

PÉČE O SUICIDÁLNÍHO PACIENTA

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.

Psychiatrické centrum Praha, Centrum neurofarmakologických studií, 3. lékařská fakulta UK, Praha

Stanovení rizika sebevraždy patří k nejběžnějším problémům urgentní psychiatrie. Suicidalita jako symptom se může objevit u všech psychiatrických onemocnění, ale i nezávisle na psychiatrickém onemocnění ve vážných životních krizích. Z psychických poruch na suicidální tendence musíme myslet zejména u deprese, psychózy, agitovanosti, u těžkých úzkostných poruch, posttraumatické stresové poruchy, hypochondrické poruchy a u hraniční poruchy osobnosti. Každou zmínku o suicidii ze strany pacienta je potřebné brát vážně. První pomoc spočívá v krizové intervenci, identifikaci stresorů, navázání kontaktu a vytvoření terapeutického vztahu. Jedinec s vysokým suicidálním rizikem, který sám nad sebou ztrácí kontrolu, se musí dostat pod zevní kontrolu. Při akutním nebezpečí suicidia je nutná hospitalizace. Při úvaze o směru intervence je užitečné si zmapovat pacientovy motivy. Při zjištění psychické poruchy by se mělo postupovat jak farmakoterapeuticky, tak psychoterapeuticky. Čím hlubší, akutnější a naléhavější je nebezpečí suicidia, tím důležitější je použití sedativní farmakoterapie. Terapeut by se měl ze všech sil snažit o empatii k pacientovým pocitům, protože pocit nepochopení může postiženého posunout blíže k suicidii. Pomocí empatie a citlivých otázek pomáháme pacientovi propojit se s vlastními emocemi i skrytými ambivalencemi – ujasňuje si pomocí verbalizace problémy, které ho tíží. Většinu pacientů s lehčími suicidálními tendencemi je však možné vést ambulantně, pokud se podařilo vytvořit důvěryhodný vztah, daří se často monitorovat jejich stav a je možné vytvořit podpůrný systém v rodině nebo přátelských vztazích.

Psychiat. pro Praxi; 2006; 4: 191–195

Úvod

Suicidalita jako symptom se může objevit u všech psychiatrických onemocnění, ale i nezávisle na psychiatrickém onemocnění ve vážných životních krizích. Suicidální impulzy a suicidální chování se objevují v situaci, kdy došlo k selhání zvládacích mechanismů osobnosti. Každou zmínku o suicidii ze strany pacienta je potřebné brát vážně, nutná je pak důkladná explorace. Pokud už k suicidálnímu pokusu došlo, je kromě psychiatrického vyšetření vždy nutné i somatické vyšetření a zjištění, zda pacient není zdravotně ohrožen tím, co si provedl. Při podezření na akutní suicidalitu se musíme v rozhovoru otevřeně zaměřit na toto téma a posoudit pacientovu schopnost prodiskutovat tuto problematiku. Akutně suicidální pacienty je potřebné odeslat v doprovodu na psychiatrické oddělení. Při chybějícím náhledu onemocnění nebo na potřebu léčby může být nutná nedobrovolná hospitalizace nebo hospitalizace za asistence policie.

Ženy se pokoušejí o suicidium 3x častěji než muži. Muži 3x častěji než ženy provedou dokonalé suicidium. Ženy suicidální pokus častěji používají jako způsob vyjádření svého trápení. Muži naopak mohou suicidium odkládat do té doby, až se bezmoc a zoufalství stanou nesnesitelnými. Lidé páchající suicidium nemusí být psychicky nemocní. Ovšem psychická porucha, zejména deprese, výrazně zvyšuje riziko sebevraždy. U lidí trpících vážnou depresí se suicidium vyskytuje 500krát častěji než u běžné populace. Suicidia jsou častější u rozvedených než u svobodných a u svobodných jsou častější než u ženatých. Nejvíce suicidií se vyskytuje v městských aglomeracích.

Typy suicidií

Rozlišujeme mezi sebevraždou biickou, kde motiv vychází z reality, nemusí být spojen s psychickou poruchou, a patickou, u které motiv vychází z psychopatologie. Jednou z forem biické sebevraždy je bilanční sebevražda, objevující se spíše u starších osob. Patická suicidia jsou spojena např. s depresí (při pocitech beznaděje, autoakuzacích, negativním očekáváním do budoucna), se schizofrenií (úleva od nesnesitelných halucinací), závislostí na alkoholu, těžkým abstinčním syndromem, akutní halucinózou, s poruchou osobnosti (zejména emočně nestabilní), s posttraumatickou stresovou poruchou apod.

