

Vysoká škola zdravotnická, o.p.s.

Praha 5

PSYCHIATRICKÁ PROBLEMATIKA V URGENTNÍ
MEDICÍNĚ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

KATEŘINA TOMEČKOVÁ

Komise pro studijní obor: Zdravotnický záchranář

Stupeň kvalifikace: Bakalář

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Havlíčková

Praha 2013

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité zdroje literatury jsem uvedl/a v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své bakalářské práce ke studijním účelům.

V Praze dne:

Podpis:



VYSOKÁ ŠKOLA ZDRAVOTNICKÁ, o.p.s.
se sídlem v Praze 5, Dušková 7, PSČ 150 00

Tomečková Kateřina
3. ZZV

Schválení tématu bakalářské práce

Na základě Vaší žádosti ze dne 17. 10. 2012 Vám oznamuji
schválení tématu Vaší bakalářské práce ve znění:

Psychiatrická problematika v urgentní medicíně

Psychiatric Issues in Emergency Medicine

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jitka Havlíčková

Konzultant bakalářské práce: PhDr. Dušan Sysel, PhD., MPH.

V Praze dne: 30. 10. 2012

prof. MUDr. Zdeněk Seidl, CSc.
rektor

Abstrakt:

Má bakalářská práce s názvem Psychiatrická problematika v urgentní medicíně shrnuje zjednodušený přehled nejdůležitějších psychiatrických poruch a zdůrazňuje především ty, které jsou běžné pro praxi zdravotnického záchranáře v přednemocniční neodkladné péči. Ve své práci se více zaměřuji na specifické komunikační techniky s psychiatrickým pacientem, než na somatické dopady psychiatrických poruch. Jedna kapitola je též věnovaná suicidálnímu jednání, které považuji za komplikaci mnoha psychiatrických poruch a především velmi nebezpečné riziko pro každého psychiatrického pacienta.

Cílem mé bakalářské práce je především popsat správné komunikační techniky u běžně se vyskytujících duševních poruch, které mohou ztěžovat komunikace mezi pacientem a zdravotnickým záchranářem.

Ke zpracování své bakalářské práce jsem využívala především práci s literaturou, práci s internetem, kontaktovala jsem Český statistický úřad a využívala jsem své vlastní osobní zkušenosti z praxe na zdravotnické záchranné službě.

Díky tomu jsem si potvrdila svůj názor, že velkou nevýhodou této problematiky je velmi ztížená dostupnost materiálů, které se jí věnují. Proto bylo zpracovávání tohoto tématu velmi ztížené a problematické.

Klíčová slova: Psychiatrická poruchy. Sebevražedné jednání. Afektivní poruchy.

Stresová reakce. Psychotropní látky. Psychofarmaka. Schizofrenní pacient.

Komunikace. Krizová intervence. Agresivní pacient.

Abstract:

My bachelor thesis entitled Psychiatric problems in emergency medicine simplified overview summarizes the most important psychiatric disorders and emphasizes in particular those that are common practice for paramedics in prehospital emergency care. In my work I focus more on specific communication techniques with psychiatric patients than the somatic effects of psychiatric disorders. One chapter is also devoted to suicidal behavior that I consider to be a complication of many psychiatric disorders and especially very dangerous risk for each psychiatric patient.

The goal of this work is to describe the correct communication techniques with commonly occurring mental disorders that can impede communication between the patient and paramedics.

The processing of my thesis were primarily used by the literature, using the Internet. I have contacted the Czech Statistical Office and used my own personal experience of practice in the medical rescue service.

Because of this I have confirmed my opinion that the major disadvantage of this issue is very vitiated availability of materials with which it is engaged. Therefore, the treatment of this topic was very difficult and problematic.

Keywords: Psychiatric disorders. Suicidal behavior. Affective disorders. Stress reactions. Psychotropic substances. Antipsychotic. Schizophrenic patients. Communication. Crisis intervention. Aggressive patient.

Obsah

Úvod.....	8
1 Psychiatrické poruchy.....	9
1.1 Schizofrenní poruchy	10
1.2 Afektivní poruchy	12
1.3 Organické duševní poruchy.....	15
1.4 Neurotické poruchy	19
1.5 Sexuální poruchy.....	25
1.6 Poruchy osobnosti	26
1.7 Poruchy spánku	29
1.8 Poruchy příjmu potravy.....	30
1.9 Poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek	32
2 Suicidální jednání	40
2.1 Formy suicidálního jednání.....	41
2.1.1 Suicidální myšlenky	41
2.1.2 Suicidální pokus	42
2.1.3 Suicidium	43
2.2 Způsoby a motivy suicidálního jednání	44
3 Komunikace s psychiatrickým pacientem v přednemocniční neodkladné péči	46
3.1 Komunikace s agresivním pacientem.....	47
3.2 Komunikace se suicidálním jedincem.....	50
3.3 Komunikace s pacientem v akutní stresové reakci	51
3.4 Komunikace s pacientem trpícím demencí	52
3.5 Komunikace s pacientem paranoidním, s bludy, halucinacemi nebo schizofrenií	53
3.6 Komunikace s neuritickým a depresivním pacientem	54
3.7 Komunikace s pacientem pod vlivem psychoaktivních látek	55

4	Nedobrovolná hospitalizace	57
5	Kazuistika: Dehydratace při Bipolární afektivní poruše.....	59
6	Kazuistika: Osoba se sebevražednými úmysly	65
	Závěr	74
	Bibliografie	75
	Příloha č. 1	80

Úvod

Když se řekne slovní spojení urgentní medicína, každý si jistě představí nemálo situací, jenž tento obor provází. Krvácení, těžká traumata, srdeční infarkt, cévní mozková příhoda nebo kardiopulmonální resuscitace. Všechny tyto případy se nám zdají jako běžná součást profesního života zdravotnického záchranáře, ale již jen málokdo si uvědomí, že urgentní medicína není jen o zlomeninách a somatických potížích, ale též o psychice a psychickém zdraví našich klientů.

Je pravdou, že správný zdravotnický záchranář má zvládat základní techniky stavění krvácení, techniku kardiopulmonální resuscitace dle nejnovějších doporučení, základní farmaceutické terapie a dokonce i telefonicky asistovanou první pomoc, ale též by si měl vědět rady v komunikaci s klientem psychicky rozrušeným, agresivním, suicidálním, ovlivněným psychoaktivními látkami nebo dokonce s klientem s psychiatrickou diagnózou.

Laici, ale často i odborníci si neuvědomují, že přednemocniční péče se netýká jen fyzických potíží klientů, ale též těch psychických. Duševní utrpení je stejně tak jako jiné zranění či zdravotní problém důvodem, proč si zavolat zdravotnickou záchrannou služku. Proto a také pro můj osobní zájem o psychiatrické a psychologické obory jsem si vybrala ke zpracování své práce téma: **„Psychiatrická problematika v urgentní medicíně“**. V knize od Táni Bulíkové s názvem *Od symptómu k diagnóze v záchrannej službě* je zapsán citát od neznámého autora: „Psychiatri hovoria, že každá štvrtá osoba má nejakú mentálnu poruchu. Takže, ak ste s tromi priateľmi a nepozorujete nič zvláštne, potom ten blázon ste vy.“ (BULÍKOVÁ, 2010, s.95) Neříkám, že tento citát považuji za naprosto pravdivý a vědecky podložený, ale myslím, že dokonale poukazuje na četnost výskytu psychiatrických poruch a je dobrým upozorněním, že vlastně každý čtvrtý pacient, kterého jeden zdravotnický záchranář ošetří, může trpět jistou psychiatrickou poruchou, která může tvořit komunikační bariéry mezi pacientem a pracovníkem zdravotnické záchranné služby.

1 Psychiatrické poruchy

Definice slovního spojení psychiatrická porucha je velice nelehká záležitost. Tento pojem je velice rozdílný z hlediska doby, kdy například homosexualita a leváctví v dřívější době byli považováni za poruchu, ovšem dnes tomu tak již není. Složitost v definici ovšem nastává i z pohledu rozdílné kultury, jiného systému zdravotnické péče v různých destinacích světa, ale též z hlediska náboženského vyznání a osobního názoru. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí je ovšem dáno používání pojmu porucha nežli např. onemocnění či nemoc. Psychiatrická, duševní či psychická porucha je chápána jako psychický proces, který zasahuje jak do myšlení, chápání, tak prožívání a chování jedince. Tak ovlivňuje jeho postavení ve společnosti, tedy vztah k lidem a možnost běžného fungování v klasickém denním režimu člověka. Slovem ovlivnění samozřejmě nemáme na mysli ovlivnění v kladném, tedy žádoucím slova smyslu, ale právě naopak. (<http://cs.wikipedia.org/>, 1)

Obor, který se primárně věnuje psychiatrickým poruchám, se nazývá psychiatrie. Jedná se o lékařský obor, který nemá jen za úkol terapii duševních poruch, ale též dispenzarizaci klientů s psychiatrickými poruchami, prevenci psychiatrických poruch a též další nutný výzkum a studium těchto poruch. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007) Ovšem do styku s psychiatrickým klientem nepřichází jen psychiatr, ale i jiní zdravotníci a lékaři v rámci poskytování potřebné lékařské a zdravotnické péče, včetně pracovníků zdravotnické záchranné služby.

Je velmi důležité při práci v přednemocniční zdravotnické péči mít alespoň povědomí o základních a nejčastějších psychiatrických poruchách a v případě setkání se s psychiatrickým klientem v praxi, umět si poradit v komunikaci s takto specifickým klientem, ačkoliv není primárně léčená jeho psychiatrická porucha. Duševní porucha klienta, jenž zasahuje do jeho schopnosti normálně fungovat ve společnosti, může totiž velmi značně zkomplikovat a znesnadnit práci zdravotnického záchranáře.

Psychiatrické poruchy se v základním přehledu dají rozdělit na poruchy schizofrenní, afektivní, organické, neurotické, sexuální, poruchy osobnosti, spánku, příjmu potravy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek. (SLEZÁKOVÁ et al., 2007)

1.1 Schizofrenní poruchy

Mezi schizofrenní poruchy řadíme Schizofrenii, Schyzotypní poruchu a Schizoafektivní poruchu. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Schizofrenii můžeme definovat jako rozštěp mysli. Jedná se o psychiatrickou poruchu, kterou trpí až jedno procento populace. Nejčastěji se schizofrenie rozvíjí v adolescenci mezi šestnáctým až osmnáctým rokem nebo poté v dospělosti mezi dvacátým pátým až třicátým rokem. Mezi typické symptomy schizofrenie řadíme bludné představy a myšlenky, kdy pacient slyší vlastní myšlenky nebo má bludné představy, nejčastěji o pronásledování či o nadlidských silách a vlastnostech. Další typické symptomy jsou halucinace, především hlasové halucinace, které nejčastěji komentují jednání a myšlení pacienta. Dále mezi příznaky schizofrenie můžeme zařadit dezorganizaci řeči a chování. Dalším příznakem mohou být katatonní projevy, což jsou poruchy motoriky, různého druhu. Schizofrenie jako taková se dá ovšem rozdělit do mnoha typů: paranoidní, hebefrení, katatoní, simplexní, reziduální a nediferencovaná.

Paranoidní schizofrenie je nejčastějším typem, jenž je doprovázen bludy a halucinacemi, které jsou poměrně stálé. Nejčastěji se jedná o bludy perzekuční, kdy má pacient pocit, že je neustále hlídán či pronásledován. Dále bludy paranoidní neboli vztahovačné, kdy klient vše vztahuje vůči sobě např. všichni se na něj dívají, chtějí ho všichni ovládat atd. Dále jsou časté bludy žárlivecké, mesiánské nebo bludy o transformaci vlastního těla. U paranoidní schizofrenie jsou velmi typické sluchové halucinace neboli hlasy, které nejčastěji pacientovi něco přikazují či mu vyhrožují. Někdy jsou přítomné čichové a chuťové halucinace, výskyt zrakových halucinací je velice vzácný. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Hebefrenní schizofrenie je porucha vznikající nejčastěji v mladším věku, cca. kolem dvacátého roku. Typická je přítomnost podivných úsměvů a grimas, jenž se vůbec nehodí právě probíhající situaci. Častý je vulgarismus, narušení afektivity, vůle a porucha myšlení. Velice typické je tzv. plané filozofování, kdy se pacienti často zabývají náboženskými a filozofickými tématy, ovšem bez cíleného zájmu. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Katatonní schizofrenie je charakteristická přítomností funkčních poruch motoriky. Mezi tyto poruchy patří katatonní stupor (= snížení spontánní aktivity), mutismus (= absence verbální komunikace), negativismus, rigidita (= svalová ztuhlost, která se objeví pouze při pokusu pohnout s pacientem), nástavy (= udržování velice nezvyklých

poloh), excitace (= bezúčelná motorická aktivita) a negativismus (= nechuť vyhovět žádosti o jakýkoliv pohyb), který se rozděluje na pasivní negativismus, kdy pacient odmítá žádaný pohyb vykonat a na aktivní negativismus, kdy pacient vykonává naprostý opak žádaného pohybu. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002) Zjednodušeně by se katatonii schizofrenie dala rozdělit na stuporózní a produktivní, kdy při stuporózní formě vymizí úplně či jen částečně motorická aktivita pacienta a při produktivní formě se naopak vyskytují dezorganizovaná aktivita či monotónně opakované pohyby např. houpání (www.psychoweb.cz, 2).

Simplexní schizofrenie je doprovázená změnou osobnosti, sníženou výkonností, ztrátou zájmu, emoční otupělostí, zanedbáváním hygieny a pracovních povinností. Často končí naprostou sociální izolací. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Reziduální schizofrenie je chronická a špatně reagující na léčbu. Mezi nediferencované schizofrenie řadíme kombinace symptomů, které nelze zařadit ani do jednoho z výše zmíněných typů schizofrenie. Nejčastěji se jedná o kombinace dvou a více již zmíněných typů této poruchy. (www.psychoweb.cz, 2)

Schizotypní porucha je stav s nápadným, výstředním či zvláštním chováním, které je kombinováno s jistou anomálií v myšlení a afektivitě. Symptomy schizofrenii, ovšem nedosahují takové intenzity, aby jí bylo možné jistě diagnostikovat. Pro diagnostiku schizotypní poruchy je nutné, aby pacient splňoval tři až čtyři symptomy, které se vyskytují alespoň po dobu dvou let, ať již v epizodách nebo kontinuálně. Zároveň však porucha nesmí splňovat kritéria pro diagnostiku schizofrenie. Pokud je přítomná schizofrenická porucha v rodině, diagnózu schizotypní poruchy tato skutečnost pouze podporuje, není zásadní pro utvrzení diagnózy. Do symptomů, jenž se hodnotí patří: porucha emočního chování ve smyslu nepřiměřených či omezených reakcí; excentrické chování; tendence k sociální izolaci; podezřívavé a vztahovačné myšlení; paranoidní bludy; vtíravé uvažování se sexuálním a agresivním obsahem; iluze, depersonalizační a derealistické zážitky; nejasné, metaforické a komplikované myšlení, řeč bez souvislostí; občasné psychotické epizody vznikající bez vnějšího podnětu. Velmi zásadní rozdíl mezi schizofrenií a schizotypní poruchou je ten, že symptomy v případě schizotypní poruchy jsou korigovatelné, v případě schizofrenie nikoliv. (BOLELOUCKÝ et al., 1993)

Schizoafektivní porucha je porucha, při které jsou vyjádřeny jak symptomy schizofrenie i afektivní poruchy. Dalo by se říci, že obě poruchy probíhají zároveň. Při

diagnostice schizoafektivní poruchy je důležité, že schizofrenní příznaky musí trvat alespoň dva týdny bez přítomnosti symptomů poruchy nálady v jednom měsíci. Poruchy nálady trvají tedy podstatnou část aktivního období. Pokud poruchy nálady trvají podstatně kratší část aktivního období, je diagnostikovaná schizofrenie. Jestli ovšem schizofrenní příznaky netrvají kontinuálně alespoň zmiňované dva týdny, kdy se zároveň nevyskytují symptomy poruchy nálady, stav se nazývá porucha nálady s psychotickými příznaky. Schizoafektivní stav se dělí na tři typy: manický typ, depresivní typ a smíšený typ. Schizoafektivní poruchy manického typu mají akutní začátek, epizody aktivního období trvají kratší dobu, terapie často bývá úspěšná, rychlá a málokdy se rozvine trvalý stav aktivní poruchy. Probíhá tedy současně manická fáze bipolární afektivní poruchy se schizofrenními symptomy. Schizoafektivní porucha depresivního typu má mnohem méně aktivní průběh nemoci, ale její trvání je o to delší a prognóza mnohem méně příznivá. Probíhá tedy depresivní fáze bipolární afektivní poruchy v kombinaci se schizofrenními symptomy. Je zde navíc vysoké riziko suicidálního jednání. Smíšený typ schizoafektivní poruchy je stav kdy se vyskytují symptomy schizofrenie společně se smíšenou bipolární poruchou, tedy s manio-depresivním syndromem. (<http://cdzjesenik.cz/>, 3)

1.2 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy jsou takové poruchy, kde je poškozená afektivita, tedy nálada vyššího stupně. Řadíme sem depresivní epizodu, máni, bipolární afektivní poruchu a trvalé poruchy nálady. Afektivní poruchy lze rozdělit na unipolární a bipolární, trvalé poruchy nálad tvoří samostatnou skupinu. Unipolární porucha je charakteristická pouze výskytem jedné fáze afektivní poruchy, tedy pouze depresivní fází nebo manickou fází. Při bipolární poruše se vyskytují střídavě depresivní a manické fáze. Do trvalých poruch nálad řadíme Cyklotymii, někdy též Dystymii, jenž ovšem je možné zařadit též do depresivní epizody bipolární afektivní poruchy. (LÁTALOVÁ, 2010)

Ve své práci budu největší pozornost věnovat bipolární afektivní poruše, jelikož její jednotlivé fáze tvoří samostatnou unipolární afektivní poruchu, nebudu ji zde samostatně rozebírat. Pro bipolární afektivní poruchu je typické střídání manických a depresivních epizod. I toto střídání má svůj nejčastější cyklus, který začíná máni, pokračuje depresí a hypománií a končí subdepresí. První fází bipolární poruchy tvoří mánie, tedy manická epizoda. Manická epizoda trvá nejméně jeden týden. V této fázi se

pacienti cítí velice dobře po duševní i fyzické stránce. Pravdou vlastně je, že se ani trochu necítí jako nemocní, ovšem okolí jejich náladu vnímá jako abnormální. Typická je povznesená a impulzivní nálada. Pacienti se cítí šťastní, nabití energií a rádi začínají nové plány a aktivity, ovšem v nepřiměřené až nezvladatelné míře. Jejich myšlení je překotné a pozornost velmi roztěkaná. Jsou velice hlasití, zrychlení a podráždění. Postrádají často veškeré společenské zábrany a mají v této fázi sklon k hypersexuálnímu až promiskuitnímu chování. Osoby trpící manickou fází mají též sklony k provádění ekonomických transakcí a často u těchto osob dochází k tvoření velkých dluhů. Rádi se přeceňují a riskují. Mají sníženou potřebu spánku, jídla i pití. Na druhé straně mají mnohem vyšší sklon k požívání alkoholu, cigaret a psychoaktivních látek. Jednotlivé symptomy manické fáze mohou v celkové své kombinaci vyvrcholit do úplného vyčerpání organismu, často též vzniká dehydratace organismu. Právě dehydratace může být příčinou setkání zdravotnického záchranáře s osobou trpící bipolární afektivní poruchou. (LÁTALOVÁ, 2010)

Jelikož já sama jsem se takovým případem již v praxi setkala, chtěla bych se této somatické komplikaci afektivní poruchy více věnovat. Dehydratace je stav, kdy nadměrné odstranění vody z těla naruší homeostázu, tedy vnitřní rovnováhu organismu. Principem vzniku dehydratace je nepoměr mezi příjmem a výdajem vody. Kdy buď je důvodem této nerovnováhy nedostatečný příjem, nebo nadměrný výdej, který může mít příčinu v onemocnění ledvinové, gastrointestinálním nebo například v nadměrné fyzické činnosti. Právě kombinace nedostatečného příjmu tekutin a nadměrného výdaje z důvodu abnormální psychické a fyzické činnosti, je důvodem vzniku dehydratace při bipolární afektivní poruchy. Symptomy dehydratace jsou ovlivněny velikostí ztrát tekutin. Při ztrátě půl až jednoho litru vody z organismu je dehydratace asymptomatická, vyznačující se maximálně mírnou žízní. Symptomy dehydratace se začínají projevovat při ztrátách cca. jednoho až dvou litrů vody, kdy se vyznačuje pocitem žízně, vysušenými sliznicemi a mírnou oligurií neboli sníženým močením. Při ztrátách dvou až čtyř litrů se výše zmíněné příznaky prohlubují a přidávají se symptomy jako například závratě, mdloby, ortostatická hypotenze a zrychlený pulz vázaný na rychlé změny poloh. Při ztrátách nad čtyři litry je již tachykardie trvalá, turgor či napětí kůže výrazně snížený a oligurie velmi těžká. Pokud ztráty vody přesáhnou deset litrů, nastává úplná zástava močení tedy anurie a stav je ve většinou smrtelný. Léčba spočívá ve zvýšeném příjmu tekutin. V lehčích případech může být dehydratace perorální, ovšem

velmi pozvolná. Jelikož ovšem těžká dehydratace snižuje resorpci vody v trávicím traktu, je nutné v těchto případech aplikace rehydratačních roztoků intravenózně tedy do žíly. Svou osobní zkušenost popisuji ve své kazuistice. (www.wikipwdia.org,4)

Po manické epizodě nastává druhá fáze bipolární afektivní poruchy, tedy epizoda depresivní. Pacient nacházející se v depresivní fázi je smutný, bez energie, bez motivace k dokončení různých svých plánů, má pocit, že nic nemá smysl. Typické jsou pocity bezcennosti, bezmoci, beznaděje, zoufalství, váhavost a značně zpomalené myšlení. Osoba nacházející se v této fázi postrádá schopnost se pro něco nadchnout nebo zaujmout. Většinou nenachází úlevu ani v noci, spánek je totiž nekvalitní, trhavý, krátký nebo předčasně ukončený v brzkých ranních hodinách. Proto jsou pacienti v této fázi přes den značně unavení. Typické jsou též změny stravovacích návyků a v jejich důsledku změny hmotnosti. Osoba nacházející se v depresivní fázi má tendence k sebepodceňování a k sebeobviňování. V této fázi bipolární afektivní poruchy se vyskytuje největší riziko celé poruchy a to riziko suicidálního jednání. Literatura uvádí, že až tři třetiny osob trpící depresivní epizodou přemýšlí o sebevraždě a cca. 10 až 15% pacientů se o ní skutečně pokusí. Celá depresivní fáze trvá minimálně dva týdny. Depresivní fáze může mít tři formy: lehčí, střední a těžkou formu. Již při střední formě depresivní epizody není schopný pacient chodit do práce nebo do školy a ztrácí schopnost plnit si své povinnosti. Neléčená deprese může mít těžké důsledky od sebevražděného jednání, přes psychickou devastaci pacienta, chronifikaci depresivního stavu, zničení rodinných a společenských vztahů až po zhoršení stávajících somatických příznaků či vznik nových somatických symptomů. (LÁTALOVÁ, 2010)

Po depresivní epizodě následuje fáze hypománie. Dalo by se říci, že hypománie je nižší stupeň manické epizody. Je tedy pro ní též typická povznesená nálada, přebytek energie, pacienti jsou zvýšeně sociabilní, více sexuálně aktivní a mají menší potřebu spánku. Ovšem všechny tyto symptomy jsou vyjádřeny v takovém stupni, který neovlivňuje pracovní schopnosti ani nevede k sociální izolaci. Jedná se tedy o stav velmi málo nápadný, většinou je tato epizoda vnímaná jako momentální rozjařenost a velmi příjemný stav, tedy okolí si málokdy povšimne, že je s postiženou osobou něco v nepořádku. Tento stav vzniká náhle, trvá nejméně čtyři dny, ovšem do týdne obvykle zmizí. (LÁTALOVÁ, 2010)

Po hypománii obvykle nastává stádium subdeprese, tedy lehčí stádium deprese. Osoba trpící subdepresí trpí smutnou náladou, sníženým sebevědomím a je značně

unavená. Ovšem tento stav je velmi nenápadný, někdy i potlačitelný a nezasahuje do pracovních schopností pacienta. (<http://deprese-ala.webnode.cz/>, 5)

