

Suicidální jednání a psychiatrická konzilia

MUDr. PhDr. David Vaněk

Psychiatrická ordinace Slaný

Autor shrnuje své zkušenosti konziliárního psychiatra s hodnocením suicidálního rizika u pacientů, přijatých po sebevražedném pokusu v rámci konzilií na somatických odděleních. Prezentuje soubor pacientů konziliárně vyšetřených během jednoho roku v nemocnici Slaný. V diskuzi se pokouší o zhodnocení faktorů nápomocných při rozhodování o postupech péče o tyto pacienty. Zamýšlí se také nad výhodami a nevýhodami nedobrovolné hospitalizace.

Klíčová slova: suicidální pokus, psychiatrické vyšetření, nedobrovolná hospitalizace.

Suicidal behavior and liaison psychiatry

The author summarises his experience of a liaison psychiatrist with the evaluation of suicide risk in patients admitted to medical wards after a suicide attempt. He presents a sample of patients assessed by his liaison psychiatric service in Slaný Hospital over a period of one year. In discussion he tries to evaluate factors helpful in making decisions about the care for these patients. He also considers advantages and disadvantages of an involuntary admission.

Key words: suicidal attempt, psychiatric assessment, involuntary admission.

Psychiatr. praxi 2013; 14(2): 77–79

Úvod

Péče o pacienty se sebevražedným jednáním bývá v psychiatrické praxi jedna z nejnáročnějších jednak pro závažnost a riziko letality (z hlediska pacienta), jednak pro možné právní důsledky (z hlediska lékaře). V případě poskytování péče formou konzilia na somatickém oddělení toto bývá podstatně náročnější – většinou pacienta po suicidálním pokusu (TS) blíže neznáme, podmínky pro vyšetření mívají k ideálu daleko, často býváme v časové tísní. Vyjádřit se závazně (přesně to se po nás od kolegů ze somatických oddělení očekává) k dalšímu terapeutickému postupu a eventuální hospitalizaci (nezřídka nedobrovolné) vyžaduje značnou dávku zkušenosti, teoretické průpravy, vhledu do situace, odhadu rizik i odvahy.

Suicidalita na území českých zemí dosud byla na dlouholetém minimu – dosahovala 13,7 dokončených sebevražd na 100 000 obyvatel, v posledních několika letech se ale mírně zvyšuje. Maxima dosahovala v roce 1913 (32/100 tisíc) a v roce 1934 (40/100 tisíc) (1).

Sebevraždy můžeme rozlišit na biické (např. bilanční, kdy motiv vychází z reality a nemusí být spojen s psychickou poruchou) a patické (motiv vychází z psychopatologie) (2). Dokonané sebevraždy patické bývají často spojeny s diagnózou deprese a alkoholové závislosti, suicidální pokusy, zvláště opakované, nezřídka s poruchami osobnosti (3). Při konziliích se často setkáváme také s parasuiciem – sebevraždou demonstrativního charakteru.

Dle Botswicka bývá 1–2 % pacientů hospitalizovaných na JIP a 1–5 % na ARO z důvodu

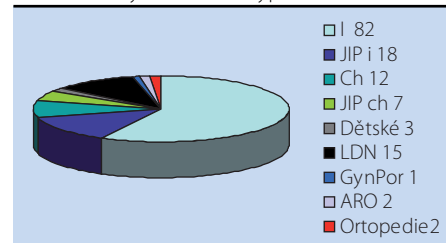
předávkování léky. Přítomnost tělesné choroby zvyšuje riziko suicidia 2–100x, suicidální pokus v anamnéze 100x. Velmi podstatné zvýšení rizika je u pacientů s depresí a abúzem alkoholu. Ženy se pokoušejí o suicidium třikrát častěji než muži, ti ale sebevraždu čtyřikrát častěji dokonají (2).

Z metaanalýzy, kterou provedli Harris a Barraclough (4), vyplývá, že riziko úmrtí suicidiem je u jedinců, kteří se již o sebevraždu pokusili dříve nebo trpí psychickou poruchou, mnohonásobně vyšší než u běžné populace.

Soubor a metoda

Soubor tvořili pacienti konziliárně vyšetření na somatických odděleních Nemocnice Slaný od 1. září 2010 do 31. srpna 2011. Je pravidlem, že pacient po suicidálním pokusu je hospitalizován a psychiatricky vyšetřen. Soubor byl charakterizován z hlediska psychiatrických diagnóz stanovených konziliárním psychiatrem. Podsoubor pacientů po TS byl dále charakterizován z hlediska diagnózy, způsobu provedení pokusu a následné péče. Při popisu souborů bylo použito procentuálních vyjádření.