Typy patického suicidálního chování (3)

- Úzkostně agitovaný typ: například v rámci těžké deprese nebo u úzkostných poruch, schizofrenních psychóz – zde je zvýšené riziko akutní suicidalitu
- Impulzivně – agresivní: například u hraniční poruchy osobnosti, závislosti na alkoholu; pravděpodobně souvisí se snížením serotonergní funkce v mozku, bývá snížený cholesterol – jde o dlouhodobě zvýšené riziko akutní suicidalitu
- Anhedonicko – beznadějný typ: například při negativní schizofrenní symptomatologii nebo chronifikovaných depresích: dlouhodobě zvýšené riziko suicidalitu.

Rizikové faktory

Řada studií se pokoušela určit prediktivní faktory, které by oprávnily použití antisuicidálních opatření u zranitelných pacientů. Bohužel, i když známe rizikové faktory, stále neexistuje spolehlivý způsob, jak předvídat dlouhodobý suicidální potenciál u daného pacienta.

Faktory spojené se zvýšeným rizikem suicidálního jednání

DEMOGRAFICKÉ RYSY:

- adolescence a mladší dospělost
- vyšší věk
- muž
- rozvedený nebo osamělý

PSYCHIATRICKÉ RYSY:

- nedávné propuštění z léčby (období prvního měsíce po hospitalizaci)
- dřívější akty sebepoškození nebo TS
- nedávná nepříznivá událost
- suicidální jednání v blízkém okolí či příbuzenstvu
- deprese nebo mánie
- etylismus
- toxikomanie
- hraniční porucha osobnosti
- těžké úzkostné poruchy a posttraumatická stresová porucha
- tělesné vyčerpání
- velký životní stres u chronicky zranitelné osoby

SOCIÁLNÍ RYSY:

- nedávná ztráta sociální podpory
- pokles socioekonomické úrovně
- chronické sociální problémy
- nezaměstnanost
- bydlení o samotě
- domácí násilí

OBEČNĚ MEDICÍNSKÉ RYSY:

- život ohrožující, bolestivé nebo chronické tělesné onemocnění

Protektivní faktory vůči suicidiu

Děti v rodině, pocit zodpovědnosti vůči rodině, těhotenství, víra, životní spokojenost, schopnost adekvátního testování reality, pozitivní zvládací schopnosti, podpora z okolí, pozitivní terapeutické spojení.

Suicidální vývoj

Suicidální chování často vzniká postupně. Myšlenky na sebevraždu nemají zpočátku konkrétní obsah, postižený se jim brání a snaží se je zapuzovat. Dalším stupněm jsou suicidální tendence, kterým se postižený již nebrání, ale má k nim zatím ambivalentní postoj. V dalším vývoji se již ztotožňuje s myšlenkami na konec života, začíná promýšlet nejhodnější způsob smrti, objevují se suicidální úvahy. Následuje rozhodnutí o realizaci suicidia, které může vést k paradoxnímu uklidnění a u okolí k představě o zlepšení stavu postiženého. V úvodu suicidálního vývoje můžeme pozorovat triádu nazvanou podle vídeňského profesora E. Ringela.

Ringelův presuicidální syndrom (11)

Zúžení subjektivního prostoru – omezenější prožívání a vnímání, jednostranné vnímání reality, člověk je přemožen nadměrnou situací, cítí se jí zavalen, neví kudy kam, má pocit, že je v pasti, izoluje se nebo ochuzuje sociální vztahy, je osamělý, emoce se jednostranně zaměřují, dominuje zoufalství, strach, úzkost a bezmoc, postižený ztrácí schopnost svoje emoce regulovat, některé životní oblasti ztrácí na zajímavosti, vidí jen to, co jej znehodnocuje, zužuje se svět hodnot, objevuje se bezmoc realizovat důležité cíle, vlastní existence je pokládána za bezcennou, zužuje se i vnímání vztahů, nic mu nepřináší, devaluje si je.