Právě chronicky trvající subdeprese tzv. Dystymie se v určitých literaturách řadí do skupiny trvalých poruch nálad neboli afektivních poruch, ačkoliv jiné texty tuto poruchu zařazují do unipolárních afektivních poruch, přesněji do depresivní epizody. Dystymie je subdeprese, jenž trvá roky a narozdíl od běžné krátkodobé subdeprese má dopad na sociální život klienta. Navíc právě Dystymie se řadí mezi afektivní poruchy, jenž sebou nesou nejvyšší riziko suicidia. Při této poruše často nastává tzv. Somatizace, což je přesněji definováno jako přechod duševních příznaků na symptomy tělesné např. únava, bolesti nebo gastrointestinální příznaky. Pokud se k chronické formě subdeprese přidá krátkodobé období akutní deprese, nazývá se tato forma dystime dvojitá deprese. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Jsou i případy kdy posloupnost epizod při bipolární afektivní poruše není typická a mohou se vyskytnout tzv. smíšené epizody. Tato epizoda může probíhat v období přechodu z jedné fáze na druhou nebo může trvat dlouhodobě. Jedná se o kombinaci symptomů manické i depresivní epizody. Až kontrastně se mísí chování, nálada a myšlení z obou druhů epizod a často je tento stav těžko poznatelný, jelikož příznaky deprese jako např. bagatelizace problémů, neochota spolupracovat a sociální izolace maskují projevy mánie. (LÁTALOVÁ, 2010)

Typická porucha, jenž se řadí do trvalých poruch nálad je Cyklotymie. Jde chronický stav náladové nestálosti, kdy normální náladu v různých intervalech střídá deprese nebo elace neboli povznesená nálada. Tato porucha často začíná již v rané dospělosti a její terapie je velice obtížná a zdlouhavá. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

1.3 Organické duševní poruchy

Organické duševní poruchy jsou stavy, které jsou způsobené poškozením centrálního nervového systému. Tyto poruchy lze rozdělit na přímé organické duševní poruchy, které vznikají v důsledku přímého poškození centrálního nervového systému a to prostřednictvím úrazu, tumoru, neuroinfekcí nebo degenerativních změn. Nepřímé neboli symptomatické organické poruchy mají základní kámen položený v jiném systému než je nervový např. kardiální, metabolický nebo endokrinní a poškození mozku vzniká jako důsledek změn v těchto systémech. Do této skupiny poruch řadíme především demence, deliriózní stavy, poruchy osobnosti a chování nebo duševní

poruchy vyvolané organickou poruchou centrálního nervového systému. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007)

Demence je definovaná jako trvalý úbytek duševních funkcí a schopností. Demenci lze rozdělit na tři skupiny: atroficko – degenerativní, ischemicko – vaskulární a symptomatické demence. Mezi atroficko – degenerativní demence řadíme demenci u Alzheimerovy choroby, Pickovy choroby, Creutzfeld – Jacobovy choroby nebo Parkinsonovy choroby. Představitelem ischemicko – vaskulární choroby je vaskulární demence. Demence symptomatická je demence doprovázející např. alkoholismus, otravy či AIDS. (<http://lekarske.slovníky.cz>, 6)

Alzheimerova choroba je primární degenerativní onemocnění mozku, jenž může mít buď časný začátek, kdy porucha začíná ve středním věku a to vždy před 65. rokem nebo začíná až v pozdějším věku, nejčastěji až po 80. roku, tehdy se porucha nazývá senilní demence. Jestliže se bavíme o Alzheimerové chorobě s časným začátkem, ve většině případech má velmi rychlý průběh a značně výrazné postižení kortikálních funkcí. Postižená je především řeč a praxe. Nejčastěji se projevuje expresivní nebo –li motorickou afázií, tvorba řeči je narušená, ovšem porozumění mluvenému slovu je relativně zachované. V některých případech vzniká senzorická afázie, což znamená, že pacient má zachovanou schopnost mluvit, ovšem při porušené schopnosti porozumět mluvenému slovu. Dále se vyskytují při časně Alzheimerové chorobě agrafie (= porušená schopnost psaní), alexie (= porušená schopnost číst), akalkulie (= porucha schopnosti počítat) nebo apraxie (= neschopnost činit složité pohyby nebo určité výkony). Běžně jsou přítomné depresivní nálady, v pozdějším stádiu přestanou pacienti o sebe dbát a izolují se od svého okolí. V poslední fázi se z klientů stává ležící pacient, jenž je odkázaný pouze na péči druhých. Alzheimerova choroba s pozdním začátkem má značně pomalejší progresi. Postihuje především intelekt postižené osoby, s tím rozdílem, že v tomto případě si své postižení pacient neuvědomuje ani v počátcích, čímž se zásadně odlišuje od Alzheimerovy choroby s časným začátkem. Postižená osoba ztrácí etické i estetické city, zájem o okolí a zpravidla je postižená i paměť pacienta. Pacient je dezorientovaný, zpravidla se z jedince nestává ležící klient jako výše, ovšem velmi brzy dochází k neschopnosti sebeobsluhy bez pomoci druhých. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Pickova choroba je degenerativní onemocnění, jenž postihuje především kůru frontálních a temporálních laloků. Běžně nemoc začíná v preseniu, tedy kolem padesáti

až šedesáti let. Díky familiárnímu výskytu se předpokládá jistá genetická predispozice. Při Pickově chorobě vzniká tzv. frontotemporální demence. Poškození frontálního laloku má za následek psychické změny a poškozený temporální lalok způsobuje poškození sluchu až hluchotu. Mezi základní symptomy frontotemporální demence patří poruchy osobnosti a emotivity, jež se nazývají moriatická nálada. Moriatická nálada se vyznačuje kombinací euforie a nejapného vtipkování. Dále do symptomu řadíme hypersexualitu, deviace a hyperoralitu, kdy pacienti vše zkoušejí místo hmatem ústy. (www.wikiskripta.eu, 7)

Creutzfeld – Jacobova choroba je velmi vzácné, ovšem vždy smrtelné onemocnění. Jedná se o neurodegenerativní onemocnění mozku, které se zařazuje mezi spongiformní encefalopatie. Principem spongiformní encefalopatie je infekce prionovou bílkovinou, proto se demence u Creutzfeld – Jacobovy choroby nazývá prionová demence. Mezi základní symptomy této choroby patří vrávoravá chůze, svalová slabost, třes a časté pády. Běžné jsou též deprese, poruchy paměti a halucinace. Prionová demence má velmi rychlou progresi, kdy demence se rozvíjí týdny až měsíce až do stavu, kdy pacient je strnulý, znehybněný a nereagující na okolí. Jakékoliv vyšší nervové činnosti i rysy osobnosti jsou běžně vymizené, zachované zůstávají pouze základní primitivní reflexy. (<http://cs.wikipedia.org/>, 8)

Parkinsonova choroba je neurodegenerativní onemocnění postihující centrální nervový systém. Postižená je přesně část mozku, která se nazývá Substantia nigra. Principem celé poruchy je úbytek nervových buněk této oblasti, jež běžně produkují dopamin neboli neurotransmitter. Vzniká tedy nedostatek dopaminu a tím je narušen též přenos signálů mezi nervovými buňkami. Vedle poškozené hybnosti pacienta, kdy mu třes, svalová ztuhlost a mimovolné pohyby už tak komplikují život, stojí též psychické změny. Demence při Parkinsonově chorobě se vyznačuje tzv. bradypsichismem, neboli velmi pomalým myšlením a celkovou zpomaleností. Časté jsou depresivní stavy a porucha paměti, kdy je narušeno zapamatování si nových věcí. (<http://cs.wikipedia.org/>, 9)

Vaskulární demence se dříve nazývala aterosklerotická demence, což napovídá, že se jedná o demenci na podkladě špatného prokrvení. Svůj podíl na vzniku vaskulární demence má hypertenze, kouření, časté požívání alkoholu, dlouhodobý stres a též časté ischemické ataky v anamnéze. Vaskulární demence se projevuje souborem příznaků, jež se jako celek nazývají pseudoneurastenický syndrom. Do této skupiny symptomů

patří bolesti hlavy, závratě, porušená soustředivost, únava, poruchy spánku a emoční labilita. Poruchy paměti, ačkoliv jsou pro demence velmi typické, zde jsou velmi mírné. Pamatování starých, již zažitých věcí není postiženo vůbec, ovšem zapamatování nových věcí je již složitější. S tím přímo souvisí i narušená schopnost učení. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Alkoholická demence se může vyvinout z Korsakovy psychózy, nebo v důsledku působení etanolu na neurony a jaterního poškození vzniká jako první následek alkoholismu charakteru duševní poruchy, v tomto případě je nástup alkoholické demence velmi plíživý. Patofyziologie alkoholický demence je postavena na atrofií mozkové tkáně, centrálním noradrenergním, acetylcholinergním a sérotonérgním deficitu. Svůj vliv na vznik této poruchy má též nedostatek thiaminu, folátu, zinku, mědi, železa a vitamínu B12. Alkoholická demence se projeví v první řadě deteriorací neboli zhoršením intelektových schopností a amnestickou poruchou, jenž se projevuje především v oblasti vstřípivosti nových informací. Typické pro tento typ demence je též degradace osobnosti v oblasti temperamentu, charakteru a intelektu, jenž je v porovnání s Korsakovou psychózou velmi výrazná. Pacienti jsou dále nepřizpůsobivý, emočně labilní a bez zájmů. Jinak jsou pro alkoholickou demenci charakteristické projevy obecně typické pro veškeré demence jako např. zapomnětlivost, redukce schopnosti logického myšlení, neschopností dělat složitější úkony atd. Léčba je především symptomatická. Je nutný paměťový trénink, absolutní abstinence, substituce chybějících vitamínu a jiných substancí a podávání léků s nootropním účinkem, což znamená léky zlepšující prokrvení, metabolismus a příznivě působící na duševní schopnosti. (<http://www.alkohol-alkoholismus.info/>, 10)

Demence doprovázející AIDS, někdy též nazývaná AIDS demence komplex neboli ADC, se řadí mezi neurologické onemocnění, které je častým společníkem HIV infekce nebo AIDS. Celá porucha by se dala definovat jako metabolická encefalopatie, jejíž příčinou je HIV infekce a pomocníkem k vzniku ADC imunitní reakce makrofágů a mikroglie. Existují dvě teorie patofyziologie vzniku ADC. První teorie vysvětluje nepřímé působení viru HIV na centrální nervový systém. Virus HIV dle první teorie napadá makrofágy a mikroglie, jenž v důsledku obranné imunitní reakce produkují neurotoxiny, které následně poškozují neurony mozkové tkáně. Druhá teorie popisuje možnost přímého působení viru HIV na nervový systém. Obal HIV viru obsahuje obalový protein nazývaný též jako gp120, jenž má schopnost bránit dělení nervových

buněk, tedy stagnuje tvorbu nových neuronů. Dostatek neuronů je bohužel klíčový pro správné fungování kognitivních funkcí. (www.osel.cz, 11)

Delirium je organický mozkový syndrom. Příčina deliria je poškození mozku pocházející z různé etiologie. Důvodem vzniku deliria může být úraz, nádorové onemocnění mozku, metabolické onemocnění, intoxikace nebo se může delirium objevit v rámci abstinenčních příznaků. Stav se většinou vyléčí do 4 týdnů, v jistých případech může ovšem delirium trvat i půl roku. Mezi symptomy deliria patří zastřené vědomí, narušená orientace, narušení krátkodobé paměti, hypoaktivita nebo naopak hyperaktivita, opožděné reakce, porucha řeči a narušení spánku. U postižených se vyskytuje insomnie nebo spánková inverze. Insomnie je definovaná jako naprostá absence spánku. Spánková inverze je narušení spánkového cyklu. V noci se vyskytují živé sny charakteru nočních můr, které se po probuzení mění v halucinace a iluze. (<http://ppp.zshk.cz>, 12)

Poruchy osobnosti a chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku zahrnují trvalé následky po poškození centrálního nervového systému. Důvodem takového poškození jsou nejčastěji úrazy nebo operace mozku. Mezi nejčastější symptomy řadíme především narušení kognitivních funkcí, impulzivní chování, narušené emoční chování, antisociální chování, nevhodné sexuální chování či zanedbávání vlastní osobní hygieny. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

1.4 Neurotické poruchy

Jedná se o poruchy, které si klient připouští a uvědomuje. Vznikají na základě působení jistého faktoru jako např. stres, vyčerpání nebo různé konflikty. Tyto poruchy nejsou nikdy doprovázeny halucinacemi ani bludy, dokonce se zde v žádném případě nevyskytuje porucha osobnosti. Do této skupiny patří fobické poruchy, panická porucha, obsedantně kompulzivní poruchy, dissociativní poruchy, reaktivní poruchy na stres a poruchy přizpůsobení, somatoformní poruchy, neurastenie, depersonalizace a derealizace. (SLEZÁKOVÁ, 2007)

Fobie je nepřiměřený a hlavně bezdůvodný strach z jisté věci, situace či tvora. Existuje neskutečná škála specifických fobií jako např. klaustrofobie neboli strach z uzavřených prostorů, myzofobie čili strach ze špíny nebo arachnofobie neboli strach z pavouků. Tyto fobie jsou ovšem pro pracovníky zdravotnické záchranné služby většinou jen málokdy součástí jejich praxe. Nás budou tedy zajímat fobické úzkostné

poruchy, jenž mohou ovlivňovat práci zdravotnických záchranářů. Bude se jednat o druhou skupiny fobií a to o fobie komplexní. Sem řadíme především agorafobii a sociální fobii.

Agorafobie by se doslovně přeložila jako strach z tržiště. Pokud si tuto poruchu představíme blíže, jedná se o strach z velkých otevřených prostranstvích, ale i z prostorů uzavřených, které jsou charakterizované velkou rozlohou a výskytem většího počtu cizích osob např. kino, supermarket nebo dopravní prostředky. Tato porucha se vyskytuje častěji u žen a bývá doprovázená panickou poruchou, depresivními stavy a různými somatickými komplikacemi např. nauzeou, zažívacími potížemi, mdloby, bolestmi hlavy atd. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002) Lidé trpící agorafobií si jsou vědomi svými panickými záchvaty a jejich největší strach je právě z panického záchvatu, který nastane mimo jejich bezpečný domov. Jedná se prakticky o strach z ostudy, která by mohla nastat po záchvatu na veřejnosti např. z neudržení moče či stolice nebo z bezdůvodného hysterického křiku. Lidé s agorafobií se ovšem též bojí, že v místě mimo domov, kde nebudou přítomné osoby, jimž nemocný věří, nebude v případě jejich panického záchvatu nikdo, kdo by jim poskytl pomoc. Tato porucha nese sebou tedy následky spojené s nemožností postiženého cestovat nebo v těžkých případech dokonce opouštět domov bez doprovodu důvěryhodné osoby. (PRAŠKO, 2008)

Sociální fobie je strach z ostudy před společností či z negativního hodnocení od jiných osob. Tento typ fobie dělíme na konkrétní a difuzní. Konkrétní sociální fobie se omezuje pouze na jistý druh fobické situace např. proslov na veřejnosti, komunikace s osobou opačného pohlaví nebo požívání jídla před společností. Difuzní sociální fobie je strach z jakékoliv komunikace či činnosti na veřejnosti, mimo okruh nejbližších. Tento typ končí právě izolací a nevycházení ze svého domova. Záchvaty jsou doprovázeny různými emocemi i somatickými potíži od méně závažných jako např. zčervenání v obličeji, třes, pocení, zvýšená potřeba močit až po závažnější jako je třeba zvracení, průjem, hyperventilace až mdloby. (PRAŠKO, 2008) Sociální fobie se vyskytuje přibližně ve stejném počtu u obou pohlaví. Je nutné podotknout, že se jedná o úzkostnou poruchu, která sebou nese zvýšený výskyt alkoholizmu, lékové závislosti a dokonce i sebevraždnosti. Udává se až šestkrát vyšší riziko spáchání sebevraždy a to i přes skutečnost, že si klient uvědomuje přehnanost svých pocitů. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Další závažnou neurotickou poruchou je panická porucha. Panickou porucha je záchvatovitě onemocnění, kdy se v typických případech objevují náhlé záchvaty paniky, tedy strachu bez zjevné příčiny. Záchvaty trvají zpravidla několik minut, výjimečně déle a periodicky se opakují. V atypických případech se panická porucha může projevit pod obrazem tzv. generalizované úzkostné poruchy, kdy klient žije v neustálém strachu, ačkoliv k němu nemá žádný objektivní důvod. Tato forma úzkostné porucha způsobuje velmi těžkou sociální maladaptaci. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002) Panická porucha je často doprovázená typickými obavami a to strachem ze smrti, z omdlení, ze ztráty sebeovládání či strachem ze zešílení. Typický je výskyt mnoha somatických problémů např. pocení, třes, bolest na hrudi, gastroenterologické potíže, mdloby, hyperventilace spojená s mravenčením až křečemi končetin či náhlý pocit horka nebo naopak zimy. Často mají klienti pocit, že trpí závažnou nemocí např. infarktem myokardem. Z toho důvodu je běžné, že klienti s panickou poruchou vyhledávají kvůli přidruženým somatickým potížím lékařskou pomoc a dlouhou dobu absolvují všemožné lékařské vyšetření, než se dostanou do péče psychologů a psychiatrů. Není také výjimkou situace, kdy se z panické poruchy vyvine agorafobie, nebo kdy je tato porucha doprovázena jednou ze dvou neurotických poruch a to depersonalizací a derealizací. (PRAŠKO, 2008)

Depersonalizace je porucha, kdy jedinec své emoce či zážitky považuje za cizí, vzdálené, jako by nebyli vůbec jeho součástí. Typický je přirovnání, že se klient na sebe dívá jakoby z dálky, jako kdyby byl mrtví a díval se na své tělo z výšky. Derealizace je podobná forma poruchy, kdy se vše jedinci zdá velmi neskutečné. Život kolem sebe často přirovnává divadlu, kdy se dívá na představení, které není skutečné, kde každý hraje svou vymyšlenou roli. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007)

Pacient s obsedantně-kompulzivní poruchou trpí nepříjemnými, stále se vtírajícími myšlenkami neboli tzv. obcesemi, které se snaží zapudit stereotypními, stále se opakujícími činy neboli tzv. kompulzemi. Obcese jsou myšlenky v podobě myšlenek úzkostných, ale třeba také myšlenek nemravných, odpudivých nebo absurdních. Hlavní je, že tyto myšlenky vyvolávají strach z jistých následků. Může se jednat třeba o obavy ze špíny, infekce nebo z agrese jiných osob. Takovéto myšlenky se jedinec snaží zmírnit kompulzemi, což je nesmyslná nebo nadměrná činnost. Například pacient, který má strach ze špíny si po podání ruky jiné osobě, ruce dlouze myje a dezinfikuje. (PRAŠKO, 2008) Tato porucha tedy očividně každého jedince jí trpící značně omezuje jak

v osobním, tak v profesním životě. Pacient si většinou uvědomuje nesmyslnost svého chování a myšlení, ale i přesto se nepříjemným myšlenkám neumí ubránit. Další komplikací této poruchy je skutečnost, že je tato porucha často doprovázená depresivními epizodami. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Disociativní poruchy jsou poruchy, které se dříve nazývaly hysterické poruchy. Jedná o obrannou reakci na situace, jež není pacient schopen zvládat. Projevem této poruchy jsou konverze a disociace. Konverze je odraz afektu v různých somatických symptomech např. ochrnutí části těla. Disociace je narušení jistých vzpomínek, pocitů, identity nebo schopnosti ovládat jisté pohyby těla. Do této poruchy řadíme disociativní amnézii neboli náhlou ztrátu paměti, disociální fugu neboli přijetí jiné identity a disociální stupor, trans, stavy posedlosti, poruchy motoriky, křeče, poruchy citlivosti a sensorické poruchy. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Somatoformní poruchy jsou psychiatrické poruchy připomínající spíše somatické onemocnění. Řadíme sem hypochondrickou poruchu, kdy pacient věří, že trpí jistým typem onemocnění a stále vyžaduje další vyšetření, aby se jeho domněnka potvrdila. Dalším typem somatoformní poruchy je somatizační porucha, kdy si pacient stěžuje na mnohočetné symptomy v různých oblastech organismu, které vedou stále k dalšímu vyšetření a léčbě, ale nikdy nebyly zjištěny žádné tělesné poruchy. A nakonec somatoformní vegetativní dysfunkce je porucha která se vztahuje vždy k jednomu systému v organismu např. kardiovaskulárnímu nebo gastrointestinálnímu. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Neurasténie je porucha, která se vyznačuje slabostí. Po duševním vypětí se objeví únava, porucha soustředění a zvýšená dráždivost. Po tělesné námaze se objevuje slabost se svalovými bolestmi. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Poslední typem neurotických poruch je reakce na závažný stres a porucha přizpůsobení. Zároveň se jedná o neurotickou poruchu našemu profesionálnímu zaměření nejbližší. Stres neboli z anglického jazyka stress se překládá jako napětí, namáhání nebo tlak. Jedná se o obrannou reakci, která se snaží po vystavení organismu stresorům, udržet homeostázu organismu a zabránit jeho poškození. Fyziologie stresu zahrnuje jak pochody v nervovém systému, tak i v endokrinním systému. Při stresové reakci se aktivuje vegetativní nervový systém, přesněji jen jedna jeho část a to sympatikus. Aktivace sympatiku sebou nese aktivaci endokrinního systému, přesněji osy hypothalamus – hypofýza – nadledviny. Hypothalamus je část mozku, kde se

nachází řídicí centrum, které kontroluje hladinu hormonů v krvi. Pokud dojde k stresové reakci, vyšle hypothalamus signál k hypofýze, jenž reguluje vylučování hormonů ze žláz s vnitřní sekrecí. Hypofýza v případě stresové reakce aktivuje vylučování adrenalinu z dřeně nadledvin a glukokortikoidu tedy kortizolu z kůry nadledvin. Tyto fyziologické pochody mají za příčinu řadu tělesných změn jako např. zrychlenou srdeční akci, zvýšené pocení, zrychlené dýchání a zvýšené svalové napětí až svalové křeče. Stresová reakce je ukončená buď vyloučením adrenalinu pomocí metabolických pochodů z organismu, nebo aktivací druhé části vegetativního nervového systému tedy parasympatiku, který pracuje proti sympatiku a navozuje takto stav uvolnění. (<http://cs.wikipedia.org/>, 13) Stresová reakce probíhá na čtyřech až pěti úrovních. První úroveň jsou poznávací procesy, kdy je ovlivňováno hlavně myšlení jedince. Do této skupiny symptomů můžeme zařadit poruchu soustředění a paměti, dále zkreslené vnímání a zmatenost, suicidální myšlenky či suicidální jednání a neustále se vracející vzpomínky na stresovou situaci. Celý stav může vyústit v těžkou duševní poruchu, jenž se nazývá psychóza, která je definována jako stav neschopnosti rozumného jednání a chování v dané stresové situaci. Psychóza se projevuje halucinacemi, typicky sluchovými. Dalším příznakem jsou bludy, které jsou nejčastěji paranoidní. Také je zde ovlivňován vztah k realitě a vlastní identitě. Druhá úroveň se promítá do emocionálního prožívání. Stresová reakce tak zahrnuje úzkostné stavy, podrážděnost až vztek, strach, paniku, jenž někdy přechází až ve fobii, depresivní stavy, pocity bezmoci a beznaděje. Třetí úroveň zahrnuje změny projevující se v oblasti chování postiženého jedince. Do této části můžeme zahrnout únikové chování, agresivní chování a rizikové chování, jenž může zahrnovat vandalismus, včleňování se do různých sekt či utváření si závislosti na návykových látkách. Dále sem lze zařadit poruchy spánku, příjmu potravy, záchvaty pláče a sociální izolaci. Patří sem též kompenzační chování, kdy se jistýma činnostmi snažíme na stresovou situaci zapomenout např. nadměrné sportování, nakupování či nadměrná sexuální aktivita. Čtvrtá úroveň jsou změny v našem organismu, tedy změny jenž způsobuje sympatikus, které jsou popsány výše. K již popsaným změnám bychom mohli ještě doplnit únavu, bolesti hlavy, poruchy vědomí, bolesti na hrudi a potíže na úrovni gastrointestinálního traktu např. průjmky, zvracení nebo nauzea. Pátá úroveň je postavena trochu opodál, jelikož ne vždy se stresová reakce na této úrovni odrazí. Jedná se o projevení stresu v duchovní stránce, kdy se může objevit zloba na Boha, pochybování o vlastní víře, přerušování aktivit spojené s vírou nebo dokonce zavrhnutí

doposud vyznávané víry. (<http://www.hzscr.cz>, 14) Do stresových reakcí neboli do adaptačních poruch řadíme akutní reakci na stres, posttraumatická stresová reakce a poruchy přizpůsobení. Akutní stresová reakce je duševní porucha, která se řadí do krátkodobých poruch. Příznaky jsou značně proměnlivé. Nejčastějšími symptomy je tzv. stuporózní ztlum, což je stav ustrnutí nebo naopak hyperreaktivita doprovázená panikou a snahou o útěk. Celá akutní stresová reakce může být doprovázená agresivitou, zoufalstvím nebo dokonce poruchami paměti. Důležité je, že se jedná pouze o přechodný stav, který rychle odeznívá. Posttraumatická stresová reakce je sice reakce naopak opožděná, ale za to dlouhodobější než akutní stresová reakce. Někdy se nemusí jednat pouze o zpožděnou reakci na mimořádnou událost, ale též se sem řadí protrahovaná neboli prodloužená reakce na stresovou situaci. Jedná se reakci na mimořádné situace, které jsou stresující pro většinu lidí např. požár, autonehoda nebo znásilnění. Jedinec trpící posttraumatickou stresovou reakcí může být podrážděnější a psychicky labilnější. Pacient často trpí poruchami spánku, suicidálními myšlenkami nebo tendencemi. Je často ovlivňováno vnímání sebe samého, dochází k sebeobviňování, stresové amnézii, izolaci od okolí a neustále se vracejícím vzpomínkám na traumatickou událost, nejčastěji po jisté asociaci. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002) U posttraumatické stresové reakci je běžné opětovné prožívání traumatu, které probíhá pod trojím obrazem. V prvním případě se traumatizující událost vrací pouze ve vzpomínkách a myšlenkách. V druhém případě pacient stresující situaci znovu prožívá, kdy se jedná o pocit, jako by se traumatizující situace znova odehrávala. Třetím případem je tělesná reakce, jenž je vyvolaná událostí symbolizující prožitě trauma. (<http://www.hzscr.cz>, 14) Tyto stavy jsou velmi zásadní pro praxi zdravotnického záchranáře, jelikož zdravotnická záchraná služba velmi často vyjíždí k mimořádným situacím, jenž jsou zatěžující tedy stresující pro většinu občanů. Proto stresová reakce ať již akutní či posttraumatická není nijak zvlášť pro pracovníky zdravotnické záchrané služby cizí.