Graf 1. Počty konzilií dle typu oddělení



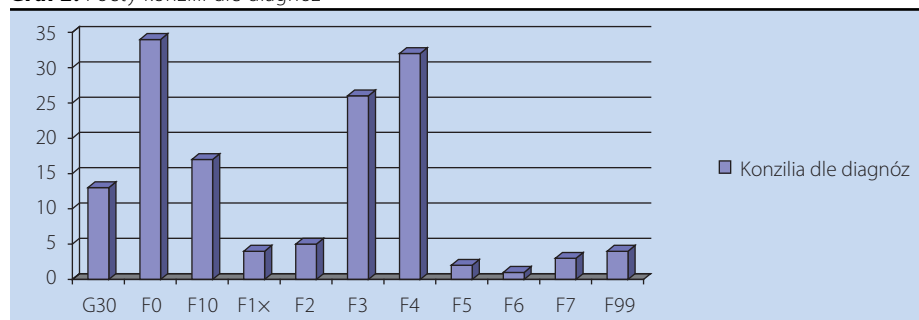
Výsledky

V období od 1. září 2010 do 31. srpna 2011 jsme konziliárně vyšetřili 142 pacientů na somatických odděleních Nemocnice Slaný ve Středočeském kraji. Z toho 70 % konzilií bylo na interních odděleních a interní jednotce intenzivní péče – viz graf 1. Skladbu pacientů dle diagnóz ilustruje graf 2. Nejčastěji jsme byli voláni k vyšetření pacientů s organickou duševní poruchou (33 %), dále s poruchami přizpůsobení a úzkostným syndromem (23 %), depresí (18 %) a duševními poruchami spojenými s abúzem alkoholu (12 %).

Ze 142 vyšetřených bylo 26 hospitalizováno po suicidálním pokusu.

Z těchto 26 pacientů bylo 77 % hospitalizováno na interních odděleních a JIPu. Pokud

Graf 2. Počty konzilií dle diagnóz



se pokúsíme rozlišit tento 26členný soubor dle diagnózy, 13 z nich trpělo depresivní poruchou F 3x.x (t.j. 50%), 7 bylo diagnostikováno v rámci poruch přizpůsobení – úzkostně depresivní reakce F 43.2 (t.j. 27 %) – viz graf 3. 73 % ze souboru tvořily ženy, 27 % muži. Nejvytíženější měsíce co do počtu konzilií u suicidálních pacientů byl leden – 5 pacientů a květen – 6. (graf 4). Vzhledem k malé velikosti souboru jsme nehodnotili statistickou významnost ani neporovnávali s daty z jiných studií.

Způsob provedení TS ukazuje tabulka 1. Nejčastější byla otrava léky, často v kombinaci s alkoholem (celkem 17 pac.). Ve 12 případech (46 %) byli pacienti po stabilizaci somatického stavu propuštěni domů, 13 pacientů (50 %) bylo přeloženo do lůžkového psychiatrického zařízení, 1 pacient zůstal dlouhodobě v Nemocnici Slaný. Při rozhodování o dimisi nebo další hospitalizaci jsme se řídili rizikem pokračujícího suicidálního jednání a souhlasem či nesouhlasem s léčbou. Každému byla možnost psychiatrické hospitalizace nabídnuta. Každému pacientovi, který byl dimitován, byla doporučena následná psychiatrická kontrola a event. léčba.

Tabulka 1. Způsob provedení

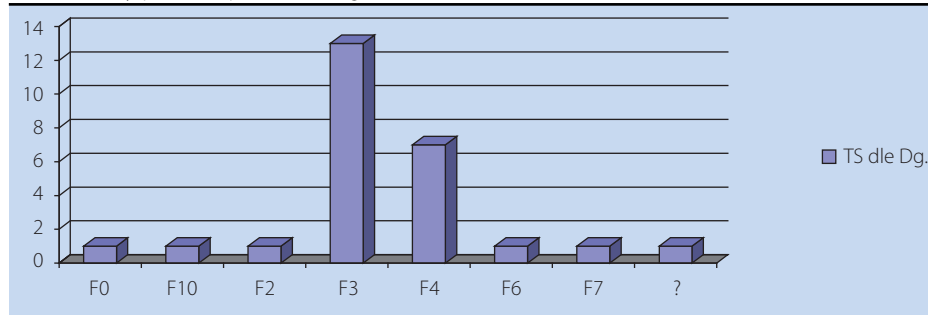
■ Pořezání	2
■ Léky	11
■ Suicidální proklamace	1
■ Léky a výfukové plyny	2
■ Pořezání + oběšení + autonehoda	1
■ Skok z výšky	2
■ Léky + alkohol	6
■ Alkohol + pokus o skok pod vlak	1