Zablokovaná agresivita nebo její obrácení vůči sobě – postižený je stále více přesvědčen, že nemá kvality ani schopnosti, které by měl mít, sám zavinil celou situaci, ze které není východiska, znehodnocuje se, cítí k sobě nenávisť a hněv.

Naléhavé suicidální fantazie – přání být mrtev, představy o sebevraždě, o způsobu provedení, nutkání k sebevraždě, fantazie přinášejí úlevu, jsou stále lákavější, postupně vypadají jako jediná nebo nejlepší cesta řešení situace (utéct od bolesti a trápení).

Hodnocení

Stanovení rizika sebevraždy patří k nejběžnějším problémům urgentní psychiatrie. Sebevražedné pohnutky lze rozpoznat a většinou i zastavit, pokud v sobě cvičíme schopnost zachycovat suicidální signály a přiměřeně na ně reagovat. Při posuzování proběhlého suicidálního pokusu hodnotíme, zda byl pokus míněn vážně a zda selhal, jaký byl motiv sebevražedného činu, zda je pacient psychiatricky nemocen apod.

Zásadní kroky při hodnocení suicidálního pacienta (Brown et al. 1992)

1. Jak vážné je rozhodnutí?
2. Jaký je motiv?
3. Je pacient psychiatricky nemocen?
4. Jaké má pacient problémy v životě?
5. Hospitalizace?

Závažnost suicidálního záměru

Závažnost sebevražedného záměru je úměrná počtu následně uvedených rysů:

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

Někteří pacienti o sebevraždě nemluví, ale naznačují možnost. První krokem je pak pojmenování sebevraždy (8). Slovní náznaky sebevražedného úmyslu mohou být přímé nebo nepřímé. Přímé náznaky se projevují ve větách typu: „Chci umřít!“, „Zabij se!“, nepřímé jsou méně nápadné: „Nedokážu už dále snášet život!“, „Nemá to cenu!“, „Takový život je nesnesitelný!“ Pokud pacient naznačuje, že jeho život nemá smysl, zpravidla čeká na naši přímou otázku, zda myslí na to, že by tady nebyl. Pokud řekne ano, je nutné se zeptat přímo, zda o suicidii uvažuje. Ptáme se přímo: „Myslíte na sebevraždu?“ Pro pacienta se touto otázkou mění situace. Často to, o čem mlčel, nedokázal se svěřit, styděl se za to, prožíval ambivalence, bylo poprvé hlasitě pojmenováno. Pokud si ujasníme, že o suicidální úvahy jde, měli bychom se zeptat na to, zda má postižený nějaký sebevražedný plán. Pokud nemá, mluví jen o tom, že by raději zemřel, je zatím ve stadiu úvah, zpravidla nehrozí tak bezprostřední nebezpečí. Pravděpodobně nejdůležitějším kritériem závažnosti je suicidální plán, u kterého se hodnotí čtyři hlavní složky: letalita metody, dostupnost prostředků, promyšlenost do detailů a příprava na smrt. Plánování oběšení nebo skoku z mostu či pod vlak bývá více letální, než požití léků či pořezání si zápěstí. Zjišťujeme, zda byl zanechán dopis na rozloučení nebo závěť, zda nerozdal cennosti apod. Dále posuzujeme okolnosti, zdali byl postižený sám, načasování bylo takové, aby pomoc byla málo pravděpodobná nebo naopak, jestli zabezpečoval, aby nebyla jeho tendence odhalena apod. Hloubku suicidálního rizika nám může ukázat také chování po činu: neusiluje o pomoc, nadále si přeje zemřít, věří, že jeho pokus bude úspěšný, lituje, že pokus selhal.

Z psychických poruch na suicidální tendence musíme myslet zejména u deprese, psychózy, agitovanosti, u těžkých úzkostných poruch, posttraumatické stresové poruchy, hypochondrické poruchy a u hraniční poruchy osobnosti.