Poruchy přizpůsobení je narušení sociální adaptace, kdy se jedinec nedokáže vyrovnat s nastalou změnou v jeho životě. Vyznačuje se neschopností plánu dopředu, ale i neovládáním aktuálního bytí. Poruchy přizpůsobení probíhají pod klinickým obrazem krátkodobé poruchy nebo jako protrahovaná depresivní reakce. Někdy se vyskytují i tzv. smíšené deprese, kdy je deprese kombinována s úzkostnými, agresivními, nebo disociálními stavy. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

1.5 Sexuální poruchy

Sexuální poruchy většinou nejsou právě aktuální téma pro práci zdravotnického záchranáře, proto bych je zde definovala jen krátce pro přehled. Sexuální poruchy neboli sexuální deviace se dají pro lepší přehled rozdělit do dvou skupin: poruchy pohlavní identity a poruchy sexuální preference. Sexuální deviace je kvalitativní porucha pohlavní motivace v identifikaci s vlastní sexuální rolí nebo ve výběru objektu či způsobu uspokojování. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007)

Do poruch pohlavní identity, tedy do poruch pohlavní motivace v identifikaci s vlastní sexuální rolí, se řadí transexualismus a transvestitismus dvojí role. Transexualismus je porucha, kdy jedinec touží být akceptován jako příslušník druhého pohlaví. Tato porucha často začíná v dětství, kdy prvním varovným signálem může být tíhnutí dítěte k hrám a oblečení opačného pohlaví. Porucha se častěji vyskytuje u mužů než u žen. Řešením může být chirurgický zákrok, při kterém dojde ke změně pohlaví. Nutné podotknout, že při chirurgickém zákroku se jedná pouze o kosmetické úpravy. Transvestitismus dvojí role je stav, kdy jedinec nosí občas šaty opačného pohlaví pro chvilkový pocit příslušnosti k danému pohlaví, ovšem bez přání jeho trvalejší změny nebo chirurgické úpravy. Ještě je důležité upozornit na skutečnost, že homosexualita není považována ani řazena do sexuálních poruch. (www.vodopad.cz, 15)

Do druhé skupiny sexuální deviace, tedy poruchy pohlavní motivace ve výběru objektu či způsobu uspokojování patří tzv. poruchy sexuální preference neboli parafie. Sem můžeme zařadit například fetišizmus, fetišistický transvestitizmus, exhibicionismus, voyérství, pedofilie, zoofilie, nekrofilie a sadomasochismus. Fetišizmus je stav, kdy k uspokojení svých sexuálních potřeb jedinec využívá neživé předměty např. oblečení. Fetišistický transvestitizmus je porucha, kdy se postižený převléká do oblečení opačného pohlaví s cílem vlastního uspokojení. Exhibicionismus je potřeba odhalovat své genitálie před jinými osobami, s cílem vlastního vzrušení, ačkoliv nemá nemocný o bližší kontakt s danou osobou zájem. Voyérství je potřeba pro vlastní uspokojení pozorovat sexuální činnost jiných osob. Pedofilie je velmi nebezpečná porucha, kdy je sexuální touha nemocného orientovaná na děti, nejčastěji v časném pubertálním věku, tedy pod 13 let. Zoofilie je porucha, při které je sexuální touha nemocného orientovaná na různá zvířata. Nekrofilie je stav, kdy je sexuální touha nemocného zaměřená na sexuální činnosti s tělem mrtvé osoby. Sadomasochismus je porucha, kdy jsou sadomasochistické aktivity jediným způsobem uspokojení.

Sadomasochistické aktivity jsou spojovány s omezením svobody, ponižováním a působením bolesti. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007)

1.6 Poruchy osobnosti

Osobnost je tvořena vrozenými dispozicemi, které tvoří temperament jedince a získanými vlastnostmi, jenž tvoří charakter jedince. Charakter obsahuje naučené chování osobnosti, svědomí, sebevědomí, sebeovládání, sociální dovednosti aj. Typologie temperamentu je neskutečné množství, ovšem nejznámější a nejrozšířenější typologie je typologie dle Carla Gustava Junga a dle Hippokrata. Švýcarský lékař a psychoterapeut C.G.Jung rozdělil osobnost jedince dle vrozených predispozicí na introvertní osobnost a extrovertní osobnost. Introvert je osoba mlčenlivá, uzavřená a empatická. Extrovertní osoba je spontánní, komunikativní a velmi otevřená ostatním lidem. Řecký lékař a otec lékařství Hippokrates rozdělil temperament na čtyři typy: sangvinik, flegmatik, melancholik a choleric. Každý typ vždy představuje jednu tělní tekutinu. Sangvinika zastupuje krev, flegmatika hlen, melancholika černá žluč a choleric žluč. Sangvinik je osoba optimistická, emočně stabilní, vyrovnaná, extrovertní, někdy poněkud lehkovážná, ovšem na podměty většinou reaguje přiměřeně. Flegmatik je osoba emočně vyrovnaná, introvertní, působící lhostejně, klidně až apaticky, reaguje až na velmi silné podměty a nemá rád změny. Melancholik je osoba emočně labilní, introvertní, pesimistická, těžce navazuje vztahy, ovšem jeho city jsou velmi stálé. Choleric je osoba emočně labilní, extrovertní, výbušný, často agresivní, impulzivní a egocentrický. (<http://cs.wikipedia.org/>, 16)

Poruchy osobnosti jsou jisté charakterové a temperamentové rysy, které překročí určitou odchylku od rysů, jenž se vyskytuje běžně u většiny populace. Poruchy osobnosti bychom mohli rozdělit na devět skupin: porucha osobnosti paranoidní, schizoidní, asociální, emočně nestabilní, histrionská, anankastická, anxiózní, závislá a jiné specifické poruchy osobnosti jako např. narcistická a pasivně-agresivní.

Paranoidní porucha osobnosti zahrnuje vlastnosti jako je nedůvěřivost, hypersenzitivitu, podezřavost a citlivost na kritiku, ovšem veškeré tyto vlastnosti jsou u pacienta vyjádřeny v extrémní míře. Pro osobu postiženou paranoidní poruchou je typická chorobná žárlivost a pocit a tendence chápat chování druhých lidí jako značně nepřátelské, i přes jejich neutrální nebo dokonce přátelský přístup. U této choroby je možná jistá pravděpodobnost genetické predispozice. Není vyloučené, aby paranoidní porucha propukla již v dětství či časně adolescenci.

Schizoidní porucha osobnosti je charakterizována neschopností vytvářet vztahy s druhými běžnou cestou. Postižené osoby se většinou izolují od společenských kontaktů. Než realitu upřednostňují fantazii. Pacienti jsou spíše samotáři a díky omezeným emočním reakcím působí značně studeně a lhostejně. I zde existuje pravděpodobnost dědičných vlivů. První známky schizoidní poruchy nastávají nejčastěji již v časném dětství.

Disociální porucha osobnosti se vyznačuje nezájmem o práva a potřeby druhých lidí. Jedinec trpící touto poruchou myslí především na uspokojení vlastních potřeb a to bez ohledu komu a jak tím ublíží. Jedná se o osoby, které často kradou, týrají druhé, projevují se promiskuitou, agresivitou a kriminálním chováním. Nejedná se právě o empatické osoby, nemívají soucit s druhými, netolerují společenská pravidla, jsou velmi konfliktní osoby, jenž mají problém s autoritou. Jedná se o poruchu osobnosti, u níž existuje nejvíce důkazů pro vliv dědičné predispozice. Disociální predispozice se často projevuje už pře 18. rokem, poté dochází k útlumu symptomů, které se ovšem po 21. roku často opět zesilují.

Emočně nestabilní porucha je charakteristická velmi impulzivním a výbušným chováním, neschopností plánovat si do budoucna a afektivní nestálostí. Emočně nestabilní porucha se dělí na dvě skupiny: impulzivní typ a hraniční typ emočně nestabilní poruchy. Impulzivní typ se vyznačuje výraznou emoční nestálostí, impulzivním a výbušným chováním, které často vede k násilí. Pro hraniční typ jsou typické jen některé známky emoční nestálosti, ale především se k těmto symptomům připojuje narušené vnímání vlastní osoby, cílech a preferencí. Hraniční typ emočně nestabilní poruchy je mnohem více nebezpečný, jelikož je pro něj typické pocity prázdnoty vedoucí k sebepoškozování, v některých případech i k suicidálnímu jednání. Příčina není dosud známá, dědičná predispozice se nepředpokládá. Možné příčiny jsou spíše řazeny k poškození centrální nervové soustavy způsobené např. perinatálním poraněním mozku, craniocerebrálním poraněním nebo encefalitidou. K faktorům přispívajícím k vzniku této poruchy patří též sociální faktory jako je zneužívání nebo týrání v dětství. Průběh této poruchy bývá značně kolísavý. Ve vyšším věku většinou dochází k zlepšení, ovšem celá porucha je doprovázená depresemi odrážející se i na tělesném stavu pacienta v podobě somatoformních poruch, užíváním psychoaktivních látek, sebepoškozováním nebo dokonce sebevražednými pokusy.

Histrionská porucha osobnosti se projevuje egocentričností, touhou po pozornosti druhých osob, posedlostí atraktivnosti svého vzhledu, provokativním až koketním chováním, zveličováním až hysterickým chováním. Jistý familiární výskyt je sice prokázán, ovšem dědičná predispozice není považovaná za hlavní příčinu. Jako nejčastější důvod vzniku histrionské poruchy se považují psychologické příčiny. Průběh a prognóza poruchy je značně variabilní a ovlivňovaná řadou komplikací jako např. somatizací poruchy, poruchami nálad, sexuálními poruchami nebo reaktivními dysforiemi neboli poklesem nálady.

Anankastická porucha osobnosti je charakterizovaná pocitem ohrožení a nejistoty. Pozitivní emoce se osobám s touto poruchou vyjadřují velice těžce, jsou spíše uzavření a drží si odstup od druhých lidí. Jejich pochyby vedou často k nadměrnému puntičkářství, opatrnosti a nerozhodnosti. Genetická dědičnost je u této poruchy pravděpodobná. Intenzita symptomů může mít kolísavý průběh.

Pro anxiózní poruchu osobnosti je typická úzkost, strach z neúspěchu, ostudy a kritiky od druhých lidí, nízké sebevědomí a sociální izolace. Dědičná predispozice se nepředpokládá. Hlavními faktory, které mají pravděpodobně vliv na vznik anxiózní poruchy, je především prostředí a výchova v dětství. Anxiózní porucha nejčastěji začíná v dětství, kdy se projevuje strachem z cizích lidí a extrémní stydlivostí. V adolescenci porucha dosahuje nevyššího stupně závažnosti, jelikož se jedná o období, které vyžaduje flexibilní adaptaci. V dospělosti se stav udržuje v přiměřené míře a s přibývajícím věkem má anxiózní porucha tendenci slábnout.

Závislá porucha se vyznačuje, jak již název naznačuje, silnou závislostí na druhých lidech. Postižený jedinec je spíše pasivní a veškeré zásadní rozhodnutí přenechává raději druhým, ačkoliv se rozhoduje o jeho životě. Postižený jedinec má strach se spoléhat sám na sebe, typické jsou také pocity neschopnosti a beznaděje. Dědičná predispozice se nepředpokládá. Závislá porucha může vzniknout jako reakce na odmítavé chování matky v dětství nebo jako reakce na ohrožení a agresi. Průběh závislé poruchy je velmi variabilní. Při dobré léčbě je většinou prognóza velice příznivá. Při nesprávné léčbě můžou celý průběh ovlivňovat řada komplikací jako např. depresivní epizody, rozvinutí úzkostné poruchy nebo sexuální dysfunkce.

Za poslední skupinu poruch osobnosti se považují jiné specifické poruchy, do kterých řadíme jakoukoliv jinou poruchu osobnosti, které jsme schopni definovat. Nejznámější je narcistická porucha osobnosti a pasivně-agresivní porucha osobnosti.

Narcistická porucha osobnosti se vyznačuje grandiózním sebevědomím, pocitem své jedinečnosti a velké důležitosti, špatným snášením kritiky a nedostatkem empatie. Předpokládá se, že vznik narcistické poruchy je reakcí na neustálé zraňování sebevědomí v dětství a adolescenci. Průběh je velmi variabilní a především značně individuální. Pasivně-agresivní porucha osobnosti se projevuje rezistencí vůči nařízením, požadavkům a úkolům od druhých. Typická je též tzv. nepřímá agrese, kdy mají tendenci vzdorovat autoritám, jsou stále nespokojení a zlostní. Existují dvě teorie, které charakterizují příčinu vzniku pasivně-agresivní poruchy. První psychodynamická teorie definuje tuto poruchu jako reakci na trestání agresivity, sebeprosazování se a tvrdohlavosti v dětství. Druhá teorie sociálního učení tvrdí, že vznik poruchy má základní kámen v dominantních autoritách, které na jedince v dětství působily v nadměrné míře. Dědičné vlivy nejsou doposud známy, predispozice je pouze u osob, jenž trpí poruchou opozičního vzdoru.

1.7 Poruchy spánku

Poruchy spánku jsou opět pro praxi pracovníka zdravotnické záchranné služby velmi málo zásadní, jelikož jen v málo případech ovlivňují komunikaci s klientem při výjezdu. Ráda bych tyto poruchy definovala jen pro ucelený přehled psychiatrických poruch. Poruchy spánku lze rozdělit na primární a sekundární. Sekundární poruchy spánku se na rozdíl od primárních nepovažují za psychiatrické poruchy, nýbrž za poruchy způsobené např. tělesným stavem či požitím návykových látek. Primární poruchy spánku jsou již považovány za duševní poruchu, jelikož nejsou způsobeny aktuálním tělesným a psychickým stavem, ani se nejedná o symptom jiné duševní poruchy. Jedná se tedy o poruchy, kdy není známá jiná příčina. Tyto poruchy dělíme do dvou základních skupin: dysomnie a parasomnie. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007)

Dyssomnie je skupina poruch, kdy je narušeno množství, kvalita nebo časování spánku. Řadí se sem hypersomnie neboli nadměrná denní spavost, spánková inverze neboli potřeba spánku v jiné denní době než bývá zvykem a insomnie čili narušení délky trvání spánku nebo spánkové kvality. Insomnii můžeme rozdělit na časnou, střední a pozdní, kdy časná insomnie znamená poruchu usínání, střední insomnie časté probouzení během spánku a pozdní insomnii definujeme jako časně probouzení. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007)

Parasomnii definujeme jako abnormální epizodické události během spánku. Řadíme sem somnambulismus neboli náměšičnost, kdy se jedná o opakované epizody vstávání

v průběhu spánku. Jedinec nevnímá okolí, má strnulý výraz v obličeji a celý stav si následně nepomatuje. Dále sem patří spánkové noční děsy a noční můry. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007) Noční děsy se objevují v non-REM spánku asi dvě hodiny po usnutí. Postižený, nejčastěji dítě mezi 4. až 7. rokem, v záchvatu křičí, pláče, často běhá po bytě, nepoznává své blízké, nereaguje adekvátně a na prožitý stav si nepomatuje. Noční můry se objevují v REM spánku nejčastěji v poslední části noci. Jedná se o děsivé sny doprovázené pláčem, křikem a strachem. Jedinec, nejčastěji dítě mezi 5. až 6. rokem, je orientovaný a obsah snu i celou situaci si pamatuje. (www.vitalia.cz , 17)

1.8 Poruchy příjmu potravy

Je nutné podotknout, že se jedná o poruchy, které nezasahují jen do psychického zdraví klienta, ale ve značné míře jsou tyto poruchy spjaty též s tělesnými změnami a poruchami fyziologických vlastností mnoha orgánů. To může být též důvodem, který zvyšuje pravděpodobnost, že i zdravotnický záchranář při dopadu této psychické poruchy na funkci organismu klienta, přijde s touto poruchou v praxi do přímého styku. Tyto poruchy jsou typičtější pro ženy, zvláště pak mladé dívky, ovšem mohou se týkat všech věkových kategorií včetně dětí, ale i mužského pohlaví. Poruchy příjmu potravy zahrnují dvě základní skupiny a těmi je mentální anorexie a mentální bulimie. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007)

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná touhou po extrémně štíhlé postavě, kdy postižená osoba záměrně snižuje příjem potravy. Klienti trpící mentální anorexií mají radost z úbytku na váze, neuvědomují si nepřiměřenost svého hubnutí a mají narušené vnímání schématu své postavy, tedy neustále trpí pocitem velkého břicha, zadku či stehen i při nadměrné štíhlosti. Tyto pocity jsou samozřejmě dány chorobnou fobií z váhového přírůstku. Svě počínání často doplňují nadměrným pohybem, úmyslně vyvolaným zvracením a užíváním projímadel, diuretik či anorektik. Typické pro tuto poruchu je to, že si klienti své onemocnění neuvědomují či jej popírají. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Je zřejmé, že se tato porucha podepíše i na fyziologii celého organismu a to prakticky na úrovni veškerých tělesných systémů a funkcí. Mezi ty pro nás méně důležité bych zařadila komplikace, které jsou pro zdravotnického záchranáře méně důležité, jelikož jej primárně řešit nemusí a spadají pod terapii jiných odborníků. Do této skupiny patří především zvýšená kazivost zubů, poruchy menstruace až neplodnost.

Na rozhraní důležitosti z pohledu zdravotnického záchranáře stojí dopad mentální anorexie na gastrointestinální trakt, kdy snížená motilita žaludku a střev s následnou nevolností a zácpou málokdy vyvrcholí do takové míry, aby se stala přímo důvodem výjezdu zdravotnické záchranné služby. I když ovšem tato porucha většinou progreduje pomalu a postupně, ve výjimečných situacích se může stát důvodem nutnosti poskytnutí urgentní péče při vzniklé akutní neprůchodnosti střev, který se nazývá akutní ileus. Pravděpodobněji se pracovníci zdravotnických záchranných služeb setkají s patologickými frakturami z důvodu osteoporózy, křečovými záchvaty, mdlobami, různými motorickými poruchami či těžkou zmateností. Stále se ovšem nejedná o stavy, jenž by ve většině případech mohli být pro klienta smrtelnými. Pro pracovníky v urgentní péči jsou zásadní stavy, které by mohly klienta bezprostředně ohrozit na životě. Sem můžeme zařadit např. rozvrat vnitřního prostředí, srdeční arytmie jako jsou bradykardie, těžké hypotenze, poruchy krevní srážlivosti z nedostatku trombocytů nebo renální insuficience až selhání ledvin. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007)

Mentální bulimie je porucha příjmu potravy, která se vyskytuje častěji v pozdějším věku než mentální anorexie a někdy bývá i jejím konečným stádiem. Klient trpící mentální bulimií si své onemocnění většinou uvědomuje, což je naprostý opak mentální anorexie. Je důležité podotknout, že při bulimickém onemocnění je typické kolísání váhy, naopak u mentální anorexie bývá typický neustálý úbytek na váze. Při mentální bulimii se střídají stavy hladovění a záchvatovitého přejídání velkým množstvím potravy, což se někdy nazývá tzv. vlčí hlad. Po přejedení se vyskytne pocit viny, který končí nejčastěji úmyslně vyvolaným zvracením. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007)

I mentální bulimie stejně tak jako anorexie se časem podepíše na celkovém stavu organismu. Když přeskochíme pro urgentní medicínu nedůležité komplikace jako se zvýšená kazivost zubů nebo neplodnost, dostaneme se především k poruchám, jenž způsobuje opakované a usilovné zvracení. Zvracení neboli odborně vomitus po delší době vždy způsobí těžký minerální rozvrat. Ztrácíme tekutiny, ionty a ostatní živiny a důsledkem může být těžká dehydratace, hypochlorémie neboli pokles aniontu Cl pod fyziologickou hodnotu 95mmol/l, metabolická alkalóza z důvodu ztrát vodíkových iontů, který způsobí vzestup pH nad fyziologickou hodnotu 7,45. Usilovné zvracení může též těžce poškodit jícen. Buď dochází k jeho perforaci, nebo vzniká tzv. Mallory – Weissův syndrom, kdy vznikají podélné trhlinky na jícnu, které zasahují sliznici, submukózu a výjimečně dosahují až k muskularis propria. Poškození jícnu probíhá pod

obrazem krvácení do gastrointestinálního traktu s hematemézou neboli zvracením krve. Další komplikací zvracení může být aspirace zvratků, která způsobí neprůchodnost dýchacích cest a následnou zástavu ventilace. S aspirací zvratků též souvisí možnost vzniku aspirační pneumonie neboli zánět parenchymu plic. (www.wikiskripta.eu, 18) Kyselá žaludeční šťávy mohou přispět k vzniku gastroduodenálních vředů, s čímž jsou spojené následné komplikace jako např. perforace vředu a následné krvácení do gastrointestinálního traktu, maligní zvrát a penetrace nebo –li průnik vředu do okolní tkáně a orgánů. Další velmi závažná až smrtelná komplikace mentální bulimie může být perforace žaludku z důvodu jeho enormního přeplnění. Minerální rozvrát může též být tak závažný, že způsobí kardiovaskulární selhání s nutností kardiopulmonální resuscitace. Též je důležité si uvědomit skutečnost, že jak mentální anorexie, tak i bulimie sebou nese riziko sebevraždy v důsledku častých depresivních a úzkostných stavech, které poruchy příjmu potravy běžně doprovází. (<http://www.vitalion.cz/>, 19)

V případě kdy veškeré příznaky mentální anorexie či bulimie se vyskytují jen na mírné úrovni, hovoříme o tzv. atypické mentální anorexii a bulimii. Dále mezi poruchy příjmu potravy patří i diagnózy jako je přejídání a zvracení spojené s jinými psychickými poruchami, jiné poruchy příjmu jídla a poruchy příjmu jídla nespécifikovaná. Tyto skupiny poruch jsou ovšem velice výjmečné a pro pracovníka zdravotnické záchranné služby nepříliš důležité. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

1.9 Poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek

Tématika psychoaktivních látek je velice rozsáhlá, ovšem pro praxi zdravotnického záchranáře značně důležitá a častá. Je těžké vůbec tuto kapitolu shrnout do zkráceného přehledu, proto bych nejprve ráda, než se začnu věnovat samotným poruchám, definovala pojem psychoaktivní látka a seznámila bych Vás s jednotlivými druhy těchto látek.

