednost v ČR

- * ČR: si ročně vezme život na 1300-1500 osob (3-4 lidé denně).
- * Nejčastější způsoby: oběšení, doma.
- * Nejčastější regiony: Tachovsko, Sokolovsko.
- * Zvýšené riziko sebevražednosti asi u 3,8 % populace, polovina nevyhledala v posledním roce pomoc. (Nemyslí se rok 2020, ale poslední rok obecně). (Údaje do 2018, novější jsem nenašla.)
- * Sui pokusy: Z asi 2600 za rok bylo více než 2200 otravou medikamenty, rostou pokusy paracetamolem, zejména ve věkové kategorii 10-19 let.
- * Úmyslné sebepoškození: Nejvíce věk 15-19 let s výraznou převahou dívek.

Suicidalita

rizikové faktory

předchozí suicidální jednání
násilnost zvolené metody s malou možností záchrany, velká
intenzita úmyslu zemřít
fantazie o posmrtném životě
duševní porucha (deprese, schizofrenie, závislosti)
závažná chronická bolestivá onemocnění snižující kvalitu
života

projektivní faktory

děti v rodině
pocit zodpovědnosti vůči rodině
těhotenství
Víra
životní spokojenost
schopnost adekvátního testování reality
pozitivní zvládací schopnosti

Suicidální vývoj

- * Suicidální myšlenky
 - * - nekonkrétní, jedinec se jim brání
- * Suicidální tendence
 - * - jedinec se jim nebrání, ambivalentní, pasivní postoj
- * Suicidální úvahy
 - * - jedinec se ztotožňuje s myšlenkou na ukončení života, promýšlí nejvhodnější postup
- * Rozhodnutí o realizaci suicidia
 - * - paradoxní zklidnění
- * Realizace suicidia

Suicidium - typy

- * Sui biické - motiv vychází z reality, nemusí být spojen s psychickou poruchou
- * Sui patické – spojena jsou spojena např. s depresí (při pocitech beznaděje, autoakuzacích, negativním očekávání do budoucna), se schizofrenií (úleva od nesnesitelných halucinací), závislostí na alkoholu, těžkým abstinenčním syndromem, akutní halucinózou, s poruchou osobnosti (zejména emočně nestabilní), s posttraumatickou stresovou poruchou apod.
- * -----
- * Typy patického sui chování:
 - * Úzkostně agitovaný typ: těžké deprese, úzkostné poruchy, schizofrenie, akutní riziko sui
 - * Impulzivně – agresivní: například u hraniční poruchy osobnosti, závislosti na alkoholu;
 - * Anhedonicko – beznadějný typ: při negativní schizofrenní symptomatologii nebo chronifikovaných depresích, dlouhodobé riziko sui

Suicidium - posouzení závažnosti

Příprava:

- * – předem plánovaný čin
- * - dopis na rozloučenou
- * – činy konané s vyhlídkou smrti, např. závěť

Okolnosti:

- * – byl při činu sám
- * – načasováno tak, aby pomoc byla co nejméně pravděpodobná
- * – opatření zabraňující odhalení

Po činu:

- * – neusiluje o pomoc
- * – nadále si přeje zemřít
- * – nadále věří, že pokus skončí smrtelně
- * – lituje, že čin selhal

Děkuji za pozornost

* jitka.huttlova@gmail.com