Jednou z nejčastějších kritických situací v léčbě depresivní epizody bipolární poruchy je riziko suicidálního jednání, případně agování těchto úmyslů v podobě sebedestruktivních aktivit. V okruhu bipolární poruchy se udává, že kolem 15 % pacientů zemře sebevraždou, cca 80 % z nich v období depresivní epizody. O závažné depresi svědčí zhoršená nálada, ztráta zájmů, apatie, sociální stažení, poruchy spánku, nechutenství, hubnutí. Mezi nejnebezpečnější patří u pacienta období zmírnění těžké deprese, kdy má najednou energii na to, aby svoje suicidální úmysly realizoval. Pacient dostávající se z těžké deprese může spáchat suicidium i ze strachu před opakováním podobného stavu v budoucnosti. Tato situace často nastává po propuštění z nemocnice, kdy najednou cítí, že v přirozeném prostředí zvládá sebe a své problémy hůře než pod ochranou hospitalizace.

Psychotické stavy vyznačující se bludy, halucinacemi, dezorganizací a zmateným myšlením mohou vést k suicidii pro potřebu uniknout před nesnesitelným stavem. Stavy agitovanosti se projevují velkou vnitřní tenzí, úzkostí, neklidem, pocity viny, hostilitou. Nejvýznamnější je agitovaná deprese, při které pacient může pociťovat bezmoc tolerovat nápor úzkosti.

Míra suicidality u osob trpících hraniční poruchou osobnosti je dvojnásobná u těch pacientů, kteří se sebeпоškozuji, proti těm bez sebeпоškozujícího chování (4). Suicidální (i parasuicidální) chování zde posuzujeme jako maladaptivní chování při řešení problémů. Funguje často jako naučená reakce vyhýbání se emocím s negativní konotací. Pacient se pohybuje v bludném kruhu: suicidální chování vede k větší emocionální dysregulaci a emocionální dysregulace vede k frekventovanějšímu suicidálnímu chování. Vždy, když se u pacienta s hraniční poruchou osobnosti objeví suicidální (ale i sebeпоškozující) chování, má být analyzováno – řetězec mezi vyvolávající událostí a následujícím kognitivním, emocionálním a behaviorálním zpracováním je potřebné logicky srozumitelně podchytit (9). Vyčítka vůči pacientovi, že se chová „manipulativně“, nepomáhá, naopak zpravidla vede k nárůstu symptomatologie, protože opakuje patogenetickou zkušenost.

U osob trpících hypochondrickou poruchou se často suicidální riziko podceňuje, ale pacienti suicidální rozlady prožívají relativně často a mohou se zabít, aby utekli před utrpením své domnělé nemoci.

Zhodnocení suicidálních potenciálů může souviset také s tělesným stavem. Riziko stoupá u lidí s chronickým invalidizujícím onemocněním, zejména když nemoc vede k změnám sebeobrazu a sebepojetí. Pacient trpící strachem z letálního onemocnění se může intenzivně zabývat možnostmi suicidia jako úniku před utrpením z pomalého umírání.

Dále musí psychiatr posoudit aktuální stresory a pacientovy schopnosti je zvládnout, vyrovnat se s nimi nebo se jim přizpůsobit. Mezi tyto faktory patří různé životní události, jako je ztráta práce, partnera, finanční debakl, změna tělesného vzhledu, strach z léčby nebo z mutilace při operaci apod.

Posouzení pacientových silných stránek a zdrojů je stejně důležité jako hodnocení negativních aspektů celého obrazu. O životě postiženého suicidálními tendencemi mohou často rozhodnout zdroje v prostředí, ve kterém člověk žije. Je důležité zjistit osoby, o které se postižený může opřít v rodině, mezi přáteli či v náboženské skupině. Reakce okolí je potřebné citlivě posoudit. Lidé s důležitým vztahem k pacientovi mohou pomáhat, ale bohužel mohou také vážně škodit (10). Pokud pacienta za jeho tendence zavrhnou, vyčítají mu, bagatelizují jeho utrpení, mohou jeho suicidální tendence naopak zesílit, protože se cítí nepochopený a sám. Jindy mohou vystupovat bezmocně a nerozhodně, což může u postiženého vyvolat dojem, že mu není pomoci.

Péče o suicidálního pacienta

Terapie souvisí s přítomností či nepřítomností psychické poruchy. Při zjištění psychické poruchy by se mělo postupovat jak farmakoterapeuticky, tak psychoterapeuticky. Cílem péče o suicidálního pacienta je ochrana před sebezníčením do té doby, než je opět schopen převzít tuto zodpovědnost zpět na sebe.