Psychoaktivní neboli jinak řečeno psychotropní látka je substance, kterou zahrnuje Úmluva OSN o psychotropních látkách z roku 1971. Jedná se o látky, jenž značně ovlivňují psychiku pacienta a jeho duševní procesy, primárně či sekundárně poznamenává centrální nervový systém a při jejichž užívání je riziko vzniku návyku nebo závislosti. (<http://www.drogy-info.cz/>, 20) Návykem se rozumí opakovaná potřeba užívání psychoaktivní látky, a to jak pravidelné užívání, tak i nepravidelné. Důležité je, že závislý pacient se psychotropní látkou chronicky intoxikuje a pociťuje silnou touhu látku opět užít. Pojem návyk je běžně používaný hovorový a laický výraz, ovšem

v seznamu diagnóz bychom tento pojem nenašli. WHO roku 1960 doporučila užívat pojem závislost, jenž může být psychická i fyzická. Psychická závislost představuje nutkání opakovaného použití psychoaktivní látky, fyzická závislost se projeví abstinenčními somatickými symptomy. (<http://www.drogy-info.cz/>, 21)

Mezi nejdůležitější psychoaktivní látky lze zahrnout alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, kokain, halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla a jiná stimulantia. **Alkoholismus** je nečastější a nejstarší látkovou závislostí u nás. Pojem alkoholismus v tomto případě používáme až tehdy, pokud závislost dosáhla takového stupně, že způsobuje psychické, fyzické i sociální problémy. Alkohol vede k poruchám myšlení, řeči, paměti a pozornosti. Způsobuje náladovost, agresivitu, ataxii neboli nepřesnost pohybů a řadu komplikací, mezi které řadíme atrofii mozkové tkáně, epilepsii, neuropatii, kardiomyopatii, myopatii, hepatitidy, jaterní cirhózu, gastritidu, pankreatitidu, gastroduodenální vředovou chorobu nebo malnutrici. Mezi **opioidy** řadíme např. opium, morfin nebo heroin. Jedná se substance, jenž vyvolávají subjektivní pocit euforie, ovšem ve skutečnosti dochází k útlumu. Při chronickém užívání se mění osobnostní rysy a v případě náhlého přerušení dodávky psychoaktivní látky dochází k dramatickým abstinenčním symptomům, jako je např. silná úzkost, křeče, zvracení, průjemy, nespavost nebo návaly horka a zimy. Za **kanabinoidy** považujeme například marihuanu nebo hašiš. Vyvolávají pocit euforie a častokrát je přítomná paranoia. Mezi typické symptomy, které vyvolává pravidelné užívání těchto substancí je zpomalené vnímání času, narušený úsudek, zvýšená chuť k jídlu, sucho v ústech nebo tachykardie. Dlouhodobé užívání kanabinoidů může vést až k depresím, snížené psychické výkonnosti nebo dokonce k závažným duševním poruchám. Kanabinoidy jsou charakteristické tím, že po jejich užívání vzniká psychická závislost, ovšem v případě jejich odnětí nenastávají abstinenční somatické symptomy. Mezi **sedativa a hypnotika**, které nejčastěji vyvolávají závislost, patří především skupina benzodiazepinů např. Rohypnol z řady hypnotik, diazepam, alprazolam nebo bromazepam z řady anxiolytik. Jejich pravidelná konzumace může mít za následek negativní změnu pozornosti nebo dokonce útlum dechového centra. Při jejich odnětí se vyskytují závažné abstinenční příznaky jako např. epilepsie a delirium. **Kokain** je vysoce návyková látka, která má stimulační a euforické účinky. Mezi časté projevy zneužívání kokainu patří megalomanie, hyperaktivita, nespavost a anorexie. Jeho užívání může způsobit náhlé úmrtí. Kokain se užívá často formou vdechování kokainové báze, která se nazývá crack.

Mezi známé **halucinogeny** patří LSD, meskalin a psilocybin, jenž se vyskytuje v lysohlávce kopinaté. Halucinogeny ovlivňují negativně vnímání a způsobují halucinace, především zrakové halucinace. Je nutné u jejich užívání počítat s výskytem nepředvídatelných činů jako např. skok z okna. Velmi častou a legální drogou je **tabák neboli nikotin**. Jeho pravidelné užívání způsobuje psychickou závislost a může být důvodem výskytu kardiovaskulárních nebo respiračních chorob. Při snaze o abstinenci dochází k podrážděnosti, změnám pozornosti, úzkosti, zvýšené chuti k jídlu a k obstipaci. Mezi nejčastěji užívané **organické rozpouštědlo** řadíme toulen, jenž tlumí centrální nervový systém, způsobuje závratě a poruchy koordinace. Jeho užívání, které je ve formě vdechování výparů toulenu, má za následek apatii, celkové zpomalení nebo kontrastně vede k euforii. Jako poslední skupinu psychoaktivních látek literatura udává **jiná stimulantia**, kam můžeme zařadit kofein, MDMA – extázy, pervitin nebo amfetamin. Jejich pravidelné užívání způsobuje euforii, agitovanost, agresivitu nebo impotenci. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007)

Poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek jsou velmi individuální, dle požití substance. Pro zjednodušený obecný přehled je můžeme rozdělit na akutní intoxikaci, škodlivé užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, psychotickou poruchu, amnestický syndrom, reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem. **Akutní intoxikace** je přechodný stav, jenž vyvolá jednorázová aplikace psychotropní substance. Symptomy akutní intoxikace jsou velmi variabilní a různě závažné dle druhu, množství aplikované látky, aktuální zdravotní kondice intoxikované osoby a v závislosti na skutečnosti, zda zkušenost s látkou byla první či již opakovaná. **Škodlivým užíváním neboli abúzus** se již myslí důsledky dlouhodobějšího užívání psychoaktivní látky, ať již pravidelného či nepravidelného. Abúzus má již za následek tělesné, duševní nebo sociální škody. **Syndrom závislosti** již sebou nese silnou touhu po psychoaktivní látce, určitá látka je brána pravidelně a kontrola nad jejím užíváním je značně problematická. Po jejím vysazení přicházejí abstinenci symptomy. Typické pro syndrom závislosti je zanedbávání jiných zájmů, povinností a užívání psychotropní látky i při uvědomování si, že se jedná o jednoznačně škodlivou látku. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007) Mezinárodní klasifikace nemocí závislost definovala takto: „Závislost je situace, kdy má užívání nějaké látky pro jedince přednost před jednáním, kterého si kdysi cenil více.“ Závislost, lze rozdělit na fyzickou a psychickou. Psychická závislost zahrnuje touhu po návykové substanci, nesoustředěnost a chování, které by se dalo nazvat

antisociálním, kdy jedinec ztrácí zájem o vše, co se netýká drogy, na které je závislý. I závislost sebou nese jisté fáze, tedy přesněji čtyři fáze. První fáze, tedy fáze experimentu, je občasné užívání drogy, které přináší příjemné zážitky nebo únik z reálného světa. Druhá fáze se nazývá sociální užívání. V této fázi je užívání návykové látky již pravidelné, často se jedná o víkendové užívání drog na diskotékách, v hospodách atd. V této fázi již začíná být zanedbávána škola, jiné zájmy nebo rodina. Třetí fáze je fáze každodenního užívání, kdy se již ztrácí kontrola nad užíváním návykové látky. Poslední fáze je fáze užívání pro dosažení normálu, jenž se někdy nazývá také narkoman na plný úvazek. V této fázi si jedinec nedokáže představit život bez drogy, vše ostatní ztrácí důležitost a veškerý zájem a činnosti jsou zaměřeny na to jak a kde sehnat další dávku návykové látky. (www.hasik.cz, 22) **Odvykací stav** představuje abstinenci symptomy na úrovni tělesných i duševních příznaků, které se vyskytují po vysazení návykové látky. Může se jednat o méně závažné symptomy jako např. bolesti hlavy nebo zvracení, ovšem mohou vyvrcholit do velmi závažných symptomů jako je např. delirium nebo křeče. **Psychotická porucha** vzniká velmi brzy po požití návykové látky nebo dokonce během užití psychotropní látky. Jedná se o příznaky jako např. halucinace, bludy, záměna osob či různé poruchy emocí. **Amnestický syndrom** je charakterizovaný poruchami krátkodobé paměti a konfabulacemi neboli smyšlenkami, kterou pacienti často vyplňují své prázdná místa v paměti. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007) Konfabulace je vymyšlená událost, která má zakrýt část minulosti, kterou si postižený nepamatuje. Pacient této smyšlenky dokonce sám doopravdy věří, ovšem brzy danou smyšlenku zapomíná a místo ní si poté vymýšlí novou. (<http://lekarske.slovníky.cz>, 23) **Reziduální stav a psychotické poruchy s pozdním začátkem jsou poruchy**, objevující se po delší době od užití psychoaktivní látky, než je předpokládáný začátek intoxikačního účinku. (SLEZÁKOVÁ a kol., 2007)

Myslím si ovšem, že jisté návykové látky jsou v dnešní době natolik časté a pro praxi zdravotnického záchranáře značně důležité, že si zasluhují větší pozornost. Jistě bych chtěla zde vyzdvihnout účinky psychoaktivních látek jako je např. alkohol, tabák, Marihuana, Pervitin, Extáze, Kokain, Opiáty, LSD, Lysohlávky, Tripy nebo Toulén.

Asi největší pozornost si zasluhuje alkohol, jelikož se jedná o legální, dostupnou a nejčastěji užívanou psychoaktivní látku. Alkohol působí na dvě části mozku, nejprve na mozkovou část, která ovlivňuje sebekontrolu a poté na část mozku řídící naše myšlení. Z tohoto důvodu se závislý jedinec nejdříve cítí uvolněně, bez zábran a starostí a v další

fázi přichází únava a ztráta soustředěnosti. (www.hasik.cz, 22) Hladina alkoholu v krvi se nazývá alkoholemie, alkoholemie nad 0,3 promile prokazuje požití alkoholu, hladina do 1,5 promile svědčí pro lehkou podnapilost, alkoholemie 1,5 -2,5 promile značí středně těžkou opilost, nad 2,5 promile těžkou opilost a kolem 5 promile dochází k smrti. Akutní intoxikace se vyznačuje ztrátou zábran, zvýšeným sebevědomím, zpomalenou reaktivitou a ataxií neboli poruchou koordinací pohybů. Při časté konzumaci alkoholu se zvyšuje tolerance alkoholu organismem, ovšem při dlouhodobém užívání tolerance silně klesá. Dlouhodobé užívání alkoholu způsobuje řadu poruch jako např. palimpsesty, patická opilost, delirium tremens, alkoholová halucinóza, Korsakova psychóza nebo alkoholická demence. Palimpsesty neboli tzv. okénka, jsou ohraničené časové úseky, které si postižený jedinec nepamätuje. Palimpsesty nejsou spojovány s abnormálním chováním. Patická opilost se též nazývá mráкотný stav. Patická opilost patří do kvalitativních poruch vědomí, kdy jedinec činní různé věci, které jsou často doprovázené agresivitou. Většinou se jedná o činy, které by ve střízlivém stavu byly proti jeho zásadám. Na tyto činy má postižený jedinec následně amnézii. Delirium tremens neboli psychotický stav je kvalitativní porucha vědomí, která doprovází odvykací syndrom. Projevuje se třesem, pocením, úzkostí, halucinacemi, iluzemi, psychomotorickým neklidem a nepřiměřenou reakcí na běžné podměty. Typické jsou tzv. mikrozoopsie, kdy postižený vidí malá zvířátka nejčastěji myši. Delirium tremens se nejčastěji objeví 24 až 48 hodin po posledním požití alkoholu, jedná se o stav, který může vést k horečnatému stavu, vyčerpání organismu až ke smrti. Alkoholová halucinóza jsou sluchové halucinace spojené s úzkostnými stavy, které se nejčastěji objevují večer a v noci. Korsakova psychóza je vlastně již výše popsaný amnestický syndrom, kdy je narušená krátkodobá paměť a výpadky paměti jsou následně kompenzovány konfabulacemi. Mezi trvalé následky alkoholizmu patří změny povahových rysů např. hrubost, žárlivost a lehkomyšlnost a alkoholická demence, která je popsána v podkapitole 1.3 Organické duševní poruchy. Pravidelná konzumace alkoholu má též velmi negativní dopad na organismus. Mezi tyto poruchy patří atrofie mozkové tkáně neboli úbytek, epilepsii, neuropatie neboli poškození nervů, kardiomyopatie čili onemocnění srdečního svalu spojené s poruchou srdeční funkce, myopatie neboli svalová porucha, hepatitidy, jaterní cirhóza čili přestavba jaterních lalůčku, gastritida tedy zánětlivé onemocnění žaludku, pankreatitida neboli zánětlivé onemocnění slinivky břišní, gastroduodenální vředovou chorobu a malnutrice neboli

stav nerovnováhy příjmu živin a potřeby organismu. Dlouhodobý příjem alkoholu navíc zhoršuje aterosklerózu cév a tím zvyšuje riziko vzniku infarktu myokardu a cévní mozkové mrtvice. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Opiáty jsou vysoce návykové látky, které mají své využití i v lékařství pro svůj analgetický a antitusický účinek. Do opiátů řadíme Opium, Morfin, Kodein a Heroin. Mezi účinky opiátů patří navození příjemného pocitu uvolnění, snění, odstranění úzkosti a zapomenutí na přítomné životní problémy. Dlouhodobá závislost způsobuje icterus neboli zažloutnutí kůže, průjmy střídající zácpy a abscesy v místě vpichu. U užívání opiátů se vyskytuje mióza neboli zúžení zornic, na rozdíl od většiny drog, kde je typičtější mydriáza, tedy rozšíření zornic. Odvykání je spojeno s depresemi a bolestmi. Průběh abstinčních příznaků je velmi drastický a někdy končí kardiovaskulárním selháním. Opiáty se získávají ze zaschlé šťávy nezralých makovic. Opium se užívá kouřením a perorálně, Morfin se aplikuje intravenózně, Kodein se užívá perorálně nebo injekčně a Heroin má široké možnosti užití od šňupání, kouření, inhalace až po intravenózní podání. Heroin má asi nejdramatičtější symptomy odvykacího syndromu, kdy vznikají silné bolestivé křeče, návaly horka a zimy, slzení, napětí kůže, rýma, průjmy, nespavost, nevolnosti a psychický neklid. Ačkoliv však odvykací syndrom působí tolik dramaticky, není evidováno příliš smrtelných případů. Smrt většinou je spojená s akutní intoxikací heroinem. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Tabák neboli Nikotin je droga legální, lehká, ovšem velmi častá. Nedá se považovat za návykovou látku, při jejíž akutní intoxikaci by byl nutný výjezd zdravotnické záchranné služby, ovšem při jejím dlouhodobém a častém užívání mohou vzniknout jisté somatické problémy, se kterými se již pracovníci zdravotnických záchranných služeb mohou setkat. Nikotin společně s oxidem uhelnatým má za následek urychlení určitých mozkových funkcí, které tak činí závislého svěžím a soustředěným. Naopak ovšem působí též na jinou část mozku, kde způsobuje následný útlum, kdy závislý jedinec má potřebu užít další cigaretu, aby se dostal opětovně do příjemného svěžího stavu. Při kouření cigaret vzniká až velice rychle psychická závislost, velice rychle zde znamená již za několik týdnů. Navíc je pro tabák typická sociální závislost, kdy kouření je spojováno s jistými činnostmi např. posezení s přáteli. Nakonec se závislý dostává do fáze fyzické závislosti, kdy potřebuje udržet stálou hladinu nikotinu v krvi. Při kouření cigaret na organismus působí tři látky negativně. Nikotin způsobuje vazokonstrikci cév, navíc buňky Nikotinu přilínají k stěně cév. Tyto dva faktory mají tak za následek

snížení průchodnosti cév. Dehet se zachycuje na plicích, deformuje řasinky, které běžně mají za úkol odstraňování nečistot z dýchacího ústrojí, a když se k těmto účinkům připojí zúžení dýchací trubice, což má na svědomí Nikotin, je riziko infekce velice vysoké. Oxid uhelnatý se váže na erythrocyty neboli červené krvinky a ubírá tak místo kyslíku. Všechny tyto účinky mají za následek poruchy jako je infarkt myokardu, cévní mozkové mrtvice, rakovinu plic, těhotenské komplikace, komplikace na gastrointestinálním traktu a nemoci respiračního ústrojí např. pneumonii nebo CHOPN. Všechny tyto výsledné stavy již mohou být v akutní fázi důvodem výjezdu zdravotnické záchranné služby. (www.hasik.cz, 22)

Marihuana je nejoblíbenější nelegální drogou dospívajících. Je dobře dostupná a ze zakázaných drog nejlevnější. Nejčastěji se užívá pomocí kouření z cigaret nebo vodní dýmek, méně časté je přidávání do jídel či nápojů, zde je však velice těžké odhadnout bezpečnou dávku. Hlavní látkou, která způsobuje opojení po požití této drogy je THC neboli TetraHydroKanabillon. Mezi účinky marihuany patří zpomalené vnímání času, zrakové a sluchové halucinace, záchvaty smíchu bez zjevné příčiny, pocit uvolnění, někdy ovšem též deprese a úzkost. Drogou, která má stejné účinky jako Marihuana, ovšem značně silnější je Hašiš. Hašiš se vyrábí z pryskyřice konopné a obsahuje až 40% THC. (www.hasik.cz, 22)

Pervitin neboli perník je typická česká droga vyráběna z efedrinu neboli z výtažku rostliny Ephedra. Užívá se šňupáním, injekčně, inhalačně nebo perorálně. Pervitin má účinky jako např. tachykardie, pocení a zvýšená výkonnost. Po odeznění stimulačních účinků ovšem kontrastně nastává únava a deprese. Injekční užívání sebou nese rychlejší vznik závislosti a nebezpečí infekčních chorob. Po čase užívání se zvolna může rozvinout toxická psychóza, kdy jedinec nerozeznává realitu a bludy, halucinace a iluze. Má paranoidní představy, že je pronásledován. V tomto stavu je poznamenaná inteligence závislého jedince a vysoké riziko sebevražedného jednání. (www.hasik.cz, 22)

Extáze neboli tzv. éčko bylo vyvinuto pro potřeby psychiatrické vědy. V polovině 80. let se ovšem její užívání stalo hitem diskotékové kultury. Užívá se perorálně a její účinná látka MDMA mění povahové rysy jedince. Osoba, která užije extázi, se stává extrovertní, energickou osobou bez jakýchkoliv společenských zábran. Užití extáze dále sebou nese jisté účinky na organismus jako např. zvýšení teploty, tlaku, poškození srdce, dehydrataci a naprosté vyčerpání, zpuštění epileptického záchvatu nebo

poškození ledvinové činnosti. Právě vyčerpání a dehydratace má často za následek kolaps na veřejnosti a přivolání zdravotnické záchranné služby. (www.hasik.cz, 22)

Kokain je výtažek z rostliny Erythroxyton coca. Jedná se o velice drahou drogu, která se užívá šňupáním nebo injekčně. Účinky této látky jsou podobné Pervitinu, ale trvají velice krátce cca. 30 minut. Závislost vzniká mnohem rychleji než na Pervitinu. Tato droga sebou přináší mnoho zdravotních rizik jako např. srdeční poškození, vznik toxické psychózy, epistaxe neboli krvácení z nosu, křeče, deprese a riziko suicidálního jednání. (www.hasik.cz, 22)

LSD, Lysohlávky a Tripy se řadí do skupiny halucinogenů. LSD se užívá perorálně, způsobuje změnu myšlení a vnímání. Přináší až nesmyslné pocity jako např. navrácení se do prenatálního období. Lysohlávky se užívají perorálně čerstvé, tepelně upravené nebo sušené. Menší dávky vyvolávají euforii, větší dávky způsobují zrakové a sluchové iluze. Iluze mají nejčastěji typ deformací předmětů a zvuků. Tripy jsou papírky napuštěné různým množstvím LSD. Podávají se na sliznici pod jazyk. Způsobují halucinace, změnu vnímání a emotivity. Veškeré halucinogeny sebou nesou rizika ztráty soudnosti, špatného tripu a flashbacku. Špatný trip je velmi silný pocit strachu, úzkosti nebo šílenství. Flashback je navrácení se halucinací ve střízlivém stavu. Navíc užití halucinogenů může fungovat jako spouštěcí mechanismus různých duševních chorob, které by za normálních okolností nemusely propuknout. LSD pak sebou dále nese rizika vzniku nočních můr, návalů úzkostí a sebevražedných tendencí. Konzumace Lysohlávek je navíc spojena často s nauzeou a zvracením. (www.hasik.cz, 22)

Toulen je oblíbená droga sociálně slabých. Užívá se pomocí vdechování výparů a čichání. Toulen je v České republice nejrozšířenější těkavá látka, způsobuje psychický útlum až polospánek a obluzenost. Velkým rizikem je komplikace, která může nastat již při prvním nádechu, tedy navození šokového stavu, jenž může vyústit až v srdeční a dechovou zástavu. Při dlouhodobém užívání ovšem Toulen poškozuje veškeré orgány, které se účastní vdechování. Do těchto orgánů řadíme kůži, plíce, sliznice, játra, srdce, ledviny a mozek. Irlíkož nervové buňky nejsou schopné regenerace, způsobuje vdechování Toulenu snížení intelektu. (www.hasik.cz, 22)

2 Suicidální jednání

Suicidální neboli sebevražedné jednání tvoří v psychiatrické problematice samostatnou a velmi obsáhlou kapitolu. Nejedná se jen o psychiatrickou poruchu jako takovou, ale též o komplikaci mnoha duševních poruch a často i o konečnou fázi jiné primární psychiatrické poruchy. Pro pracovníka zdravotnické záchranné služby sebevražedné jednání představuje velmi časté téma. Stačí jen vzít v úvahu skutečnost, že statistické údaje udávají vyšší mortalitu z důvodu suicidálního jednání než z příčiny dopravních autonehod. Pracovníci zdravotnických záchranných služeb stojí častokrát v první linii u sebevražedného jednání suicidálního jedince. Setkávají se ve velké míře s dokonanými sebevražednými činy, ale ani jejich přítomnost u nedokonaných sebevražd není výjimkou.