Diskuze

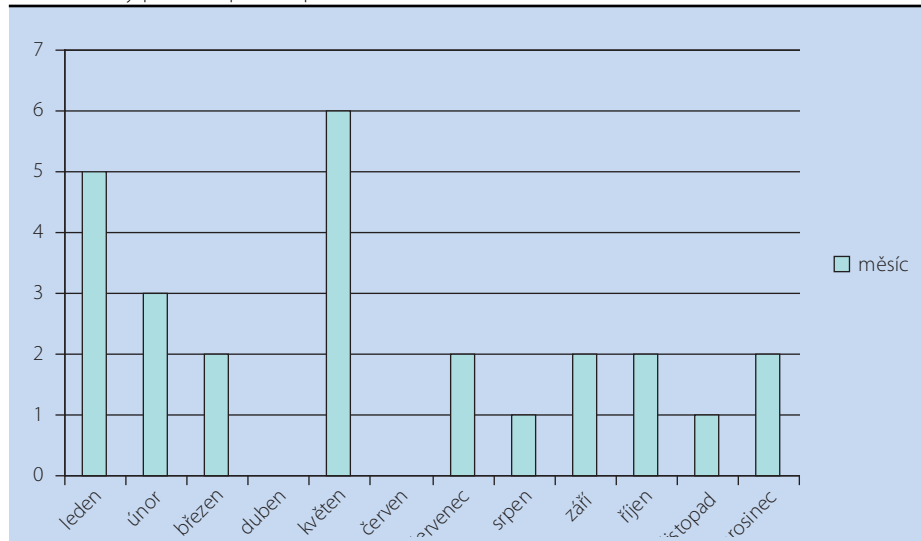
Zhodnocení rizika opakování suicidálního jednání u konziliárně vyšetřovaného pacienta bývá jedním z nejobtížnějších úkolů psychiatrické praxe. Řada studií se pokusila určit jednotlivé faktory a jejich prediktivní váhu – podrobněji viz Praško v Konziliární psychiatrii (2), Postupech v léčbě psychických poruch (5), či Herman (6). Americká psychiatrická asociace vydala doporučení, v kterých případech pacienta hospitalizovat či je možné pokračovat v léčbě ambulantně (7), viz tabulka 2.

Podstatné bývá zjištění okolností TS, zda si pacient vypracoval plán provedení, kdo zavolal pomoc, jak byl pokus načasován, způsob a letalita provedení, somatická a psychiatrická anamnéza, sociální zázemí, osobnostní rysy pacienta. Pomáhá nám prostudování event. zprávy RZP, přijímacího vyšetření, pohovor s příbuznými, ošetřujícím personálem. Při samotném psychiatrickém vyšetření je zásadní zjištění, zda je pacient kritický ke svému činu, má tendence

Graf 3. Počty pacientů po TS dle diagnóz



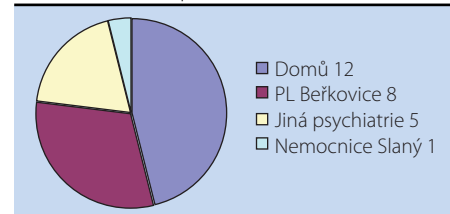
Graf 4. Počty pacientů po TS v průběhu roku



jej zopakovat, má vůli být naživu či naopak lituje, že se pokus nepovedl.

Prediktivní váha jednotlivých faktorů se v různých studiích a doporučeních mírně odlišuje, pro naši konziliární praxi jsme si vytvořili algoritmus, který nám pomáhá v rozhodování o dalším terapeutickém postupu a doporučení pro ošetřující lékaře ze somatických oddělení – viz tabulky 3 a 4. Tato vodítka jsou samozřejmě pouze orientační, důležité je posouzení každého jednotlivého pacienta a individuální zhodnocení těchto faktorů. U pacientů s psychiatrickou komorbiditou, zvláště deprese nebo psychotického onemocnění, musíme zvážit floridnost příznaků a jejich souvislost se suicidálním jednáním. Jestliže je úsudek podstatně ovlivněn probíhající psychickou poruchou a nemůžeme vyloučit pokračující suicidální myšlenky, kloníme se k hospitalizaci. Ve shodě s vodítky APA (7) hospitalizujeme pacienta v psychiatrickém lůžkovém zařízení vždy, pokud je psychotický nebo hluboce depresivní. Také při alteraci psychického stavu tělesnou poruchou trváme na hospitalizaci, nejlépe na somatickém oddělení. Oproti těmto vodítkům se nekloníme k hospitalizaci vždy, pokud se jedná o muže staršího 45 let s počínající psychickou poruchou. V těchto případech individuálně zvažujeme riziko dalšího

Graf 5. Následná péče



suicidálního jednání a dle toho se rozhodujeme o dalším postupu.