První pomoc spočívá v krizové intervenci, identifikaci stresorů, navázání kontaktu a vytvoření vztahu důvěry (6). Jedinec s vysokým suicidálním rizikem, který sám nad sebou ztrácí kontrolu, se musí dostat pod zevní kontrolu. Při akutním nebezpečí suicidia je nutná hospitalizace. Krátkodobá hospitalizace je potřebná

i u osob, kde chybí systémy zevní podpory (např. rodina je na dovolené), a to do té doby, než se podpůrné systémy opět zmobilizují. Pacienta je potřebné klidně, ale pevně informovat o dalších zamýšlených krocích, případných somatických vyšetřeních, hospitalizaci.

Rozhodování o hospitalizaci

HOSPITALIZACE VŽDY	HOSPITALIZACE SPÍŠE ANO	HOSPITALIZACE SPÍŠE NE
<p>Po TS, pokud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Je psychotický • Hluboce depresivní • Má suicidální plán • Násilný pokus • Pokud bylo bráněno záchraně • Lituje záchranu • Muž starší 45 let s počínající psychickou poruchou • Alterace psychického stavu tělesnou nemocí (metabolická, toxická, infekční...) <p>Při suicidálních myšlenkách</p> <ul style="list-style-type: none"> • Specifický plán • Pevné rozhodnutí k suicidii 	<p>Suicidální představy</p> <ul style="list-style-type: none"> • S psychózou • Jiná závažná psychická porucha • TS v anamnéze • Komorbidní závažná tělesná nemoc (ca, neurologická...) • Neschopnost ambulantně spolupracovat <p>Nepřítomnost suicidálních představ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ale lze na ně usuzovat 	<p>Po TS nebo se suicidálními úvahami</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pokud je TS jako reakce na nepříznivou životní událost (neúspěch u zkoušky, partnerský rozchod, hádka...), zejména pokud má pacient náhled • Metoda TS s nízkou letalitou • Spolupracuje, má dobrou rodinnou a sociální podporu • Schopen ambulantně spolupracovat <p>Ambulantní péče bude prospěšnější než hospitalizace</p> <ul style="list-style-type: none"> • I když má pacient suicidální myšlenky, ale nikdy nebyl pokus

Při úvaze o směru intervence je užitečné si zmapovat pacientovy motivy (7). Terapeut by se měl ze všech sil snažit o empatii k pacientovým pocitům, protože pocit nepochopení může postiženého posunout blíže k suicidii. Základním předpokladem účinné pomoci je ochota po celou dobu kontaktu udržet pozornost a soustředění na osobu suicidálního jedince, na pečlivé a citlivé naslouchání jeho příběhu, jeho problémů a ambivalencím. Povzbuzujeme vyjádření emocí, potvrzujeme jeho právo cítit to, co cítí, nehodnotíme, nekritizujeme, nemoralizujeme. Pomocí empatie a citlivých otázek pomáháme pacientovi propojit se s vlastními emocemi i skrytými ambivalencemi. Ptáme se, zda už něco podobného prožíval a jak tuto situaci řešil. Můžeme mu potvrdit jeho vlastní kapacity, zdroje v něm i zvenčí, které mu mohou pomoci. Upozorňujeme jej na ohraničenost situace, ve které se nachází, a to, že tato situace jednou odezní.

Hospitalizovaného suicidálního pacienta je potřebné pozorně sledovat, zejména v koupelně, kde by se mohl utopit nebo ublížit si předměty, které se v ní nacházejí. Pacienti s vážným suicidálním úmyslem mohou být suicidálně aktivní i přes nejpřísnější preventivní opatření. Všechny ostré nebo jiné nebezpečné předměty (např. nůžky, žiletky, opasky, čisticí prostředky, zrcadla) je potřebné z jeho okolí odstranit. Pacient potřebuje vědět, že o svých suicidálních záměrech a tendencích může mluvit a že personál oddělení je tady na to, aby mu pomohl. Denní program je vhodné zaměřit na činnosti, které u pacientů zvyšují pocit užitečnosti. V případě vysokého rizika suicidia je indikována elektrokonvulzivní léčba.