Suicidální jednání není tematika pouze dnešní doby. Sebevražedné činy najdeme ve starých literaturách již ze starověké antiky, ovšem až v 19. století se utvářeli různé teorie sebevražedného jednání. První teorie vznikla na počátku 19. století, kdy sebevražedný čin byl považován za jednání výlučně osoby s duševní poruchou. Autorem této teorie byli lékaři Dominique Esquirola a Moreau Tours. Později Maurice Haldwach utvořil teorii, která již připouštěla možnost sociálních vlivů. Koncem 19. století zakladatel moderní sociologie Emil Durkheim utvořil teorii, která již připouštěla možnost, že sebevražedný čin nemusí být spáchán pouze osobou duševně nemocnou, ale může být postaven na osobních problémech duševně zdravého jedince. (MONESTIER, 2003)

Slovní spojení sebevražedného jednání má své definice již z dávných dob. Již v 19. století byla sebevražda definovaná ruským dramatikem Antonem Pavlovičem Čechovem: „Sebevražda je nežádoucí jev.“ (CHROMÝ, 1997, s. 455) Definice suicidálního jednání tvořili lékaři, vědci, ale také například spisovatelé a politici. Slovenský spisovatel Jan Johanides definoval sebevraždu takto: „Sebevražda je protestem pýchy proti pýše.“ (CHROMÝ, 1997, s. 455) Nebo politik Stefan Kisielewski vytvořil definici: „Sebevražda je významný experiment s neznámým výsledkem.“ (CHROMÝ, 1997, s. 455) Veškeré tyto definice odráží variabilnost názorů a náhledů na suicidální jednání, ovšem až roku 1968 přijala WHO neboli Světová zdravotnická

organizace oficiální definici, jenž zní: „Sebevražedný čin je útok proti vlastní osobě s různým stupněm úmyslu zemřít. Sebevražda je pak sebezničující čin s fatálním výsledkem.“ (<http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/>, 24)

2.1 Formy suicidálního jednání

Suicidální jednání neznamená pouze předčasné a dobrovolné ukončení života. Sebevražedné chování má tři stupně, které odráží intenzitu a vážnost daného chování. Ve většině případech jednotlivé stupně na sebe kaskádovitě navazují, jen ve výjimečných situacích jsou nižší stupně sebevražedného jednání vynechány a suicidální jedinec přechází rovnou k poslednímu, nejtěžšímu stupni, tedy k suicidiu. V této situaci je hovořeno o zkratovém jednání, nikoliv o dlouhodobé psychické poruše, kde zásadním rozdílem je fakt, že sebevražedný jedinec konající sebevraždu ve zkratovém rozpoložení, by po krátkém časovém úseku, sebevraždu již vykonat nechtěl. V běžných situacích přechází jedinec plynule a postupně od sebevražedných myšlenek přes sebevražedné tendence až k suicidálním úvahám. Poté nastává zdánlivě chvilka zlepšení, kdy jedinec o svých úvahách přestává mluvit a hledá smysl života, ovšem paradoxně se jedná o přestupní stanici do dalšího stupně suicidálního jednání, kterým je sebevražedný pokus. Jako nevyšší a nejzávažnější stupeň suicidálního jednání je již dokonané suicidium neboli sebevražda. (KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003)

2.1.1 Suicidální myšlenky

Suicidální myšlenka by se dala definovat jako otázka bytí, kde suicidální jedinec hledá smysl života a klade si otázku, zda by nebylo lepší řešení odejít na onen svět. Tento typ otázek je v dnešní populaci běžnou záležitostí. Skutečnost, že velká většina populace se již suicidálními myšlenkami zabývala, je dokonce vědecky podložený fakt, jen není obvyklé tyto otázky v naší společnosti vyslovovat nahlas. (MÜLLEROVÁ, 2007)

Je běžné, že se suicidální myšlenka vyskytne téměř u každého jedince v populaci, ovšem zásadní je jaké dosahuje intenzity, nutkavosti a frekvence návratu otázek bytí. Dle těchto vlastností je možné sebevražedné myšlenky rozdělit na tři typy: suicidální nápad, egosyntoni sebevražedné myšlenky a egodystonní sebevražedné myšlenky. (KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003)

Sebevražedné nápady jsou velmi nízké intenzity, spíše nutkavého charakteru. Jsou velmi typické v adolescenci. Důležitá vlastnost suicidálních nápadů je ta, že

jedinec má kontrolu nad svým myšlením a dokáže přítomnost suicidálních nápadů vcelku dobře korigovat. (KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003)

Egosyntonní a egodystonní sebevražedné myšlenky jsou již mnohem silnější intenzity a jedince, který jimi trpí, jen stěží dokáže korigovat jejich přítomnost. Egosyntonní myšlenky přijímá suicidální jedinec za vlastní, které si on sám vytvořil a v tomto pojetí je též přijímá. Egodystonní myšlenky již jedinci nejsou vlastní, považuje je za vtírající se myšlenky, kterých by se rád zbavil, bohužel většinou není korigování přítomnosti těchto myšlenek možné. (KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003)

Nebezpečí značí přeměna myšlenek v tendence. Ačkoliv mezi myšlenkami a tendencí je velmi úzká hranice, jedná se o rozdílné situace. Suicidální myšlenky jsou většinou neměnné a jedinec se jim snaží ubránit. Na rozdíl od toho suicidálním tendencím se již jedince nebrání, ačkoliv je vůči nim stále pasivní. Tendence se velmi lehce ovšem mění v suicidální úvahy, které pojmenovávají situaci, kdy je sebevražedný čin již připravován a přijímám jako jediné řešení. Poté nastává období relativního zdánlivého klidu, které ovšem značí rozhodnutí k realizaci sebevražedného činu a často končí suicidálním pokusem či dokonanou sebevraždou. (KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003)

2.1.2 Suicidální pokus

Suicidální pokus by též mohl být nazýván nepodařená sebevražda nebo nedokonaný sebevražedný čin. Jedná se již o přímou realizaci sebevražedného činu s přímým ohrožením na životě. Do suicidálních pokusů se řadí též parasuicidium a simulace suicidálního jednání. Parasuicidium je sebepoškozování, při kterém chybí úmysl zemřít, ačkoliv smrt může být jeho neplánovaným následkem. Simulace suicidálního jednání je předstírání sebevražedného pokusu s chůtí dosáhnout jistého cíle. (KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003)

Suicidální pokusy jsou typické pro období adolescence, kdy se jedná převážně o impulzivní jednání a vyskytují se častěji u ženského pohlaví než u mužů. Při sebevražedném pokusu je nejčastěji užíváno tzv. měkkých metod např. intoxikace a motivací k těmto činům bývají nejčastěji konflikty v mezilidských vztazích, převážně v partnerských. (KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003)

2.1.3 Suicidium

Suicidium neboli sebevražda je již úspěšně dokonáný sebevražedný pokus. Pro sebevraždu je typická velmi krátká časová ohraničenost, kdy se jedná o několik minut, hodin nebo výjimečně několik dnů. Delší časová ohraničenost charakterizuje již tzv. protrahovanou sebevraždu, což je typické např. pro dlouhodobou a postupnou intoxikaci vedoucí k záměrnému ukončení života. (KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003)

Suicidium se častěji vyskytuje u mužské populace a je typické především pro zralou dospělost a seniorské období. Tyto osoby využívají především tzv. tvrdých metod např. strangulace nebo využití střelných zbraní. Motivací k sebevražednému činu jsou zde především intrapsychické potíže a pocit ohrožení. (KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003)

Suicidium rozdělujeme na dvě skupiny: patické sebevraždy a biické sebevraždy. Patické sebevraždy jsou charakteristické přítomností duševní poruchy, tedy jisté patologie např. schizofrenie, poruchy osobnosti, závislosti atd. Do této skupiny patří též rozšířená sebevražda, kdy suicidální jedinec nejdříve vraždí své blízké, aby je před něčím uchránil, poté zabije sám sebe. Je důležité ovšem konstatovat, že potřeba ochránit své blízké je vždy jen paranoidní, nikdy jim v tomto případě nehrozí skutečné nebezpečí. (POKORNÝ, 2003). Biická sebevražda je již vykonávána v plném duševním zdraví, kdy motivem k suicidiu je existující reálný problém. Základní typy biické sebevraždy je účelová, demonstrativní, zkratová sebevražda, suicidální dohoda a rozšířená sebevražda. Účelová sebevražda je charakterizovaná specifickou motivací k sebevražednému činu. Jednání je postaveno tak, aby výsledkem bylo docílení jistého cíle. Dalo by se říci, že se jedná o nevědomé vydírání, manipulování či vyčítání. Demonstrativní sebevražda je často jistá forma volání o pomoc nebo potřeby získat pozornost. Pro účelovou i demonstrativní sebevraždu je typická frustrace touhy zemřít. Zkratová sebevražda je vykonávána v impulzivním, spontánním chování a ve velmi krátkém časově ohraničeném úseku. Typické je chybění předešlého hledání jiné možnosti řešení problémů. Suicidální dohoda je domluvená sebevražda dvou a více lidí, kteří chtějí zemřít. Jedná se např. o milenecký pár nebo členy jisté etnické sekty. Rozšířená sebevražda je kombinace sebevraždy a vraždy, kdy suicidální jedinec bere sebou na onen svět jiné osoby, u kterých chybí touha zemřít. (KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003)

2.2 Způsoby a motivy suicidálního jednání

Způsoby vykonání sebevraždných činů lze rozdělit na dva typy: měkké a tvrdé metody sebevraždy. Měkké metody zahrnují způsoby sebevraždy, při kterých je velmi velká šance na záchranu života suicidálního jedince. Jedná se např. o intoxikaci, kde je velká šance, že v době boje organismu s otravou, jenž může být i velmi dlouhá, bude suicidální jedinec nalezen a poskytnutím první pomoci zachráněn. Tvrdé metody jsou již metody drastičtější a s minimální šancí na záchranu. Typickým příkladem je zde strangulace neboli oběšení. Existují však způsoby, které lze zařadit jak do měkkých, tak i do tvrdých metod. Příkladem může být skok z výšky, kdy záleží na výšce, z které jedinec skáče, jelikož právě tato výška je udávající faktor závažnosti zranění a šance na přežití. (KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003)

Mezi nejčastější a statistickými úřady sledované způsoby řadíme: strangulaci neboli oběšení, intoxikace, skok z výšky, zastřelení, sebevraždy pomocí ostrých předmětů, utonutí, lehnutí si nebo skok pod pohybující se předmět a skupina jiných nezařazených způsobů. Nejčastější způsob sebevraždy jak u mužské tak i ženské populace je strangulace, která u mužů tvoří kolem 67 % sebevraždných činů a u žen téměř 45 % sebevraždných činů. Zastřelení je typičtější pro muže, kdy tvoří kolem 11 % sebevraždných činů, pro ženy je to naopak nejméně typická metoda, která tvoří necelé 3 % ženských sebevražd. Naopak intoxikace a skok z výšky je typičtější pro ženskou populaci, kdy otravy tvoří přes 23 % sebevraždných činů a skok z výšky 16 % sebevraždných činů u žen a u mužů intoxikace se vyskytuje pouze u necelých 7 % sebevražd a skok z výšky kolem 6 % sebevražd vykonaných mužskou populací. (ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD, 2012)

Motivace k sebevraždě zahrnuje neskutečnou škálu motivů. Důležitá informace je, že dle posledního statistického šetření na toto téma z roku 2000 se podařilo pouze u 40,6 % sebevraždných činů zjistit důvod sebevraždného činu, u 54,3 % příčina nikdy nebyla zjištěna a v 5,1 % případů byla motivace nesrozumitelná. Motivace k sebevraždě je rozdílná v závislosti na pohlaví i věkové skupiny. Zatímco u mužů je nejčastějším motivem nesmíření se zdravotními problémy, u ženské populace vítězí duševní poruchy. (KOUTEK, KOCOURKOVÁ, 2003) U dětských sebevražd, jenž stojí po úrazech na prvním místě důvodu úmrtí dětí v České republice, převažují rodinné konflikty a školní motivace např. špatný prospěch ve škole. U dospívajících převažují partnerské problémy, sebevraždy z nešťastné lásky a erotické motivy. Období mladé

dospělosti je období s minimálním výskytem sebevražedného jednání. Nejčastějšími motivy k suicidii v tomto období jsou nevléčitelné choroby nebo ztráta milované osoby. (VODÁČKOVÁ, 2007) Protože jak již bylo napsáno v knize s názvem O sebevraždách: „Hlavní důvod a společnou hrozbou je zkušenost ztráty.“ (FRANKEL, KRANZOVÁ, 1998, str.38) Pro období zralé dospělosti je riziková především tzv. krize středního věku, kdy jedinec hledá smysl života a shrnuje co se mu v životě nepodařilo a sny, které si nesplnil a jen velmi těžko ještě někdy splní. Častokrát lze do tohoto období zařadit tíhu pracovních neúspěchu. Ani pro období seniorské není sebevražda neobvyklá, zde vítězí především motivy zdravotních problémů a samoty. (VODÁČKOVÁ, 2007) Další motivací může být náboženská víra. Jedná se sice o málo častou motivaci k sebevraždě, ovšem i výjimky potvrzují pravidla. Sebevraždy zapříčiněné vírou se vyskytují především v případě jisté přehnané víry až fanatismu, kdy jedinec cítí vůči své víře určité provinění a chce se smrtí potrestat. V České republice, kde je rozšířená především křesťanská víra, je tento motiv málo obvyklý, jelikož křesťané považují sebevraždu za veliký hřích. (MÜLLEROVÁ, 2007) Svou pozornost by si jistě zasloužila i rodinná anamnéza. Genetická predispozice sice nikdy nebyla vědecky podložená, ale výskyt suicidálního jednání v rodině hraje též svou roli. Tento motiv specialisté na krizovou intervenci definovali takto: „To jsou odemčené dveře svádějící k úvahám, když to bylo řešení pro něho, proč by nemohlo být i pro mě?“ (VODÁČKOVÁ, 2007, s. 492)

3 Komunikace s psychiatrickým pacientem v přednemocniční neodkladné péči

Komunikace by se dala definovat jako výměna myšlenek, přijímání informací, předávání zpráv a to takovým způsobem, který zajistí, že si oba aktéři komunikace rozumí. Komunikace v přednemocniční neodkladné péči, dále jen PNP, je vždy těžší než ve zdravotnických zařízeních, o to ví je ztížená, pokud pacient trpí psychiatrickou poruchou. Navíc ačkoliv zdravotnický záchranář působí většinou jako spasitel, je také často předmětem, na kterém si pacienti mohou vybit vztek, strach a úzkost. I přes tyto skutečnosti by komunikace s psychiatrickým pacientem v PNP měla respektovat běžná pravidla komunikace. Zdravotnický záchranář by měl pacienta v první řadě respektovat, komunikovat s ním takovým způsobem, jenž zachová jeho důstojnost. Neměl by být zdůrazňován rozdíl mezi klientem a zdravotníkem, spíše naopak. Zdravotnický záchranář má docílit tzv. partnerského postoje, kdy respektuje klienta jako sobě rovného a činní tak z něj aktivního účastníka celé mimořádné události. Důležité je též pacientovi naslouchat, vcítit se do jeho pocitů a dát mu pocit zájmu o něj ze strany zdravotníka. Zdravotnický záchranář by měl být vůči klientovi slušný, měl by s ním mluvit srozumitelně bez používání cizích pojmů. Zdravotnický záchranář by též měl dodržet pravidlo 4P, které pod sebou skrývá čtyři pravidla: pozdravit, představit se, poprosit a poděkovat. (ANDRŠVÁ, 2012)

V rámci krizové intervence je popsáno používání tzv. podpůrného rozhovoru, jehož hlavním cíle je poskytnutí podpory účastníkovi mimořádné události. Podpůrný rozhovor je složen ze tří fází: vymezení problému, porozumění problému a hledání optimálního řešení a způsobu jeho realizace. První fáze je období naslouchání, kdy zdravotník vyslechne pacienta, při čemž by měl být trpělivý a empatický. Druhá fáze představuje uspořádání získaných informací a utvoření cíle, ke kterému má zvolené řešení dojít. Třetí fáze zahrnuje utvoření plánů a postupů, díky kterým má být dosaženo stanovených cílů z fáze druhé. Dále je nutné v krizové intervenci dodržovat jistá doporučení a zásady. Mezi takovéto doporučení patří pravidlo 5N, které popisuje postupy, kterým by se měl zdravotnický záchranář vyhýbat. Mezi tyto zásady patří pravidla: neobviňovat, neodsuzovat, nemoralizovat, nehádat se a nebagatelizovat. (ANDRŠVÁ, 2012)

3.1 Komunikace s agresivním pacientem

Pojem agrese pochází z latinského slova ad-gredior neboli v překladu přistoupit blízko či napadnout. Agrese je chování vědomé, kdy agresor poškozuje jiné osoby či věci a to s úmyslným záměrem ublížit. (<http://cs.wikipedia.org/>, 25)

Z fyziologického hlediska je spouštěčem agresivního chování v centrálním nervovém systému především hypothalamus a limbický systém. Právě limbický systém zpracovává útočné a obranné chování. Důležitou roli hraje též mozková kůra, především pak frontální lalok, která má svou účast hlavně při vnímání a interpretaci senzorických informací. Agrese je ovlivňována biologickými i sociálními faktory. Každý člověk má vrozené obranné reakce a jistou míru agresivity. A jelikož každá osoba je individuální, má též každý vrozenou jinou dispozici k agresivnímu chování. Zvýšenou míru dispozice k agresivitě mají osoby s nedostatečnou tvorbou serotoninu, osoby hyperaktivní a s poruchami paměti a pozornosti nebo lidé s organickými poruchami. Dále je agresivita ovlivňována sociálním učením, tedy velice záleží na výchově, na společnosti ve které se jedinec pohybuje a předešlých zkušenostech. Pokud se tedy například jedinci dařilo v dětství řešit konflikty pomocí agrese, bude se snažit takto řešit konflikty i v dospělosti. (www.akutne.cz, 26)

Agrese zahrnuje mnoho druhů: fyzická, psychická, verbální nebo sociální agrese, rasové, sexuální a mediální násilí, autoagresivita a heteroagresivita, institucionální týrání, přenesená forma agresivity, lobbing, bossing a stalking. Fyzická agresivita zahrnuje fyzické násilí ať již beze zbraní. Psychická agrese je typická především pro partnerské vztahy. Vyznačuje se hlavně omezováním, neustálým kontrolováním, ponižováním, citovým vydíráním nebo nedostatečným uspokojováním psychických potřeb jako např. pocitu bezpečí a jistoty. Verbální agrese slouží často i jako prostředek jiného typu agresivity. Zahrnuje vulgární mluvu, nadávky, sarkastickou nebo ironickou komunikaci. Sociální agrese znamená především finanční omezování nebo zesměšňování ve společnosti. Rasové násilí je agrese zaměřená na odlišnou rasu např. na Rómy. Jedná se o jistou formu diskriminace. Sexuální násilí zahrnuje znásilnění, sexuální obtěžování nebo zneužívání, častokrát i dětské populace. Autoagresivita je agrese zaměřena na vlastní osobu, heteroagresivita poté označuje agresi zaměřenou na jiného jedince než na sebe samého. Institucionální týrání je označení pro agresivitu v jistých institucích ze strany personálu např. v nemocnicích

nebo domovech důchodců. Přenesená agrese znamená agresivní útok na osobu, na kterou není agresor primárně naštván, jedná se tedy o náhradníka. Mobbing a bossing je označení pro agresi na pracovišti, kdy mobbing značí agresi v pracovním týmu a bossing z pozice vedoucího. Stalking je označení pro pronásledování a sledování, což je dnes již považováno za trestný čin. (ANDRŠVÁ, 2012)

Agresivita všeobecně na pracovištích vzrůstá, ovšem zdravotničtí pracovníci se považují za profese, jenž jsou s agresí konfrontováni v porovnání s ostatními profesemi velmi často. Zdravotničtí a sociální pracovníci se dle různých výzkumů řadí mezi rizikové pracovníky z pohledu násilí na pracovišti. Právě akutní péče, pohotovostní oddělení a psychiatrická oddělení se řadí mezi pracoviště s vysokým výskytem násilného chování ze strany klientů. Ačkoliv Česká republika se nepotýká s tak závažnými případy jako například USA, kde je v denním pořádku řešit vraždy na pracovištích, stále je agresivita běžnou součástí praxe jak sester na běžných odděleních, tak zdravotnických záchranářů. (KOLEKTIV AUTORŮ, 2004)

Pro práci zdravotnického záchranáře jsou zásadní především techniky komunikace s agresivním klientem, jenž je značně rozdílná od komunikace běžné. Důležité je, aby kontrolu nad situací měl zdravotnický pracovník a ne pacient. Zdravotnický záchranář by během komunikace s agresorem měl zůstat co nejvíce v klidu a především myslet i na svou bezpečnost, a proto je nutné vždy požádat o spolupráci minimálně jednoho dalšího pracovníka a udržovat bezpečnou vzdálenost od agresora a tím si nechávat možnost nutného úniku. Je nutné též ovládat techniky pro de-eskalaci násilí. Do těchto technik se řadí minimálně pět zásad:

- a) Hlas a tón řeči by měl být klidný, pevný a řeč musí být neagresivní.
- b) Opatrně na prudké pohyby, které by mohl agresor považovat za útok.
- c) Do komunikace s klientem by se měla zařadit i empatie a dát tak najevo agresorovi, že jej chápeme. Nutné je získat důvěru a chovat se přátelsky a to ne jen pomocí verbální komunikace, ale též za pomocí neverbální komunikace. Důležitý je například celkový postoj, kdy ruce by měl zdravotnický záchranář držet v dolní polovině těla dlaněmi ke klientovi, což je držení těla vyjadřující přátelský postoj. Důležité je též udržovat stálý oční kontakt.
- d) Náhlé úsudky do komunikace s agresorem též nepatří.
- e) Zásadní je vnímat pocity a potřeby klienta a dát mu naše vnímání najevo během komunikace, kdy klienta například ujišťujeme, že jej slyšíme, chápeme atd.

Důležitá je i správná reakce na křik klienta. Na křik agresora je dobré reagovat, dalo by se říci poněkud opožděně, abychom vytvořili chvilku ticha, která ve většině případech uvolní trochu dusnou atmosféru. Zdravotnický pracovník by měl odpovídat v krátkých nenáročných větách a veškeré důležité informace nenápadně zopakovat. Je dobré zopakovat vždy to, co zdravotnický pracovník pochopil a dát tak najevo jeho zájem o klienta. Též je důležité ponechat agresorovi dostatek času na odpověď a v žádném případě na něj nenaléhat. Ačkoliv se to nezdá jako zásadní věc, je velmi důležité ovládat i svůj dech. Rychlé a neklidné dýchání poukazuje na nervozitu zdravotnického pracovníka, což může ještě více znepokojit i agresora. Asi nejdůležitější pro komunikaci s agresivním klientem je navození důvěry mezi klientem a zdravotnickým pracovníkem. K technikám navození důvěry patří několik zásad jako například oslovování klienta celým jménem, čímž mu zdravotnický pracovník dává najevo, že si jej váží. Dát možnost agresorovi vyjádřit své obavy a připomenout mu, že se mu snažíme jen pomoci. Ovšem ne vše si zdravotnický pracovník může nechat líbit, a proto je důležité upozornit agresora, že jeho chování není možné naprosto tolerovat a pokud se situace nezlepší, bude nutné zavolat pomoc. K tomuto upozornění ovšem je nutné použít stále klidný, pevný a jemný tón. Zdravotnický pracovník musí též přistoupit na jistý kompromis. Určitým kompromisem by mohla být například omluva za možný přístup ze strany zdravotnického personálu. V případě kdy není možné agresivitu klienta žádnými doporučenými postupy utlumit, je kolikrát nutné klienta zpacifikovat. To je možné fyzicky, kdy by správně na jednu končetinu klienta měl být jeden zdravotnický pracovník a k tomu ještě jeden zdravotník, jenž chrání hlavu a krk, což je většinou ovšem při zásahu zdravotnické záchranné službě málokdy možné, vzhledem k tomu, že ke klientovi s největší pravděpodobností dorazí jen jedna posádka, která je pouze tříčlenná. Další možnost je farmakologická metoda, tedy sedace klienta. Je nutné mít na paměti, že ani fyzická ani farmakologická metoda zklidnění agresora se neřadí mezi bezpečné metody a proto by k ní zdravotnický personál měl přistupovat až jako k poslední možnosti. V každém případě, při jakýchkoliv nutných sebeobraných metod je důležité informovat bezpečnost, tedy policii a o veškerých postupech udělat podrobný zápis do dokumentace. (www.bezpecnostpersonalu.cz, 27)

3.2 Komunikace se suicidálním jedincem

Komunikace se suicidálním jedincem je další typ specifické komunikace v zdravotnické záchranné službě, který je velmi častý. V této specifické komunikaci je především důležité v první řadě utvořit si jistý správný postoj k sebevražednému jedinci. Osobní předsudky vůči sebevražedným činům musí jít stranou, jelikož i přes velkou snahu nedávat je najevo, značně ovlivňují verbální i neverbální komunikaci. Nejedná se pouze o názory, že sebevrahové jsou slaboši, ale např. o přesvědčení plynoucí z náboženské víry. Např. v křesťanské víře, je sebevražda hřích pocházející z desatera, přesněji z přikázání nezabiješ. Zdravotnický pracovník by proto neměl svého náboženského přesvědčení využívat u věřících ani nevěřících osob. Nevěřící osobu by mohl jen provokovat a u věřící osoby by mohl vyvolat pocit, že neselhala jen vůči sobě, ale i vůči Bohovi. (VODÁČKOVÁ, 2007)