Při snižování suicidálního rizika klademe důraz na snížení stresu ze somatického onemocnění, psychických poruch a psycho-sociálních problémů. Spolupracujeme se somatickými lékaři, příbuznými, s psychiatry, u kterých se dotýčný léčí. Pokud je pacient nakloněn psychiatrické hospitalizaci, zpravidla to uvítáme a doporučujeme – jednak z hlediska terapeutického a zájmu pacienta, jednak z forenzního pro omezení rizika opakování TS. Odlišná situace nastává, pokud pacient s hospitalizací zásadně nesouhlasí. Zde musíme uvážlivě posoudit všechny rizikové faktory pro opakování suicidálního jednání a rozhodnout se pro řešení situace. Pokud usoudíme, že trvají suicidální tendence a pacient je nebezpečný sobě, doporučujeme překlady do lůžkového psychiatrického zařízení i proti vůli dotyčného, zpravidla za asistence Policie ČR.

Tabulka 2. Kritéria APA**Hospitalizace je indikována vždy:**

Po suicidálním pokusu, pokud:

- je pacient psychotický
- byl pokus násilný, téměř letální nebo předem promyšlený
- byla učiněna opatření, která bránila záchraně
- trvá suicidální plán nebo úmysl
- nedošlo k úlevě nebo pacient lituje záchranu
- se jedná o muže staršího 45 let s počínající psychickou poruchou
- se jedná o alterace psychického stavu tělesnou nemocí (metabolická, toxická, infekční etiologie)

Při suicidálních myšlenkách, pokud:

- má pacient specifický plán s vysokou letalitou
- je pevné rozhodnutí k suicidii

Hospitalizace je indikována spíše ano:

Po suicidálním pokusu, pokud nejsou naplněny výše uvedené parametry

Při suicidálních myšlenkách, pokud:

- je přítomna psychóza
 - je přítomna jiná závažná psychická porucha
 - jsou přítomny suicidální pokusy v anamnéze, obzvláště medicínsky závažné
 - je přítomna komorbidní závažná tělesná nemoc (neurologická, nádorové onemocnění...)
 - není schopen ambulantně spolupracovat
- Při nepřítomnosti suicidálních myšlenek, pokud lze na ně usuzovat z aktuální situace nebo z anamnézy nebo z údajů od blízkých osob

Od hospitalizace může být upuštěno:

Po suicidálním pokusu nebo v přítomnosti

suicidálních myšlenek, pokud:

- byl suicidální pokus jako přímá reakce na nepříznivou životní událost (neúspěch u zkoušky, partnerský rozchod, hádka...), zejména pokud se pohled pacienta na význam této situace změnil
- suicidální plán nebo pokus s nízkou letalitou
- pacient spolupracuje, má dobrou rodinnou a sociální podporu
- je schopen ambulantně spolupracovat.

Tabulka 3. Faktory pro hodnocení suicidálního rizika**A: Sociální zázemí**

Akutní stres

B: Předchozí pokusy

Somatické onemocnění, chronická bolest

Příprava – suicidální plán

Letalita způsobu provedení

Psychiatrická komorbidita (psychóza, deprese)

C: Náhled

Vůle k životu

Postoj k opakování TS

Do doby uskutečnění převozu je nutný zvýšený dohled nad pacientem. Důkladná dokumentace případu je samozřejmostí, zápis musí odpovídat našemu rozhodnutí.