Většinu pacientů s lehčími suicidálními tendencemi je však možné vést ambulantně, pokud se podařilo vytvořit důvěryhodný vztah, daří se často monitorovat jejich stav a je možné vytvořit podpůrný systém v rodině nebo přátelských vztazích. Pokud člověk o sebevraždě uvažuje, potřebuje o svých myšlenkách mluvit. Pomocí toho se dostává ke svým emocím a problémům v životě, které se sebevražednými tendencemi souvisí. Pacientovi je potřeba pomoci, aby svoje agresivní a hostilní pocity vyjadřoval konstruktivně a proti okolí, nikoliv destruktivně proti sobě. Terapeut pacienta empaticky vyslechne, ale připomene mu také, že suicidium není jedinou možností řešení problémů. Může s ním diskutovat alternativní možnosti řešení situace (1). Pacienta povzbudíme, aby o svých problémech mluvil s námi, ale také diskutoval se svými blízkými. Využít lze i přátele pacienta, případně představitele náboženské skupiny, kterým důvěřuje.

Kroky programu pro suicidálního pacienta nebo pacienta po suicidálním pokusu

- Léčit příznaky a základní psychickou poruchu
- Ptát se na suicidální myšlenky, i když o nich pacient nemluví. Zaměřte se na:
 - poslední suicidální pokus
 - anamnézu suicidálních myšlenek a jednání
 - rodinnou anamnézu suicidií
 - klíčová výročí, jako úmrtí dítěte, partnera, pocit, že suicidium povede k znovuspojení s touto osobou
- Objasněte motivy a využijte je v léčbě
- Zjistěte význam smrti, suicidia a fantazií (např. jaké reakce očekává pacient od druhých)
- Pracujte s pacientovou tendencí „řešit“ problémy zásadním jednáním
- Objasněte nedávné ztráty, včetně ztrát souvisejících s terapií
- Minimalizujte dostupnost prostředků použitelných k suicidii a dezinhibičních a depresogenně působících látek
- Pokuste se poskytnout chybějící prvky sociální podpory
- V případě předpisu medikace se vyhněte předpisu léků do zásoby a letálním dávkám
- Včas oznamte svoji nepřítomnost a povzbuďte pacienta, aby pokračoval v sezeních se zastupujícím terapeutem
- Snažte se pochopit význam suicidálního pokusu pro pacienta, abyste se mohli pokusit najít za něj vhodnou náhradu.

Člověk, který se rozhoduje o životě a smrti, jakoby žil v jiném zpomaleném časovém toku. Nesmíme dávat najevo netrpělivost, skákat do řeči, respektovat jeho pomlky a prodlevy, protože jsou naplněny jeho ambivalentními úvahami (7). Postižený je velmi vnímavý na naši účast a angažovanost, vnímá, zda jsme na něj naladěni, či nikoliv. Vyjadřujeme respekt k rozhodnutí a účast v utrpením. Pokud je podrážděný nebo útočný, je důležité si uvědomit, že to patří více jeho situaci

než nám. Proto nesmíme reagovat komplementárně. Někdy se na počátku rozhovoru o sebevraždě projeví pacientovy ambivalence, které projikuje do nás. Může se nás zeptat: „Myslíte si, že nemám právo to udělat?“ To potvrdit nemůžeme, ať máme jakoukoliv životní filozofii, protože tím zpravidla posílíme jeho pocity viny a postoj, že vlastně selhává, nebo vzbudíme odpor a přestane o svých úvahách s námi mluvit. To, co v suicidální krizi téměř jistě nefunguje, je apel na morálku, odpovědnost člověka vůči blízkým, hodnocení. Vše to dále zvyšuje sebevychytky a bezmoc pacienta. Pokud pacient sám začne mluvit o své odpovědnosti a blízkých, je situace jiná, pak máme možnost podpořit a ocenit jeho postoje, které jsou namířeny proti suicidii. U lidí, kteří jsou přesvědčeni, že nikdy nic nemohli rozhodovat svobodně, je přemýšlení o suicidii a jeho realizaci to, do čeho si nechtějí nechat nic vnutit. Je pro ně důležité slyšet, že rozhodnutí je na nich. Naší povinností je však je chránit a pomoci jim hledat jiné řešení. Další rozhovor je důležité vést o tom, že takové rozhodnutí je nezvratné a zda není možné uvažovat o alternativních způsobech nebo cestách, jak překonat zmatek, beznaděj, strach a bezmoc. Sebevražedný čin je možné odložit a dát šanci alternativním řešením.