Sebevražda je nebezpečná převážně pro svoji nesrozumitelnost a nepochopitelnost, ovšem to neznamená, že zdravotnický pracovník má tvrdit sebevražednému jedinci, že jej chápe. Důležitější je ho utvrdit, že se jej snaží a chce pochopit, jelikož nejhorší může být právě fiktivní pochopení. (VODÁČKOVÁ, 2007)

Velmi cenná informace, která by měla být od suicidálního jedince zjištěna, je zda daná osoba chce doopravdy spáchat sebevraždu. Ačkoliv se to nezdá, přímé otázky jsou mnohdy vhodnější, než hovoření v hypotézách. Je také správné vyslovit slovo sebevražda, jelikož je vědecky podložena skutečnost, že pojmenování problémů suicidální osobu uklidňuje. Rozdíl je samozřejmě u dětských pacientů, pro které je pojem sebevražda až příliš vážný a těžký. Důležité je ponechat sebevražednému jedinci právo svobodně se rozhodnout. Zdravotnický pracovník by neměl suicidálnímu jedinci jeho čin zakazovat, měl by mu dát najevo, že je jen na něm zda bude chtít tento čin vykonat, ale zároveň by jej měl přesvědčit, aby si uvědomil nevratnost tohoto jednání. Dobré je pokusit se jistou dohodu o odložení sebevraždy, kdy pracovník záchranné služby upozorní na možnost zkusit nejprve méně drastické řešení problému a v případě neúspěchu se teprve navrátit k takto konečnému řešení. V této specifické komunikaci není též místo pro moralizování a nátlak. Je naprosto nevhodné se pokusit přemluvit jedince otázkami typu: „Co Vaše rodina? To jim přece nemůžete udělat? To je necháte tady samotné?“ Tyto otázky mohou pouze jen prohloubit pocit selhání a viny. Naopak pro empatii je v této komunikaci velmi důležité místo. Suicidální jedinci velmi dobře

reagují na pocit, že jsou pochopeni. Je ovšem nutné, aby zdravotnický pracovník si dal pozor na použití místo empatie soucitu, ten může být velmi provokativní. Je též nutné nesnažit se použít empatii způsobem: „Já Vás chápu. Taky jsem to zažil.“ Tento způsob mluvy může dát sebevražednému jedinci pocit méně důležitosti. Takovýto jedinec by měl mít pocit, že se momentálně hovoří jen o jeho problémech a ne, že je zatěžován potíží někoho jiného. Záchránce by měl též dodržovat jistá pravidla mluvy. Měl by mluvit pomalu, zřetelně a klidně. Mumlání, kokane a nervozita vyvolává nervozitu i u sebevražedného jedince. Záchránce by měl hovořit v nižším tónu řeči, velmi pružně odpovídat a nebagatelizovat problémy zachraňované osoby. Nikdy by neměl suicidanta k dokonání jeho činu pobízet, ačkoliv to paradoxně někdy pomůže, jedná se o risk, který může mít fatální následky. Záchránce by neměl také používat známé fráze, cizí názvosloví či různé terapeutické metody. Suicidant by měl mít pocit, že hovoří se sebou rovnou osobou. (VODÁČKOVÁ, 2007)

A na závěr, je důležité respektovat jinou časovou dimenzi, v které se suicidální jedinec nachází. Suicidant získává celkově zpomalené tempo, ať již v myšlení, hovoření či v pohybu. Proto záchránce musí být trpělivý, naslouchat, respektovat pomlky v rozhovoru a hlavně nikdy nepodstrkovat v netrpělivosti vlastní dokončení věty suicidanta. Záchránce by měl být též opatrný v neverbální komunikaci. Přímo nevhodné jsou např. zkřížené ruce nebo ruce v pěst. Jedná se totiž o neverbální vyjádření nervozity, které každý podvědomě umí číst. (VODÁČKOVÁ, 2007)

3.3 Komunikace s pacientem v akutní stresové reakci

Akutní stresová reakce je běžná součást praxe zdravotnického záchranáře. Stresová reakce může vznikat v rámci hromadného neštěstí, mimořádných událostech, při ztrátě blízké osoby nebo např. u svědků úmrtí jiné osoby. Akutní stresová reakce se může projevit těžkou hysterií, zmateností, ale například také strnutím a stáhnutím se do sebe. To je důvodem proč musí být zdravotnický záchranář velmi vnímavý a nesmí zapomínat na skutečnost, že pokud pacient nežádá pomoc, neznamená to, že by jí nepotřeboval.

Osoba ve stresové reakci by neměla pocítit samotu. Nikdy by neměla zůstat bez dozoru jiné osoby, jelikož její jednání může být nepředvídatelné. Zdravotnický záchranář by měl pozorně naslouchat a vcítit se do pocitů pacienta. Je důležité pojmenovat celou situaci a pružně odpovědět na veškeré otázky pacienta, při čemž se

zdravotník řídí zásadou, že podání falešných skutečností je mnohdy horší, než přiznání nedostatků informací. Zasažená osoba může pociťovat pocity nejistoty, viny nebo velké množství pochybností. Záchranář by měl vést komunikaci takovým způsobem, aby si jedinec uvědomil skutečnost, že se nachází v mimořádné životní situaci a to je důvodem proč je mnohem citlivější než běžně. (<http://www.hzscr.cz>, 14)

Mezi techniky, které snižují dopad posttraumatické reakce, patří tzv. okamžitý rozhovor, který by neměl proběhnout v delším časovém úseku než je několik dnů po mimořádné události. Nejlépe by však měl proběhnout do několika hodin po stresové situaci. (<http://www.hzscr.cz>, 14)

Během komunikace s pacientem v akutní stresové reakci je zásadní aktivní naslouchání, nenaléhat na pacienta a tolerovat situace, kdy zasažená osoba nechce o situaci hovořit. Velmi účinná je pomoc známé, blízké osoby. Proto je dobré pátrat po rodinných příslušnících nebo přátelích, kteří by mohli v komunikaci s pacientem být úspěšnější. Ovšem zároveň je nutné si uvědomit, že je často potřebná profesionální pomoc např. psychologů nebo psychiatrů. (<http://www.hzscr.cz>, 14)

3.4 Komunikace s pacientem trpícím demencí

Demence je velmi častá psychiatrická porucha, která není záležitostí jen stařeckého období. Pacient trpící demencí má zhoršený kontakt s realitou. Porucha paměti vyvolává pocity úzkosti a strachu. Komunikace s osobou trpící demencí vyžaduje mnoho energie, klidu a trpělivosti. Pro komunikaci s pacientem s demencí je zásadní především vhodné prostředí, které se vyčleňuje svým klidem a absencí rušivých podmětů. Zásadní je též dostatek času pro rozhovor. Aby byla komunikace s nemocným možná, musí se na zdravotníka plně soustředit. Tomu může zdravotnický pracovník pomoci např. správně volenou neverbální komunikací. Do té můžeme zařadit třeba přímý pohled zblízka do obličeje nemocného, aby pracovník jej tak zaujal. Osobě s demencí by měl zdravotnický pracovník pozorně naslouchat a pokusit se alespoň minimálně porozumět jeho nereálnému světu, ve kterém se pacient nachází. (<http://dspace.upce.cz>, 28)

Zdravotnický záchranář by měl komunikovat v krátkých větách a to jasně, srozumitelně a jednoduše. Měl by se pokusit používat především slova, která využívá daná osoba s demencí nejčastěji. Veškeré pokyny, které zdravotnický pracovník pacientovi zadává, by měl zadávat postupně a neměli by být příliš složité. Nikdy by nemocnému nemělo být pokládáno více než jedna otázka a vždy je nutné, aby si

zdravotnický pracovník ověřil porozumění otázce či úkolu ze strany pacienta. (<http://dspace.upce.cz>, 28)

Zdravotnický pracovník si musí uvědomit, že nemocný k tomu co říká má důvěru, a proto je někdy nutné s pacientem vést i rozhovory postrádající jakýkoliv smysl. To je pomůcka, díky které se zdravotník může vyvarovat různým konfliktům, které rozhodně nejsou žádané, jelikož mezi další zásadu takto specifické komunikace patří, zbytečně se nehádat. Zdravotník by na pacienta s demencí neměl nikdy zvyšovat hlas, opravovat jej a nezesměšňovat jeho nesmyslné chování. Jestliže nastane situace, kdy je nutné nemocného opravit, měla by být oprava provedená v klidném a přátelském prostředí a zdravotník by se měl pokusit pacienta ne přímo opravovat, ale pokusit se pacienta navést na správné řešení. (<http://dspace.upce.cz>, 28)

Při komunikaci s pacientem s demencí je nutné komunikovat na primitivní úrovni, často otázky opakovat a dlouho čekat na odpovědi. Někdy je nutné užívat omezovací prostředky, které nezajišťují jen bezpečnost okolí, ale i samotného pacienta. Omezovacích prostředků by ovšem mělo být užito jen v případě, kde neexistuje jiné méně agresivní východisko. Není též výjimkou řešit agresivitu pacienta nebo jeho halucinace. V těchto situacích platí zásady, které jsou popsány v podkapitole 3.1 Komunikace s agresivním pacientem a 3.6 Komunikace s pacientem paranoidním, s bludy, halucinacemi nebo schizofrenií. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

3.5 Komunikace s pacientem paranoidním, s bludy, halucinacemi nebo schizofrenií

Pacient trpící schizofrenií a bludy nechce a ani nemůže přijmout své jednání a myšlení jako mylné. Označení jeho bludu za omyl, by mohlo mít na svědomí velmi silnou agresivní reakci, proto je nutné se tomuto jednání vyvarovat, jelikož by jej pacient mohl považovat za zpochybňování jeho soudnosti. Při komunikaci s takovýmto pacientem je nutné dbát na svou bezpečnost, a pokud je to možné, co nejméně se pacienta dotýkat. Pacient by vždy měl mít možnost být aktivním účastníkem v rozhodování, které se týká jeho terapeutického plánu, proto by měl být vždy o všem informován dříve, než to zdravotník učiní. V případě agresivity platí doporučení popsána v podkapitole 3.1 Komunikace s agresivním pacientem. V první fázi by měl zdravotník akceptovat pacientův blud jako jeho realitu, ovšem neměl by jej považovat za objektivně platné myšlení. Zdravotnický pracovník by měl umožnit projev

negativních emocí pacienta bez přítomnosti pacientova strachu z trestu. Zdravotnický pracovník by se měl svou komunikací pokusit, aby se on sám nestal součástí bludných myšlenek pacienta. Tomu se může pokusit zabránit tím, že se pokusí pacientovi vysvětlit svou identitu a popsat roli, kterou pro něj představuje. Vždy je nutné se vyhýbat diskuzím a argumentům, které by se týkaly bludného myšlení pacienta. Komunikace s osobou s bludy a schizofrenií by měla být vždy konkrétní a jasná. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Paranoidní pacienti se vyhýbají okolí, nedůvěřují druhým, jsou podráždění a citliví. Komunikace má být vedena s cílem zjistit, co způsobuje pacientovo izolaci. Při komunikaci s paranoidní osobou by se zdravotnický personál měl vyhýbat soutěživému chování. Zdravotník by též měl omezovat situace, při kterých hovoří a směje se s jinou osobou a paranoidní pacient má možnost tento rozhovor pozorovat, ovšem bez možnosti slyšet o čem je mluveno. Takováto situace je paranoidní osobou vnímaná jako útok na jeho osobu. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Pacient trpící halucinacemi se ještě více izoluje než pacient s bludy. Komunikace by měla být zaměřena na snižování úzkosti a na podporu pacienta vytvářet si náhled na své halucinace, aby pochopil, že se jedná o realitu pouze pro něj. Je nutné co nejvíce minimalizovat prostředky neverbální komunikace, které podporují halucinace. Mezi tyto prostředky patří např. potřásání hlavou nebo přílišná gestikulace. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

3.6 Komunikace s neuritickým a depresivním pacientem

Při komunikaci s depresivním pacientem je nutné neustále pacienta povzbuzovat a chválit. Zdravotnický personál by měl odstraňovat časté předsudky depresivní osoby, jako například, že deprese je vlastně trest za něco, co udělal. Je nutné ubezpečovat pacienta, že je tu někdo kdo mu chce pomoci a hlavně jej přesvědčit, že mu druzí mohou pomoci, pokud bude spolupracovat a nebude se uzavírat jen do sebe. Zdravotnický pracovník by měl rozpoznat nebezpečí suicidia a při suicidálním jednání dodržovat doporučení z podkapitoly 3.2 Komunikace se suicidálním jedincem. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002) Z počátku je nutné převzít pacientovo povinnosti na sebe a postupně jej motivovat k tomu, aby vykonávali své denní povinnosti sami. V komunikaci s depresivní osobou musí být zdravotnický personál trpělivý, empatický a dávat najevo, že pacienta chápe. Komunikace by měla být klidná, pomalá a bez emocí

jako je např. vztek a nervozita. Hlavní je nevyhýbat se rozhovoru, o to víc, pokud o něj pacient stojí. (<http://theses.cz>, 29)

Neurotický pacient je úzkostný, neklidný, ustrašený. Častokrát se projevuje jízlivě, výbušně a výsměšně. Komunikace s neurotickým pacientem by měla být zaměřena na zjištění a pojmenování toho, z čeho má strach a na snižování dané úzkosti. Zdravotnický pracovník by měl dát pacientovi pocit porozumění a pokusit se naučit pacienta přijímat jeho anxiety jako součást jeho života, se kterou se musí potýkat. V případě, že se jedná o neurotického pacienta s obsedantně – kompulzivní poruchou, mělo by vést tlumení úzkosti i ke snižování potřeby vykonávat jisté rituály. Vždy by měl ovšem zdravotník nechat pacienta dokončit již započatý rituál a až poté s pacientem komunikovat, jelikož v tu chvíli je úzkost na nejvyšší intenzitě. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

3.7 Komunikace s pacientem pod vlivem psychoaktivních látek

Tato podkapitola je velice obsáhlá a prolínající se s mnoha veškerými podkapitolami, které již zde byly popsány. Jak bylo již zmíněno, psychotropních látek je neskutečná škála a každá z nich má jiné symptomy akutní intoxikace a jiné dopady dlouhodobého užívání. Mezi asi nejtypičtější projev akutní intoxikace, jenž komplikuje komunikaci pacienta se zdravotnickým personálem, patří agresivita. Agresivita je typická hlavně pro akutní intoxikaci alkoholem, jenž je v praxi zdravotnického záchranáře velmi častá. V případě agresivního jednání je nutné dodržovat zásady, které jsou popsány v podkapitole 3.1 Komunikace s agresivním pacientem. Dalšími projevy akutní i dlouhodobé intoxikace jsou depresivní stavy a s nimi spojené i suicidální jednání. I zde platí zásady a doporučení již výše popsaná.

Specifický stav je reakce na psychofarmaka, jenž se vyskytuje především v počátcích léčby. Stav je charakteristický neklidem, neovladatelným plazením jazyka a vystupujícíma očima z důlků. Vše je doprovázeno neskutečnou bolestí, která u pacienta vyvolá silnou úzkost. Na zdravotnickém záchranáři je pacienta uklidnit a upozornit, že se jedná o přechodný stav, který po podání antiparkinsonik vymizí bez trvalých následků. (MALÁ; PAVLOVSKÝ, 2002)

Mezi velmi rozšířenou poruchu, která doprovází především drogové závislosti např. užívání LSD, marihuany nebo pervitinu. Pacient je úzkostný, paranoidní a často se suicidálními tendencemi, které vnímá jako jediné východisko z dané situace. Problém je, že pacient je vůči druhým nedůvěřivý a má pocit, že jej každý může ohrozit. Při

komunikaci s takovýmto pacientem musí zdravotník udržovat přesvědčivě klidný tón hlasu. Zdravotnický pracovník by se měl snažit pacienta uklidnit a dát mu najevo, že je zde pro něho a chce mu pomoci. Komunikace by měla být konkrétní a jasná. Pokud je to možné, je dobré zajistit přítomnost blízké osoby, které pacient důvěřuje, jelikož to je možnost, jak utlumit jeho panický stav. Je též důležité nechat pacienta volně mluvit, a když hovoří, nepřerušovat jej. Zdravotnický pracovník by si měl dát pozor, aby na podivné stesky nemocného nereagoval odmítavě nebo podrážděně. Též by se měl vyvarovat snaze přesvědčit pacienta, že se jedná jen o jeho představy, které mu nemohou ublížit. Často se jedná o pacienty drogově závislé, který se již léčí v jistém krizovém centru. Zdravotnický pracovník by se měl tedy tuto informaci zjistit, případně dané centrum kontaktovat nebo pacientovi některé centrum doporučit. (VONDRÁČKOVÁ, 2007)

4 Nedobrovolná hospitalizace

I v přednemocniční neodkladné péči má právní problematika své postavení. Pokud se budeme bavit o psychiatrické problematice v urgentní medicíně, bude nás zajímat především pojem nedobrovolná hospitalizace. Považuji za důležité, aby jistý základ této situace znal každý pracovník zdravotnické záchranné služby, jelikož to může být právě on, kdo jednou k takovéto hospitalizaci bude předávat svého klienta.

U nedobrovolné hospitalizace se jedná o hospitalizaci bez souhlasu nemocného. Tento zásah do práv občana upravuje Zákon č. 20/1966 Sb. Zákon o péči a zdraví lidu a to přesně § 23, odst. 4, který praví:

„(4) Bez souhlasu nemocného je možné provádět vyšetřovací a léčebné výkony, a je-li to podle povahy onemocnění třeba, převzít nemocného i do ústavní péče

- a) jde - li o nemoci stanovené zvláštním předpisem, u nichž lze uložit povinné léčení,
- b) jestliže osoba jevící známky duševní choroby nebo intoxikace ohrožuje sebe nebo své okolí, anebo
- c) není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví.“ (www.pravnik.cz, 30)

Takovou osobu převáží do ústavní péče Policie České republiky nebo Zdravotnická záchranná služba, eventuelně za policejní pomoci. Po nedobrovolném přijetí klienta do zdravotnického zařízení je určený ošetřující lékař povinnen nedobrovolnou hospitalizaci oznámit do 24 hodin soudu, tedy pokud do této doby nepodepsal klient dodatečně písemný souhlas s hospitalizací. Soud po takovém oznámení musí nejpozději do 7 dnů ode dne, kdy došlo k nedobrovolné hospitalizaci, rozhodnout zda hospitalizace bez souhlasu nemocného byla učiněna ze zákonných důvodů či nikoli a pokud soud nedobrovolnou hospitalizaci považuje v daném případě za zákonnou, rozhoduje zda důvody k hospitalizaci stále trvají. Tyto opatření upravuje Předpis č. 99/1963 Sb. Občanský soudní řád, přesněji § 191a, odst. 1 upravuje oznamovací povinnost ošetřujícího lékaře a § 191b, odst. 5 upravuje povinnosti soudu. Tento předpis též ustanovuje práva klienta, jenž byl hospitalizován bez svého písemného souhlasu, kdy dává klientovi právo být soudem vyslechnut, právo si zvolit svého právního zástupce

z řad advokátů, ale třeba i příbuzných a samozřejmě též právo se proti jakémukoliv rozhodnutí soudu odvolat. (KRÁLOVÁ, 2008)

Nedobrovolná hospitalizace má danou maximální dobu trvání a to jeden rok. Pro delší nedobrovolnou hospitalizaci je nutné po roce učinit nové šetření a případně rozhodnou o další hospitalizaci bez souhlasu nemocného. Ovšem zdravotnické zařízení má právo nemocného propustit z ústavnní péče dříve, než po uplynutí doby, která byla stanovena soudem. (www.ferovanemocnice.cz, 31)

5 Kazuistika: Dehydratace při Bipolární afektivní poruše

ANAMNÉZA

Popis situace

Podmínky: léto, pracovní den, teplota ovzduší cca. 28°C, vozovka suchá, bez nečistot, denní světlo, viditelnost dobrá, čas výjezdu: 14 hodin 15 minut

Vzdálenost výjezdových stanovišť zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) od místa události v příslušném Územním oddělení: nejbližší výjezdové stanoviště vzdálené 2 km s možností využití 2 skupin rychlé lékařské pomoci (dále jen RLP), 3 skupin rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP) a 1 skupiny letecké zdravotnické záchranné služby (dále jen LZSS). Další výjezdová stanoviště vzdálená 26 km s možností využití 1 skupiny RLP a 2 skupin RZP a 28 km s možností využití 2 skupin RLP a 3 skupin RZP.

Sít zdravotnických zařízení: Nejbližší zdravotnické zařízení a poskytující zároveň nejvyšší stupeň psychiatrické a interní péče je vzdálené od místa události 2 km po silnicích 1. a 2. třídy. Další nejbližší zdravotnické zařízení poskytující psychiatrickou a zároveň i interní péči je vzdálené 48 km od místa události po dálnici D8, silnici 1. třídy a v minimální míře silnici 2. třídy.

Místo nehody: Místo nehody je sídliště Skřivánek vzdálené 1 km a 300 m od centra města (cca. 93 747 obyvatel). Jedná se o byt 2 +1 v třetím poschodí sedmi patrového panelového domu. Panelový dům, ve kterém se nachází byt 2+ 1 stojí v podélné řadě čtyř panelových domů na posledním místě ze strany příjezdu posádky RZP. Panelový dům má dva vchody. Místo nehody se nachází v krajním vchodě naproti lékárně Skřivánek. Před panelovým domem je možnost příčného parkování na vyznačených parkovacích místech. Kolem panelového domu z přední strany vede silnice 2. třídy v dobrém stavu, z této strany se nachází též vchody se zvonky na jednotlivé byty. K zadní části panelového domu vede pouze chodník pro pěší, který je z druhé strany ohraničený malou loukou s travnatým a stromovitým porostem. Z této strany se nachází zadní vchody do panelového vchodu bez zvonku na jednotlivé byty.

Průběh nehody: Pětadvacetiletá žena, trenérka v místním fitness centru je registrovaná na psychiatrickém oddělení v Ústí nad Labem, kde se dlouhodobě léčí. Její diagnóza je dle MKM- 10 zařazena do kategorie F Nemoci duševní a poruchy chování. Číslo

registrované diagnózy pacientky je F310 dle MKM- 10 neboli Bipolární afektivní porucha. Mladá žena se právě nachází v manické fázi své nemoci. Již několik dní přijímá minimum stravy a tekutin, nedostatečně spí a přepíná své fyzické síly sportovním tréninkem. Vzhledem k stabilnímu letnímu počasí s vysokými teplotami ovzduší se její organismus nezvládá vyrovnat s nedostatkem tekutin a fyzickým přepínáním a mladá žena kolabuje z důvodu vyčerpání a dehydratace. Ženu nachází v bytě její sestra, která má stabilně klíče od bytu a volá na tísňovou linku 155.

KATANAMNÉZA

Průběh zásahu u dehydratace organismu z pohledu ZZS

14 hodin 15 minut

Na tísňové lince 155 zdravotnické operační středisko ústeckého kraje (dále jen ZOS) zaznamenává tísňové volání mladé ženy. Žena ohlašuje nález své pětadvacetileté sestry v bezvědomí na zemi v jejím bytě. Během rozhovoru s pracovnící ZOS je již mladá žena při vědomí, ovšem stále velmi zmatená a apatická. Stěžuje si na bolest hlavy a nesnesitelnou žížeň. Dispečerka ZOS zjišťuje lokalizaci, kde se poškozená nachází a vysílá posádku RZP nejbližšího výjezdového stanoviště vzdáleného 2 km od bytu dané události. Hovor je ukončen po necelých dvou minutách ze strany dispečerky ZOS. Dvoučlenná posádka RZP skládající se z řidiče zdravotnické záchranné služby a zdravotnického záchranáře přijímá výzvu prostřednictvím počítače a potvrzuje její příjem.

14 hodin 19 minut

Výjezd posádky RZP ze základny. Vzhledem k velmi hustému provozu ve městě používá řidič RZP při jízdě zapnuté výstražné světelné zařízení modré barvy a akustické výstražné zařízení. V danou hodinu je ve městě provoz velmi hustý, tvoří se zácpy a řidiči osobních vozidel jsou netolerantní a vozidlu RZP průjezd městem neulehčují. Všichni členové posádky RZP jsou za jízdy připoutáni, oblečení ve stejnokroji s rozlišovacími nápisy odbornosti, s dlouhými nohavicemi a rukávy s reflexními pruhy. Obutou mají pevnou obuv a na rukách mají natažené jednorázové ochranné rukavice.