Z hlediska forenzního se ocitáme na tenkém ledu, na jedné straně nám hrozí žaloba za zanedbání povinné lékařské péče, na druhé za omezování osobních svobod a porušení

Tabulka 4. Hospitalizace na psychiatrii

Vždy: 1× C, 2× B, 1× B + A

Spíše ano: faktor ze skupiny B

Spíše ne: impulzivní čin, pod akt. vlivem alkoholu, drog, po konfliktu, demonstrativní, lituje činu, má náhled, sociální zázemí, neplánovaný TS, sám zavolal RZP, opatření k záchraně

Důležitý klinický dojem a závěr psychiatrického vyšetření – pokud trvají u pacienta suicidální tendence, hospitalizace nutná i proti jeho vůli

práva na ochranu osobnosti. Nápomocna nám mohou být doporučení Psychiatrické společnosti (8) při používání omezovacích prostředků. V letošním roce vyšla metodická příručka Ministerstva spravedlnosti pro detenční řízení (9), tato ale řeší především průběh nedobrovolné hospitalizace v lůžkovém zařízení a nesoustředí se podrobně na samotnou detenci a okolnosti dopravení pacienta do léčebny. V rámci konzilia je situace poněkud ulehčena tím, že dotyčný se v nemocnici již nachází, pokud ale máme akutně suicidálního pacienta, který s hospitalizací zásadně nesouhlasí, v ordinaci, nastává problém, který pro ambulantního psychiatra lecky prostě nemá dobré řešení. V řadě států je přítom otázka odesílání k nedobrovolné hospitalizaci precizně řešena a rozhodnutí nebývá jen na lékaři, ale též na orgánech státní správy (10).

U řady pacientů může být ambulantní psychiatrická léčba prospěšnější než ústavní, kdy hospitalizace proti jejich vůli může poznamenat terapeutický vztah a následnou spolupráci. Podstatné je vždy zvážit osobnostní přednosti a slabiny dotyčného (6). Hospitalizace umožňuje snížit významně akutní suicidální chování, ale o tom, zda má také dlouhodobý efekt, neexistují žádné důkazy. Naopak je známo, že po propuštění z nemocnice dochází ke zřetelnému nárůstu suicidálních pokusů (5).

Faktory a kritéria hodnocení rizika suicidálního chování nelze brát jako rigidní algoritmus. U jednotlivých pacientů bychom je měli hodnotit individuálně. Např. předchozí TS v anamnéze má jinou váhu u pacienta s rekurentní těžkou depresivní poruchou a jinou u jedince, který se opakovaně demonstrativně v opilosti sebepoškozuje. Předchozí pokus není zákonným důvodem k nedobrovolné hospitalizaci – pokud u pacienta netrvají suicidální tendence, v léčbě jej proti jeho vůli často nepřijmou, a pokud ano, druhý den jej po podepsání reverzu většinou propustí.

Závěr

Naše výsledky se shodují s poznatky jiných studií z hlediska epidemiologie (2/3 soubor-

ru tvořily ženy, nejčastější způsob TS otrava léky, převaha pacientů s depresivní poruchou). Vyšetřování pacientů po TS v rámci konzilií je náročná praxe, vyžadující zkušenosti, schopnosti zhodnocení míry rizika dalšího suicidálního jednání a navržení terapeutického plánu, který bude brát v úvahu okolnosti a potřeby konkrétního pacienta po suicidálním pokusu.

*Poděkování za cenné kritické připomínky
MUDr. Pavlovi Fridrichovi.*

Literatura

1. Sebevraždy v České republice 2006–2010. ČSÚ 2011.
2. Praško J. Suicidální pacient. In: Herman E, Praško J, Seifertová D, ed. Konziliární psychiatrie. Medical Tribune, Praha 2007.
3. Wise GM, Rundell JR. Textbook of Consultation Liaison Psychiatry. Washington, D.C.: American Psychiatric Press. 2002
4. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. Br. J. Psychiatry 1997; 170: 205–228.
5. Seifertová D, Praško J, Horáček J, Höschl C. Postupy v léčbě psychických poruch. Medical Tribune, Praha 2008.
6. Herman E. Suicidalita v ambulantní psychiatrii, Psychiatrie pro praxi 2004; 2.
7. American Psychiatric Association: Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Am.J.Psychiatry 2003; 160(Suppl.).
8. Raboch J, Anders M, Hellerová P, Uhlíková P. Doporučené postupy psychiatrické péče III. Tribune EU 2010.
9. Matiaško LM, Durajová Z, Slešťanová D, Rittichová B. Jak postupovat v detenčním řízení. Metodická příručka pro soudy, advokáty a psychiatrické léčebny. Ministerstvo spravedlnosti 2012.
10. Vaněk J. Odesílání k nedobrovolným psychiatrickým hospitalizacím – rozdílnost v přístupu v ČR a zemích EU. Vědecká schůze PS 2007.

Článek doručen redakci: 13. 12. 2012

Článek přijat k publikaci: 3. 2. 2013

MUDr. PhDr. David Vaněk

Psychiatrická ordinace Slaný
Politických vězňů 576, 274 51 Slaný
dvanek@seznam.cz