Vzdálenějším cílem je pomoci pacientovi najít realističtější a pozitivnější pohled na sebe, posílit jeho sebeúctu, pocit, že někam patří a že je schopen své problémy řešit a ostatní jsou schopni mu v řadě věcí pomoci (11). Terapeut diskutuje jiné možnosti řešení problémů, než je sebevražda. Častou potřebou je přehodnocení nedosažených životních cílů u mladých psychotických pacientů, uzdravených depresivních nebo lidí s počínající demencí. Významným prostředkem může být antisuicidální kontakt.

Psychofarmakoterapie

Čím hlubší, akutnější a naléhavější je nebezpečí suicidia, tím důležitější je použití sedativní farmakoterapie (5).

Psychofarmaka podle typu krize (3)

- při psychotickém strachu, úzkosti, neklidu – antipsychotika se sedativním efektem (levopromazin, sulpirid) a přidání benzodiazepinů (lorazepam 2–4 mg, diazepam 20–30 mg, alprazolam 4–5 mg, clonazepam 2–3 mg)
- u depresivních poruch rovněž antipsychotika + přidat antidepressivum, možné také přidání benzodiazepinů
- u bipolární poruchy podáváme lithium carbonicum
- u těžkých úzkostných poruch: přechodně podáváme benzodiazepiny, navázat pak léčbou antidepressivy
- u poruch osobnosti přechodně benzodiazepiny a nízké dávky antipsychotika (olanzapin 5 mg, risperidon 1 mg)
- u akutních intoxikací detoxifikace, pak symptomatická léčba (antidepressiva, antipsychotika).

Nezávisle od psychické poruchy je potřebné postarat se o dostatečný noční spánek; v případě potřeby se doporučuje rozdělení dávek tak, aby se vyšší dávka antipsychotika anebo sedativně působícího antidepressiva podávala pozdě večer, eventuálně se přidávalo ještě hypnotikum.

Preventivně je u psychických poruch důležitá profylaktická léčba. U schizofrenních poruch se zjistilo, že léčba klozapinem snižuje suicidální riziko. U bipolární afektivní poruchy má dlouhodobé podávání lithia profylaktický účinek nejen na fáze poruchy, ale působí preventivně i proti suicidii.

Závěr

Důležitým úkolem lékaře je identifikovat riziko hrozícího suicidia. Ověření výskytu suicidálních myšlenek musí být pravidelnou součástí kontaktu s pacientem. V případě vysokého rizika suicidia je indikována hospitalizace a intenzivní léčba včetně elektrokonvulzí.

Práce byla podpořena projektem 1M0002375201

Literatura

1. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. Internal Universities Press, New York, 1976.
2. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF and Emery G. Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979.
3. Benkert O, Hippus H. Příručka psychiatrické farmakoterapie. Vydavatelství F, Trenčín 2002; 586 s.
4. Bohus M. Bordeline porucha osobnosti. Vydavatelství F, Trenčín 2005; 156 s.
5. Bouček J, Pidman V. Psychofarmaka v medicíně. Grada, Avicenum, Praha 2005; 286 s.
6. Brown TM, Pullen IM, Scott AI. Emergentní psychiatrie. Nakladatelství Jiří Kocourek. Praha 1992; 160 s.
7. Havránková O. Sebevražedná tematika. In: Vodáčková D (ed): Krizová intervence. Portál. Praha 2002; 482–499.
8. Janosiková EH, Daviesová JL. Psychiatrická ošetrovatelská starostlivost. Duševné zdraví a psychiatrické ošetrovatelství. Osveta, Martin 1996; 551 s.
9. Johnson SL: Therapist's guide to clinical intervention. Academic Press, London 2004; 562 s.
10. Novalis PN, Rojcewicz SJ, Peele R. Klinická příručka podpornej psychoterapie. Vydavatelství F, Trenčín 1999; 422 s.
11. Vymětal J. Lékařská psychologie Portál. Praha 2003; 397 s.

doc. MUDr. Ján Praško, CSc.

Psychiatrické centrum Praha, Centrum neurofarmakologických studií,
3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
Ústavní 91, 181 03, Praha 8
e-mail: prasko@pcp.lf3.cuni.cz