14 hodin 25 minut

Posádka RZP přijíždí na místo události. Před vchodem již čeká soused poškozené ženy, aby zajistil rychlý a snadný přístup do panelového domu. Řidič RZP parkuje příčně vůz přímo před vchodem panelového domu. Zdravotnický záchranář bere všechny potřebné

pomůcky zabalené do batohu zdravotnické záchranné služby, řidič nese sedačku na přenesení pacientky z bytu do vozu. K přístupu do bytu v třetím poschodí posádka RZP využívá výtah. Zde jim byt otevírá sestra pacientky. Mladá žena leží na pohovce v obývacím pokoji. Momentálně je při vědomí, ovšem v době, kdy byla nalezena sestrou, se nacházela v bezvědomí. Žena reaguje velmi dezorientovaně a má značně opožděné reakce. Až úzkostně se domáhá tekutin a stěžuje si na nesnesitelnou bolest hlavy. Zdravotnický záchranář měří ženě tlak, pulz a saturaci kyslíku. Žena se nachází v hypotenzi s krevním tlakem 90/50 toorrů, má tahykardii 110 tepů za minutu, velmi snížený turgor kůže, suché rozpraskané rty a vysušené sliznice v dutině ústní. Zdravotnický záchranář má podezření na dehydrataci organismu. Od sestry pacientky zjišťuje, že žena trpí zaléčenou bipolární afektivní poruchou, a že tento stav byl již v minulosti několikrát dopadem dekompenzované manické fáze duševní poruchy pacientky. Zdravotnický záchranář odebírá od sestry farmakologickou anamnézu poškozené ženy, která pravidelně užívá antidepresiva v kombinaci s tymoprofylaktikami. Z řady antidepresiv pacientka užívá Duloxetin 80 mg denně a z řady tymoprofylaktik užívá Lithium carbonicum 300mg a to v dávce 3 krát 1 tableta denně. Řidič ZZS mezitím po dohodě s pacientkou v peněžence vyhledává průkaz pojištěnce pro zjištění potřebných osobních dat a pojišťovny, u které je žena pojištěna. Zdravotnický záchranář ženě zajišťuje periferní žilní vstup a aplikuje intravenózně fyziologický roztok pro zavodnění organismu a zvýšení krevního tlaku. Pro uklidnění žízně ženě navlhčuje rty a jazyk, tekutiny raději nepodává, jelikož není pacientka dostatečně vyšetřena a nemůže si být jistý, zda by jí podáním tekutin neuškodil či nezkomplikoval práci lékařů. Po odebrání alergické anamnézy aplikuje zdravotnický záchranář ženě na bolest hlavy Tramal 100mg / 2ml a to 1 ampuli intramuskulárně. Ženu posazují na sedačku a snáší do vozidla zdravotnické záchranné služby, zde jí napojují na EKG – monitoring a zároveň na monitoring krevního tlaku, srdeční frekvence a saturaci kyslíku.

14 hodin 40 minut

Posádka RZP odjíždí z místa výjezdu. Řidič ZZS se spojuje s dispečerkou ZOS a nahlašuje, že vezou pacientu, kterou je třeba směřovat na interní oddělení s možností psychiatrické konzultace a v případě potřeby s možností překlady na psychiatrické oddělení. Nejbližší zdravotnické zařízení, které splňuje dané požadavky je vzdálené 2 km, další možné zdravotnické zařízení s psychiatrickým oddělením je vzdálené 48 km.

Dispečerka ZOS se spojuje s Masarykovou nemocnicí v Ústí nad Labem, která je nejbližší a zároveň, kde je pacientka registrovaná v psychiatrické péči a zjišťuje jejich kapacitní možnosti. Po kladné odpovědi informuje posádku RZP a směřuje je na emergency Masarykové nemocnice, kde je mladá žena již nahlášená k hospitalizaci. Pacientka je transportovaná v leže v protišokové poloze, během jízdy zajištěna bezpečnostními pásy, stabilizovaná a monitorovaná. Zdravotnický záchranář během jízdy provádí zápis do Záznam o výjezdu. Cesta je dobře průjezdná a stav pacientky nevyžaduje použití výstražného zařízení k urychlení cesty na cílové zdravotnické pracoviště.

14 hodin 46 minut

Posádka RZP předává pacientku na emergency Masarykové nemocnice, kde je jejich příjezd již ohlášen dispečerkou ZOS. Pacientka je za stále probíhající infuzní terapie a stále monitorace základních životních funkcí překládána ze sanitního vozu na vyšetřovací lůžko na urgentním příjmu nemocnice, kde je mladá žena přepojena na jejich přístrojové vybavení. Zdravotnický záchranář poskytuje základní anamnézu o pacientce a doposud provedenou terapii lékařce emergency Masarykové nemocnice. Lékařka přebírá pacientku do péče a její převzetí potvrzuje razítkem a podpisem na kopii Záznamu o výjezdu a jeho originál si ponechává.

15 hodin 2 minuty

Posádka RZP potvrzuje dispečerce ZOS předání pacientky do péče urgentního příjmu a připravenost k dalšímu výjezdu. Dispečerka ZOS posílá posádku RZP zpět na základnu.

15 hodin 4 minuty

Posádka RZP je zpět na základně a ukončuje výjezd na terminálu ve voze. Posádka RZP po ukončení výjezdu provádí základní očistu a dezinfekci vybavení vozu, kontroluje technické vybavení sanitního vozu a doplňuje pomůcky na jedno použití, které využila při výjezdu.

ANALÝZA A INTERPRETACE

Celý zásah ZZS u případu dehydratace vzniklé v důsledku dekompenzace psychiatrické poruchy trval od přijetí tísňové výzvy až po návrat posádky RZP na základnu 49 minut. Příjem tísňové výzvy a zjištění základních nutných informací jako např. charakteristika a lokalizace případu proběhla velmi rychle, dle předepsaných standartu daného ZOS a bez výskytu nepředvídatelných komplikací v komunikaci s volající na linku 155.

Časové ztráty ve vyhodnocení situace a vyslání posádky na místo, kde se pacientka nacházela, byli minimální. Předpokládaný dojezdový čas posádky na místo zásahu vzhledem k vzdálenosti a stavu vozovky je za ideálních dopravních podmínek 3 minuty. Cesta posádky RZP na místo, kde se nacházela zdravotně poškozená žena, trvala celkem 6 minut. Časové ztráty vzniklé při cestě na místo zásahu byli vzhledem dopravní špičce minimální. Posádka RZP dodržela předepsaný limit dojezdového času 20 minut. Sběr anamnézy na místě události byl rychlý, bez zbytečných časových prodlev. Komunikace s psychiatrickou pacientkou proběhla bez komplikací, což byl z části i důsledek minimální komunikativnosti pacientky z důvodu přítomnosti kvalitativní poruchy vědomí. Posádka se na místě události zdržela celkem 15 minut. Dojezdový čas do zdravotnického zařízení byl 6 minut. Časové ztráty vůči předpokládanému možnému dojezdovému času byli minimální a způsobeny především stabilizovaností pacientky a nenutností použití výstražných zařízení. Překlad pacientky do péče lékařky urgentního příjmu proběhl bez komplikací. Všechny předepsané administrativní záležitosti spojené s výjezdem a předáním pacientky do péče zdravotnického zařízení byli splněny.

DISKUZE

Celý výjezd posádky RZP byl rychlý a nekomplikovaný. Posádka RZP dodržela veškeré doporučení standartu daného ZOS. Během výjezdu posádka neporušila žádné dopravní předpisy. K nutnosti porušení dopravních předpisu, ke kterým má nárok, vždy správně využila světelného a akustického výstražného zařízení. Diskutabilní ovšem je aplikace Tramalu intramuskulárně zdravotnickým záchranářem bez předešlé telefonní poradě s lékařem. Předpis č. 96/2004 Sb. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, zkráceně zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, neuděluje možnost zdravotnickému záchranáři aplikovat tento lék, bez indikace lékaře na základě vlastního úsudku. Zdravotnický záchranář takto jednal na základě ústní vnitřní domluvy mezi nelékařským a lékařským personálem daného ZOS, ovšem tato dohoda nikdy nebyla písemně podložena a v případě komplikací vzniklých na základě aplikace daného léku, by se lékař lehce mohl vzdát odpovědnosti za vzniklé potíže. V tomto případě by veškerá odpovědnost byla na straně zdravotnického záchranáře a celý případ by mohl

být posuzován jako překročení pravomocí nelékařského zdravotnického personálu nebo dokonce jako porušení zákona.

ZÁVĚR

Celý výjezd jsem já osobně zažila jako přihlížející praktikantka v prvním ročníku studia. Ačkoliv se nejedná o kazuistiku, která by přímo poukazovala na specifiku komunikace s psychiatrickým pacientem, vybrala jsem si jí z důvodu propojenosti somatických potíží a psychiatrické problematiky. Na této kazuistice bych chtěla poukázat právě na tuto skutečnost, že ačkoliv se to nezdá, psychiatrická problematika je součástí praxe zdravotnického záchranáře a ne vždy se jedná jen o výjezdy k dekompenzovaným stavům psychiatrických poruch, ale i o různé somatické potíže, které kolikrát mohou s psychiatrickou poruchou přímo či nepřímo souviset, na což by měl pracovník zdravotnické záchranné služby vždy pomyslet.

6 Kazuistika: Osoba se sebevražednými úmysly

ANAMNÉZA

Popis situace

Podmínky: jaro, pracovní den, teplota ovzduší cca. 14°C, deštivé počasí, vozovka mokrá, denní světlo, viditelnost dobrá bez mlhy, čas výjezdu: 9 hodin 18 minut

Vzdálenost výjezdových stanovišť zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS) od místa události v příslušném Územním oddělení: nejbližší výjezdové stanoviště vzdálené 1,9 km s možností využití 2 skupin rychlé lékařské pomoci (dále jen RLP), 3 skupin rychlé zdravotnické pomoci (dále jen RZP) a 1 skupiny letecké zdravotnické záchranné služby (dále jen LZSS). Další výjezdová stanoviště vzdálená 28 km s možností využití 1 skupiny RLP a 2 skupin RZP a 50 km s možností využití 2 skupin RLP a 3 skupin RZP.

Sít' zdravotnických zařízení: Nejbližší zdravotnické zařízení poskytující psychiatrickou péči je vzdálené od místa události 1,9 km po silnicích 1. a 2. třídy. Nejbližší zdravotnické zařízení disponuje navíc psychiatrickým oddělením na nejvyšší úrovni a s největší kapacitní možností v kraji. Další nejbližší zdravotnické zařízení poskytující psychiatrickou péči je vzdálené 50 km od místa události po dálnici D8, silnici 1. třídy a v minimální míře silnici 2. třídy.

Místo nehody: Místo události je sídliště Stříbrníky, sedmi patrový panelový dům, jenž stojí samostatně v prostoru. Před přední částí panelového domu se nachází malé parkoviště pro obyvatele domu. Z této strany se též nachází vchody se zvonky na jednotlivé byty v domě. Ze zadní části panelového domu vycházejí druhé vchody, ovšem bez zvonku na jednotlivé byty. Vchody vyúsťují na chodník pro pěší, který je obklopen travnatým porostem. Naproti panelovému domu z přední části přes silnici 2. třídy stojí mateřská škola. Celkově se jedná o klidnou periferii města.

Průběh nehody: Dvaceti letá žena se pohádala se svým přítelem, který jí právě oznámil, že chce od ní odejít, protože má jinou ženu. Žena situaci psychicky neunášela a snažila se muže vydírat sebevraždou. Muž se domníval, že se jedná pouze o způsob citového vydírání a odchází z bytu ženy. Po odchodu muže z bytu se žena ovšem dostává na střechu panelového domu a posílá svému expřítelovi textovou zprávu s výhružkou, že skokem ze střechy ukončí svůj život. Muž se dostává na parkoviště před panelovým

domem a opravdu vidí ženu na střeše. Po telefonu se jí snaží uklidnit, dokonce jí nabízí opět vztah, ale žena vše bere jen jako falešné sliby a neustupuje od svého činu. Muž tedy volá na linku 155.

KATANAMNÉZA

Průběh zásahu u dehydratace organismu z pohledu ZZS

9 hodin 18 minut

Na tísňové lince 155 zdravotnické operační středisko ústeckého kraje (dále jen ZOS) zaznamenává tísňové volání pětatřicetiletého muže. Muž ohlašuje sebevražedný úmysl své expřítelkyně skokem ze sedmipatrového panelového domu. Dispečerka ZOS zjišťuje lokalizaci, kde se nachází panelový dům, z něhož žena chce skočit a zjišťuje veškeré důležité informace o nastalé situaci. Po zjištění, že je muž se svou expřítelkyní v mobilním kontaktu, dává dispečerka ZOS volajícímu krátké a rychlé instrukce, jak s ženou komunikovat a žádá jej, ať zůstává s ženou v kontaktu do příjezdu jedné ze složek integrovaného záchranného systému (dále jen IZS). Dispečerka ZOS vysílá posádku RLP nejbližšího výjezdového stanoviště vzdáleného 1,9 km od místa události. Hovor je ukončen po necelých čtyřech minutách ze strany dispečerky ZOS. Tříčlenná posádka RLP skládající se z řidiče zdravotnické záchranné služby (dále jen ZZS), zdravotnického záchranáře a lékaře ZZS přijímá výzvu prostřednictvím počítače a potvrzuje její příjem. Dispečerka ZOS informuje o celé události Policie České republiky (dále jen Policie ČR) a Hasičský záchranný sbor Ústeckého kraje (dále jen HZS).

9 hodin 24 minut

Výjezd posádky RLP ze základny. Vzhledem k velmi špatným podmínkám jako je neustále trvající déšť, mokrá vozovka a hustý provoz ve městě, používá řidič RLP při jízdě zapnuté výstražné světelné zařízení modré barvy a akustické výstražné zařízení. Všichni členové posádky RLP jsou za jízdy připoutáni, oblečení ve stejnokroji s rozlišovacími nápisy odbornosti, s dlouhými nohavicemi a rukávy s reflexními pruhy. Obutou mají pevnou obuv a na rukách mají natažené jednorázové ochranné rukavice.

9 hodin 27 minut

Výjezd dvou hlídek Policie ČR z Obvodního oddělení Ústí nad Labem vzdálené 3,1 km od místa události převážně po silnici 2. třídy a minimálně po silnici 1. třídy. Obě hlídky Policie ČR využívá při jízdě výstražné světelné zařízení modré barvy a akustické výstražné zařízení.

9 hodin 28 minut

Výjezd posádky HZS ze základky vzdálené 4,2 km od místa události po silnici 1. a 2. třídy. Posádka HZS vzhledem k hustému provozu v centru města využívá výstražných světelných zařízení modré barvy a akustického výstražného zařízení.

9 hodin 28 minut

Posádka RLP přijíždí na místo události. Na místo události přijíždí jako první složka IZS. Na parkovišti stojí volající, který se dle pokynu dispečerky ZOS snaží udržet s mladou ženou telefonní kontakt. Kolem panelového domu se schází mnoho přihlížejících, zvědavých osob, jenž by teoreticky mohli ohrožovat a komplikovat celý zásah. Posádka RLP se snaží přihlížející požádat, aby se vzdálili, ale bohužel neúspěšně. Lékař RLP se přes mobil expřítele mladé ženy pokouší navázat s ženou kontakt a ptá se na její svolení, aby se přiblížil k ní blíže a měli si tak možnost promluvit. Žena lékaři RLP dává svolení, aby se k ní přiblížil, ovšem dodává poznámku, že stejně její rozhodnutí nezmění. Lékař RLP vydává na střechu panelového domu. Na žádost pacientky se zdržuje ve velmi bezpečné vzdálenosti, téměř na druhé straně střechy. Snaží se s ženou navázat kontakt a zjistit její úmysly. Žádá mladou ženu, aby mu pověděla, z jakého důvodu chce spáchat sebevraždu. Žena ovšem odmítá s lékařem komunikovat, jelikož má pocit, že jí mužská populace nemá šanci pochopit.

9 hodin 33 minut

Hlídky Policie ČR přijíždí na místo události. Kontaktují se s posádkou RLP a zjišťují dosavadní průběh situace. Po domluvě s posádkou RLP uzavírají místo události a příkazují všem přihlížejícím, aby se vzdálili. Přední vchody panelového domu se stávají naprosto nepřístupné, jelikož by v případě dokonané sebevraždy byly předpokládaným místem dopadu. U zadních vchodech stojí hlídka Policie ČR a v případě nutnosti umožňuje do a z panelového domu přístup výlučně obyvatelům bytů. Hlídka Policie ČR též o události informuje ředitelku mateřské školy (dále jen MŠ), jelikož je z oken MŠ velmi dobrý výhled na místo události, aby minimalizovali pohyb dětí u oken.

9 hodin 43 minut

Příjezd posádky HZS na místo události. Posádka HZS zajišťuje předpokládané místo dopadu v případě dokonané sebevraždy seskokovou matrací. Pro jistotu zajišťují seskokovou matrací i zadní část panelového domu. Jelikož se lékaři RLP nedaří navázat s ženou dostatečně dobrý kontakt a žena nehodlá ani vyhovět žádosti dočasné eliminace

rizika svým vzdálením se od okraje střechy, kontaktuje posádka HZS svého psychologa, aby se na místo události dostavil.

9 hodin 54 minut

Výjezd psychologa HZS z místa předešlého působení vzdáleného 9,2 km od místa události převážně po silnici 1. třídy, minimálně po silnici 2. třídy.

10 hodin 12 minut

Příjezd psychologa HZS na místo události. Psycholog HZS se přemísťuje na střechu panelového domu. Přebírá činnost lékaře RLP. Snaží se s ženou navázat kontakt otázkou, zda chce spáchat sebevraždu. Žena odpovídá kladnou otázkou, sice stroze, ale i to, že se zapojuje do dialogu, je úspěch. Psycholog HZS se snaží zjistit důvody, které u ženy k takovému jednání vedou, aby dal tak možnost ženě vypovídat se. Žena ovšem odmítá komunikovat a opět prosazuje svůj názor, že se s mužem nebude o svém problému bavit, jelikož všichni budou stát na straně jejího expřítele. Psycholog HZS se snaží o domluvu jistého kompromisu. Nabízí ženě možnost promluvit si s jeho kolegyní, která jí jistě lépe pochopí. V případě, že po rozhovoru s ní nezmění svůj názor, vždy se přeci může k sebevraždě vrátit. Ovšem po dokonání sebevraždy již nemůže zkoušet jiné řešení, jelikož se jedná o nevratný čin. Žena s kompromisem souhlasí, ovšem ne tak jak by si psycholog HZS představoval. Odmítá za psycholožkou jet a požaduje, aby ona přijela na místo události. Psycholog HZS tedy přistupuje k této možnosti a pokouší se o vyjádření také svých podmínek a eliminaci aktuálního rizika, což se před jeho příjezdem lékaři RLP nepodařilo. Žádá ženu, aby ustoupila alespoň o dva kroky od okraje střechy, jelikož žena stojí velmi těsně u kraje a na oplátku on zavolá svou kolegyni na místo události. Žena na tento kompromis přistupuje, sice její dva vykonané kroky se svou délkou rovnají spíše jednomu běžnému kroku, ale i to je úspěchem.

10 hodin 40 minut

Psycholog HZS schází z panelového domu k jednotce HZS, kterou žádá, aby se spojili s HZS v Teplicích vzdáleného 20 km od místa události. Zde totiž povolání psychologa HZS vykonává žena a mohla by jim pomoci.

10 hodin 42 minut

HZS Ústí nad Labem se spojuje s HZS Teplice a žádá je o vypůjčení psycholožky HZS. Žádosti ovšem nemůže být vyhověno, protože jejich psycholožka se nachází na neschopence a jako záskok na její pozici stojí opět muž.

10 hodin 47 minut

Hlídka policie ČR z obvodního oddělení Ústí nad Labem kontaktuje policejní vyjednávačku pro obvodní oddělení Ústí nad Labem.

10 hodin 50 minut

Výjezd policejní vyjednávačky svým osobním automobilem z místa svého bydliště vzdáleného 7 km od místa události po silnici 1. a 2. třídy.

11 hodin 5 minut

Příjezd policejní vyjednávačky na místo události a seznámení se s její charakteristikou.

11 hodin 10 minut

Policejní vyjednávačka vychází na střechu panelového domu za ženou se sebevražděnými úmysly. Policejní vyjednávačka se představuje a nabízí ženě možnost povědět jí důvod svých úmyslů. Žena je s psycholožkou mnohem komunikativnější než s psychologem HZS. Policejní vyjednávačka se snaží ženě vysvětlit nevratnost jejího činu a zjišťuje, zda doopravdy žena o takový konec stojí. Během rozhovoru s ženou vyhodnocuje celou situaci jako demonstrativní čin. Snaží se ženě dát najevo, že její situaci chápe a zároveň se ženě snaží vysvětlit, že svým jednáním svého expřítele zpátky nezíská, ba naopak ztratí i tu nejmenší šanci k obnovení jejich vztahu. Pokouší se jí nabídnout kompromis, aby zkusila jiné řešení situace, jelikož v případě neúspěchu se k sebevražděnému činu může eventuálně kdykoliv navrátit, opačně to ovšem nejde.

11 hodin 40 minut

Žena ustupuje od sebevraždy a schází s policejní vyjednávačkou ze střechy panelového domu. Zde se jí ujímá posádka RLP, aby jí mohli převést na psychiatrické oddělení. Žena je klidná, neagresivní a s hospitalizací souhlasí. Není tedy potřeba pacientce aplikovat zklidňující prostředky.

11 hodin 45 minut

Posádka RLP se spojuje s dispečerkou ZOS a žádá jí, aby zjistila možnost hospitalizace pacientky na psychiatrické oddělení v ústí nad Labem.

11 hodin 48 minut

Dispečerka ZOS kontaktuje psychiatrické oddělení nejbližšího zdravotnického zařízení. Psychiatrické oddělení potvrzuje možnost přijetí pacientky.

11 hodin 50 minut

Dispečerka ZOS vysílá jednotku RLP na psychiatrické oddělení, kde jsou již ohlášení.

11 hodin 51 minut

Výjezd RLP z místa události. Pacientka je transportovaná v sedě, zabalená do zlaté izotermické folie pro tepelný komfort, během jízdy zajištěna bezpečnostními pásy, klidná a spolupracující. Zdravotnický záchranář během jízdy provádí zápis do Záznam o výjezdu. Cesta je mokrá, ale dobře sjízdná. Stav pacientky nevyžaduje použití výstražného zařízení k urychlení cesty na cílové zdravotnické pracoviště.

11 hodin 51 minut

Hlídky Policie ČR odjíždí z místa události zpět na obvodní oddělení.

11 hodin 52 minut

Policejní vyjednávačka, která vyjela k případu mimo svou pracovní dobu, ukončuje svou činnost na místě události a odjíždí svým osobním automobilem.

11 hodin 52 minut

Psycholog HZS odjíždí z místa události na základnu HZS, zde vypisuje záznam o průběhu celého případu.

11 hodin 56 minut

Posádka RLP předává pacientku na psychiatrickém oddělení Masarykové nemocnice, kde je jejich příjezd již ohlášen dispečerkou ZOS. Pacientka je klidná a spolupracující, sama si přechází ze sanitního vozu na příjem psychiatrického oddělení, kde podepisuje souhlas s hospitalizací. Lékařka RLP poskytuje základní anamnézu o pacientce a doposud provedenou terapii lékařce psychiatrického oddělení Masarykové nemocnice. Lékařka přebírá pacientku do péče a její převzetí potvrzuje razítkem a podpisem na kopii Záznamu o výjezdu a jeho originál si ponechává.

11 hodin 56 minut

Posádka HZS sklízí svou techniku na místě události a odjíždí zpět na základnu.

12 hodin 5 minut

Posádka RLP potvrzuje dispečerce ZOS předání pacientky do péče urgentního příjmu a připravenost k dalšímu výjezdu. Dispečerka ZOS posílá posádku RZP zpět na základnu.

12 hodin 7 minut

Posádka RZP je zpět na základně a ukončuje výjezd na terminálu ve voze. Posádka RZP po ukončení výjezdu provádí základní očistu a dezinfekci vybavení vozu a kontroluje vybavení vozu.

ANALÝZA A INTERPRETACE

Celý zásah ZZS u případu osoby se sebevražednými úmysly od přijetí tísňové výzvy až po návrat posádky RLP na základnu 2 hodiny a 49 minut. Příjem tísňové výzvy a zjištění základních nutných informací jako např. charakteristika a lokalizace případu proběhla rychle, dle předepsaných standartu daného ZOS a bez výskytu nepředvídatelných komplikací v komunikaci s volající na linku 155. Jen rada dispečerky ZOS, aby expřítel s ženou udržoval telefonní kontakt, si nejsem příliš jistá, zda byla v dané situaci příliš vhodná. To je ovšem spíše na osobním názoru, než na základě předepsaných pravidel nebo doporučení. Časové ztráty ve vyhodnocení situace a vyslání posádky na místo, kde se pacientka nacházela, byli minimální. Ačkoliv v konečné fázi byla posádka RLP zbytečně blokována a postačovala by RZP, bylo její vyslání správně indikováno, jelikož v daném případě by dokonaná sebevražda znamenala úmrtí pacientky. V tom případě je přítomnost lékaře na místě události v pořádku. Předpokládaný dojezdový čas posádky na místo zásahu vzhledem k vzdálenosti a stavu vozovky je za ideálních dopravních podmínek 3 minuty. Cesta posádky RZP na místo, kde se nacházela pacientka, trvala celkem 4 minut. Posádka RLP dodržela předepsaný limit dojezdového času 20 minut za dodržení bezpečné jízdy. Sběr anamnézy na místě události byl rychlý, bez zbytečných časových prodlev. Lékař posádky RLP se pokoušel navázat kontakt s pacientkou, bohužel neúspěšně. Posádka se na místě události zdržela celkem 2 hodiny 23 minut. Dojezdový čas do zdravotnického zařízení byl 5 minut. Převoz pacientky proběhl rychle, za dodržení bezpečné jízdy a bez nutnosti použití výstražného zařízení. Časové ztráty vůči předpokládanému možnému dojezdovému času byli minimální a způsobeny především stabilizovaností pacientky a nenuťností použití výstražných zařízení. Překlad pacientky do péče lékařky psychiatrického oddělení proběhl bez komplikací. Všechny předepsané administrativní záležitosti spojené s výjezdem a předáním pacientky do péče zdravotnického zařízení byli splněny. Předpokládaný dojezdový čas policejních hlídek byl 5 minut. Policie ČR na místo události dorazila za 5 minut od výjezdu ze základny. Na místě události se hlídky Policie ČR zdržely 2 hodiny 18 minut. Správně uzavřeli celé okolí, aby minimalizovali možná rizika. Posádka HZS dorazila na místo události za 15 minut, což je vůči předpokládanému dojezdovému času 6 minut celkem velká časová prodleva, i přes dodržení předepsaného časového limitu. Na místě události se zdrželi 2 hodiny 13 minut. Za jejich pomoci proběhlo zajištění předpokládaných míst dopadu seskokovými

matracemi v případě dokonání sebevraždy. Správně byl k události přivolán psycholog HZS a v případě potřeby i odvolána policejní vyjednávačka ze svého osobního volna. Překlad pacientky na psychiatrické oddělení proběhl bez komplikací a bez nutnosti předpokládané nedobrovolné hospitalizace.

DISKUZE

Výjezd RLP byl rychlý a nekomplikovaný. Posádka dodržela bezpečnost jízdy i časové limity, dokonce i přes velmi nepříznivé podmínky jako např. hustý déšť a mokrá vozovka. Posádka RLP dodržela veškeré doporučení standartu daného ZOS. Během výjezdu posádka neporušila žádné dopravní předpisy. K nutnosti porušení dopravních předpisu, ke kterým má nárok, vždy správně využila světelného a akustického výstražného zařízení. Je pravdou, že na konci zásahu byla blokáce RLP zbytečná a postačila by na místě události RZP, ovšem vyslání RLP bylo správně indikované. Přítomnost lékaře na místě události byla žádoucí, jelikož nebylo jisté, zda nebude nutná silná sedace pacientky pro zklidnění a nedobrovolný převoz na psychiatrické oddělení či nutnost konstatace smrti v případě dokonání sebevraždy. Lékař se pokoušel navázat s pacientkou kontakt. Komunikace lékaře a doporučení v komunikaci se suicidálním jedince v teoretické části mé práce se neshodovala. Celkem nepřiměřený byl ovšem dojezdový čas posádky HZS. Jejich dojezdový čas byl 15 minut od výjezdu ze základny, jenž byla vzdálená 4,2 km od místa události po silnici 1. a 2. třídy. Rozdíl předpokládaného a skutečného dojezdového času 9 minut se mi zdá dost velký, když ještě vezmeme v potaz skutečnost, že v záznamu o výjezdu posádka HZS udává kontinuální použití světelných a akustických výstražných zařízení. Z informací, jenž jsem měla k dispozici ke zpracování své kazuistiky, nebylo možné zjistit důvody časové prodlevy dojezdu posádky HZS. Navíc právě posádka HZS kontaktovala po dojezdu psychologa HZS, tedy svým prodlouženým dojezdovým časem prodloužili i dojezdový čas psychologa. Dle mého úsudku ovšem nebylo vhodné kontaktovat psychologa HZS až po dojezdu na místo události, ale již při obdržení výzvy. Posádka HZS zajišťuje předpokládané místo dopadu v případě dokonané sebevraždy seskokovou matrací. Pro jistotu zajišťuje také druhou stranu panelového domu v případě, že by žena seskočila na druhou stranu panelového domu, aby se vyhnula seskokové matraci, kterou viděla nafukovat. To bylo sice velmi prozíravé jednání, ovšem když už posádka HZS pomýšlela na druhou stranu panelového domu, měla pomýšlet na skutečnost, že

panelový dům má čtyři strany a tedy dvě strany zůstávají nezabezpečené. Komunikace psychologa HZS a policejní vyjednávačky byli v souladu s doporučeními krizové intervence u suicidálního jedince uvedené v teoretické části mé práce. Výborná byla spolupráce celého integrovaného záchranného systému (dále jen IZS).

ZÁVĚR

Výjezd jsem já osobně nezažila. Proběhl v době, kdy jsem měla v Ústí nad Labem praxi, ovšem já jsem se vyskytovala v jiné výjezdové posádce. Zaujal mě především z důvodů, že je zde velmi široká možnost ukázat spolupráci IZS. Navíc myslím, že ukázka této kazuistiky zdůrazňuje skutečnost, že se posádka ZZS často k sebevražednému jednání dostává jako první ze složek IZS a přitom asi jako jediná neprochází psychologickým proškolením jak se v danou situaci zachovat a jak se suicidálním jedincem komunikovat. Navíc nemá možnost využití psychologa pracujícího přímo na ZZS, což je vůči Policii ČR a HZS velká nevýhoda.

Závěr

Má bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část mé práce obsahuje definici a charakteristiku základních psychiatrických poruch, jenž mohou ztěžovat práci zdravotnického záchranáře; samostatnou kapitolu suicidální jednání, které ne jen, že se považuje za samostatnou psychiatrickou poruchu, ale též je častý dopad a komplikace mnoha jiných duševních poruch a kapitolu věnující se specifikám v komunikaci v jednotlivých případech psychiatrických pacientů. Praktická část poté zahrnuje kazuistiku, které se zabývají výjezdem k pacientce s bipolární afektivní poruchou v manické fázi a k osobě se suicidálními úmysly.

Mým hlavním cílem, bylo především podat dostatečné množství o specifické komunikaci s klienty trpící různými psychiatrickými poruchami. Myslím si, že jsem danou kapitolu v mé práci důkladně a dostatečně rozebrala, a proto mám pocit, že svůj hlavní cíl práce jsem splnila.

Má činnost na mé bakalářské práci byla i pro mě přínosem. Při zpracovávání potřebné literatury jsem se dozvěděla mnoho důležitých fakt, ale i neskutečné množství zajímavostí, čímž jsem si rozšířila své vědomosti v dané problematice. Co bylo stěžující pro mou práci, je skutečnost minimální existence literatury, která by se zajímala přímo psychiatrickou problematikou či specifickou komunikací v přednemocniční zdravotnické péči.

Svou práci bych ukončila citátem od P. F. Druckera: „To nejdůležitější v komunikaci je slyšet to, co nebylo řečeno.“ (<http://citaty.pelmel.info>, 32) Myslím, že tento citát dokonale vyjadřuje skutečnost, že velmi důležité je umět číst mezi řádky a hlavně, že není důležité jen mluvit, ale též naslouchat.

Bibliografie

Monografie:

1. ANDRŠOVÁ, Alena., *Psychologie a komunikace pro záchranáře*, Praha : Grada Publishing a.s., 2012. 120s. ISBN 978-80-247-4119-2
2. BOLELOUCKÝ, Zdeněk a kol., *Hraniční stavy v psychiatrii*, Praha : Grada Avicenum, 1993. 199s. ISBN 80-7169-029-5
3. BULÍKOVÁ, Táňa., *Od symptomu k diagnóze v záchrannej službe – Kazuistiky*, Martin : Osveta s.r.o., 2010. 138 s. ISBN 978-80-8063-334-9
4. FRANKEL, Bernard., KRANZOVÁ, Rachel. *O sebevraždách*, Praha : NLN, s. r. o., 1998. 149 s. ISBN 80-7106-234-0.
5. CHROMÝ, Zdeněk. *Moudrost podle abecedy*, 1. vyd. Brno : Unis Publishing s. r. o., 1997. 711 s. ISBN 80-86097-10-2.
6. KOUTEK, Jiří., KOCOURKOVÁ, Jana. *Sebevražedné jednání*, 1. vyd. Praha : Portál, s. r. o., 2003. 127 s. ISBN 80-7178-732-9.
7. KRÁLOVÁ, Kateřina. *Právní rádce : příručka pro všechny, kteří se setkávají s duševní nemocí*, Praha : Česká asociace pro psychické zdraví, 2008. 90 s.
8. LÁTALOVÁ, Klára., *Bipolární afektivní porucha*, Praha : Grada Publishing a.s., 2010. 250s. ISBN 978-80-247-3125-4
9. MALÁ, Eva., PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie – učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*, 1. vyd. Praha : Portál, s.r.o., 2002. 120s. ISBN 80-7178-700-0
10. MONESTIER, Martin., *Dějiny sebevražd*, 1. vyd. Praha : dubbuk, 2003. 414 s. ISBN 80-903001-8-9.
11. POKORNÝ, Jiří. *Lékařská první pomoc*, 1. vyd. Praha : Galén, 2003. 354 s. ISBN 80-7262-214-5
12. PRÁŠKO, Jan., PRÁŠKOVÁ, Anna., PRÁŠKOVÁ, Jana. *Specifické fobie*, 1. vyd. Praha : Portál s.r.o., 2008. 356s. ISBN 978-80-7367-300-0

13. PRÁŠKO, Jan a kol., *Poruchy osobnosti, I. vyd.* Praha : Portál s.r.o., 2003. 358s. ISBN 80-7178-737-X

14. VODÁČKOVÁ, Daniela a kol. *Krizová intervence, 2. vyd.* Praha : Portál, s. r. o., 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0.

Články ze sériové publikace:

1. MÜLLEROVÁ, Zuzana. Nesnesitelná těžkost bytí. *Psychologie dnes*, 2007, 13. ročník, 5. číslo, 60 s. ISSN 1212-9607.

Elektronické dokumentace:

1. *Wikipedie – otevřená encyklopedie*. [online] . 2011 - 2013 [cit. 2013 – 01 – 16]. Dostupné z WWW: http://cs.wikipedia.org/wiki/Du%C5%A1evn%C3%AD_porucha

2. *Schizofrenie, web z rodiny psychoweb.cz – informace a pomoc*. PhDr. PETERKOVÁ, Michaela. [online]. 2008 – 2012 [cit. 2013 – 3 - 16]. Dostupný z WWW: <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenie-uvod/typy-schizofrenie>

3. *Centrum duševního zdraví, Schizoafektivní porucha; Tomáš Novák – Psychiatrické centrum Praha*. [PDF] . 2012 - 2013 [cit. 2013 – 03 – 20]. Dostupné z WWW: http://cdzjesenik.cz/Schizoafektivni_por.pdf

4. *Wikipedie – otevřená encyklopedie*. [online] . 2011 - 2013 [cit. 2013 – 01 – 16]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Dehydratace>

5. *Deprese – s ní I bez ní*. [online] . 2011 - 2013 [cit. 2013 – 03 – 25]. Dostupné z WWW: <http://deprese-ala.webnode.cz/news/typy-nalad-a-deprese/>

6. *Velký lékařský slovník, Maxdorf*. [online]. 2008 – 2012 [cit. 2013 – 03 - 08]. Dostupné z WWW: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/demence>

7. *WikiSkripta – projekt sítě lékařských fakult MEFANET*. [online] . 2011 - 2013 [cit. 2013 – 03 – 15]. Dostupné z WWW: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Demence>

8. *Wikipedie – otevřená encyklopedie*. [online] . 2011 - 2013 [cit. 2013 – 03 – 15]. Dostupné z WWW: http://cs.wikipedia.org/wiki/Creutzfeldt-Jakobova_nemoc

- 9.** *Wikipedie – otevřená encyklopedie.* [online] . 2011 - 2013 [cit. 2013 – 03 – 15].
Dostupné z WWW: http://cs.wikipedia.org/wiki/Parkinsonova_nemoc#P.C5.99.C3.ADznaky_Parkinsonovy_choroby
- 10.** *Závislost na alkoholu – prevence a léčba.* [online] . 2010 - 2013 [cit. 2013 – 03 – 29].
Dostupné z WWW: <http://www.alkohol-alkoholismus.info/nemoce/psychicke-onemocneni/215-psychicke-komplikace-zavislosti-na-alkoholu/769-alkoholova-demence.html>
- 11.** *Osel.cz –Objektive Source E- Learning, HIV a demence.* [online] . 2007 - 2013 [cit. 2013 – 03 – 29]. Dostupné z WWW: <http://www.osel.cz/index.php?clanek=2863>
- 12.** **12.** *Předlékařská první pomoc do škol; Multimediální první pomoc pro pedagogy.* [online]. 2012 – 2013 [cit. 2013 – 03 - 08]. Dostupné z WWW: <http://ppp.zshk.cz/vyuka/delirium.aspx>
- 13.13.** *Wikipedie – otevřená encyklopedie.* [online] . 2011 - 2013 [cit. 2013 – 03 – 01].
Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Stres>
- 14.** *Hasičský záchranný sbor České republiky – předcházíme rizikům.* [online] . 2010 - 2013 [cit. 2013 – 03 – 01]. Dostupné z WWW: <http://www.hzscr.cz/clanek/stresove-reakce-po-mimoradnych-udalostech.aspx>
- 15.** *Vodopad.cz - Gerontopsychiatrická a psychiatrická ambulance, MUDr. Ilona Divácká, MBA.* [online] . 2009 - 2013 [cit. 2013 – 03 – 01]. Dostupné z WWW: <http://vodopad.cz/choroby/poruchy-pohlavni-identity>
- 16.** **16.** *Wikipedie – otevřená encyklopedie.* [online] . 2011 - 2013 [cit. 2013 – 03 – 01]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Temperament>
- 17.** *Vitalia.cz – chytře na život.* [online] . 2009 - 2013 [cit. 2013 – 03 – 01].
Dostupné z WWW: <http://www.vitalia.cz/clanky/nocni-mury-u-deti/>
- 18.** *WikiSkripta –projekt sítě lékařských fakult MEFANET.* [online]. 2011 -2013 [cit. 2013 – 01 - 20]. ISSN 1804-6517. Dostupné z WWW: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/Vomitus>

19. *Vitalion.cz – lepší informace, lepší zdraví.* [online]. 2012 -2013 [cit. 2013 – 01 - 20]. Dostupné z WWW: <http://nemoci.vitalion.cz/bulimie/>
20. *Drogy-info.cz – informační portál o ilegálních a legálních drogách.* [online]. 2003 - 2006 [cit. 2013 – 03 - 28]. Dostupné z WWW: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/p/psychotropni_latka
21. *Drogy-info.cz – informační portál o ilegálních a legálních drogách.* [online]. 2003 - 2006 [cit. 2013 – 03 - 28]. Dostupné z WWW: http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/n/navyk_navykove_uzivani
22. *Hasík – preventivně výchovná činnost v oblasti PO a OOb.* [PDF]. 1999 -2013 [cit. 2013 – 03 - 28]. Dostupné z WWW: http://www.hasik.cz/dokumenty/publ_deti2.pdf
23. *Velký lékařský slovník, Maxdorf.* [online]. 2008 – 2012 [cit. 2013 – 03 - 08]. Dostupné z WWW: <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/konfabulace>
24. *Sebevražda, web z rodiny psychoweb.cz – informace a pomoc.* PhDr. PETERKOVÁ, Michaela. [online]. 2008 – 2011 [cit. 2011 – 9 - 26]. Dostupný z WWW: <http://www.sebevrazda.psychoweb.cz/>
25. *Wikipedie – otevřená encyklopedie.* [online] . 2011 - 2013 [cit. 2013 – 02 – 28]. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Agrese>
26. *Edukační portál – AKUTNE.CZ.* [PDF] . 2007 - 2013 [cit. 2013 – 02 – 28]. Dostupné z WWW: <http://www.akutne.cz/res/publikace/krizova-komunikace-s-pacientem.pdf>
27. *Bezpečnost personálu – Pracovní skupina Aesculap Akademie.* [PDF]. 2012 – 2013 [cit. 2013 – 02 – 28]. Dostupné z WWW: http://www.bezpecnostpersonalu.cz/PDF/Nasili_SBP_Pekara.pdf
28. *Digitální knihovna Univerzity Pardubice.* [PDF]. 2002 -2009 [cit. 2013 – 04 - 1]. Dostupné z WWW: http://dspace.upce.cz/bitstream/10195/39003/1/JiraskovaV_AlzheimerovaChoroba_AM_2_2011.pdf
29. *Vysokoškolské kvalifikační práce.* [PDF]. 2011 -2013 [cit. 2013 – 04 - 1]. Dostupné z WWW: http://theses.cz/id/tj5bbz/Bakalsk_prce_-Brigantov.pdf
30. *Právník.cz – nejnavštěvovanější právníkový server, WEDOS, a.s.* [online]. 2012 – 2013 [cit. 2013 – 01 - 11]. Dostupné z WWW: <http://www.pravnik.cz/uplna-zneni/uz-68.html>

31. *Férová nemocnice – Projekt Ligy lidských práv.* [online]. 2008 – 2013 [cit. 2013 – 01 - 11]. Dostupné z WWW: <http://ferovanemocnice.cz/prava-osob-s-dusevni-nemoci-30/nedobrovolna-hospitalizace-97.html>
32. *PelmeL – citáty jen tak.* [online]. 2007 – 2013 [cit. 2013 – 04 - 25]. Dostupné z WWW: <http://citaty.pelmeL.info/citaty/c9-komunikace>

Jiné zdroje:

1. *Statistiky sebevraždnosti v ČR.* Český statistický úřad, oddělení informačních služeb a podpory uživatelů, Na padesátém 81, 100 82 Praha 10. Kontakt : Ondřej Košata, ondrej.kosata@czso.cz.

Příloha č. 1

Psychiatrická problematika v urgentní medicíně

REŠERŠE

KLÍČOVÁ SLOVA: psychiatrické poruchy; sebevražedné jednání; afektivní poruchy; stresová reakce; psychotropní látky; psychofarmaka; schizofrenní pacient

ZDROJE: www.jib.cz; skc.nkp.cz; www.thesis.cz; kfbz.cz

ČASOVÉ VYMEZENÍ: 2000-

JAZYKOVÉ VYMEZENÍ: Čeština

SEŘAZENO DLE: abecedy

ANDERS, Martin, Tereza UHROVÁ a Jan ROTH. *Depresivní porucha v neurologické praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005, 280 s. ISBN 80-726-2306-0.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2004, 437 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 2. ISBN 80-726-2277-3.

BEER, M, Stephen M PEREIRA a Carol PATON. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Vyd. 1. Překlad Martin Hollý, Kateřina Šoltysová. Praha: Grada, 2005, 296 s. ISBN 80-247-0363-7.

BOUČEK, Jaroslav. *Speciální psychiatrie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, 244 s. ISBN 80-244-1354-X.

BOUČEK, Jaroslav a Vladimír PIDRMAN. *Psychofarmaka v medicíně*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 286 s. ISBN 80-247-1136-2.

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem: minimum pro praxi*. Vyd. 1. Překlad Martin Hollý, Kateřina Šoltysová. Praha: Portál, 2007, 243 s. ISBN 978-807-3673-192.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Editor Mojmír Svoboda. Praha: Portál, 2006, 317 s. Psyché (Grada Publishing), sv. 2. ISBN 80-736-7154-9.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2005, 101 s. Farmakoterapie pro praxi, sv. 2. ISBN 80-734-5056-9.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *První pomoc v psychiatrii*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 170 s. ISBN 80-247-0197-9.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 632 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 305 s. Mezinárodní klasifikace nemocí. ISBN 80-851-2144-1.

- FOX, Lindy. *Integrovaná léčba duálních poruch: (Integrated dual disorders treatment - IDDT) : aktualizovaná a rozšířená příručka : nejlepší postupy, dovednosti a zdroje pro úspěšnou péči o klienty*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, c2011, xxii, 334 s. ISBN 978-80-260-1338-9.
- HORÁČEK, Jiří. *Psychotické stavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis - Aमेpra, 2003, 263 s. ISBN 80-866-9401-1.
- HORT, Vladimír. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008, 492 s. ISBN 978-807-3674-045.
- HÖSCHL C., LIBIGER J., ŠVESTKA J. (editoři), *Psychiatrie (II. doplněné a opravené vydání)*. Praha, 2004, Tigis, s.r.o., 883 s., ISBN 82-900130-7-4.
- HUMPOLÍČEK, Pavel, Mojmír SVOBODA a Václav ŠNOREK. *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0363-6.
- JIRÁK, Roman a František KOUKOLÍK. *Demence: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004, 335 s. ISBN 80-726-2268-4.
- JOHNSON, Stephen M. *Charakterová proměna člověka: terapeutický přístup k raným poruchám*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, vi, 231 s. ISBN 80-251-0923-2.
- KOUTEK, Jiří a Jana KOCOURKOVÁ. *Sebevražedné chování*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007, 128 s. ISBN 978-807-3673-499.
- KOUTEK, Jiří. *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 127 s. ISBN 80-717-8732-9.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3., dopl. vyd. Praha: Galén, c2005, 297 s. ISBN 978-80-7262-347-1.
- LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 247 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4731-254.
- MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-717-8700-0.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- MASOPUST, Jiří, Aleš URBAN a Martin VALIŠ. *Neuropsychiatrické případy*. 1. vyd. Praha: Galén, c2011, 289 s. ISBN 978-807-2628-018.
- MENTZOS, Stavros. *Dynamika duševní nemoci*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 127 s. Spektrum (Portál). ISBN 80-717-8992-5.
- Postupy v léčbě psychických poruch: algoritmy České neuropsychofarmakologické společnosti*. 2., rev. vyd. Editor Dagmar Seifertová. Praha: Academia Medica Pragensis v nakl. Medical Tribune CZ, 2008, xxxv, 616 s. ISBN 978-808-6694-078.

PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

PREISS, Marek a Hana KUČEROVÁ. *Neuropsychologie v psychiatrii: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 411 s. Psyché (Grada Publishing), sv. 2. ISBN 80-247-1460-4.

Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče II. 1. vyd. Editor Jiří Raboch. V Praze: Infopharm, 2006, 204 s. ISBN 80-239-8501-9.

RABOCH, Jiří. *Psychiatrie: doporučené postupy psychiatrické péče III*. V Tribuně EU vyd. 2. Brno: Tribun EU, 2010, 268 s. Knihovnicka.cz. ISBN 978-80-7399-984-1.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozš. Překlad Martin Hollý, Kateřina Šoltysová. Praha: Triton, 2006, 211 s., [8] l. obr. příl. ISBN 80-725-4746-1.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Klinická psychiatrie v denní praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008, 128 s. ISBN 978-807-2625-864.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2., rev. vyd. Praha: Maxdorf, 2002, 506 s. ISBN 80-859-1218-X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2002, 444 s. ISBN 80-717-8678-0.

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd., V nakl. Grada vyd. 1. Praha: Grada, 2007, 396 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 978-802-4713-151.