

Suicidální problematika v praxi urgentní medicíny

Jana Šeblová^{1,2}, Taťána Suchánková-Kočí³, Světlana Kroftová³

¹ Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje, p.o.

² Oblastní nemocnice Kladno – Urgentní příjem

³ Oblastní nemocnice Kladno – Psychiatrická ambulance

Abstrakt

Príspevok shrnuje problematiku suicidií a suicidálních pokusů v urgentní medicíně. Sebevraždy nejsou sice početně frekventované, avšak kvůli nedostupnosti psychiatrické péče v nepřetržitém provozu jsou s nimi pracovníci zdravotnických záchranných služeb (ZZS) a na urgentních příjmech relativně často konfrontováni. V textu jsou prezentovány pomůcky pro hodnocení rizika sebevraždy a základní principy terapeutických opatření. Autorky se zmiňují i o sebevraždách dětí, mladistvých, seniorů a vyloučených sociálních skupin.

Klíčová slova: sebevražda – sebepoškození – urgentní medicína – hodnocení rizika suicidality

Abstract

Suicides and suicidal attempts in clinical practice of emergency medicine

The paper presents the problems of suicides and suicidal behaviour in emergency medicine. Suicides are not so frequent but due to unavailability of 24/7/365 psychiatric care, emergency health care professionals both in prehospital care (emergency medical services, EMS) and at emergency departments face these patients quite often. Some of the scales and inventories for suicide risk assessment are presented in the text and basic principles of management of suicidal patients are also described. Suicides and suicidal attempts of children, adolescents, senior patients and excluded social groups are also mentioned.

Key words: suicidium – self-harm – emergency medicine – suicide risk assessment

Úvod

V urgentní medicíně, a to celosvětově, vzrůstá v posledních letech počet tzv. psychosociálních urgencí. Název se užívá pro všechny stavy, které nesouvisí se somatickou nemocí či poraněním, ale mají původ v psychice či v sociální oblasti. Psychická onemocnění zpravidla neohrožují pacienta na životě, významně však limitují kvalitu života nejen samotného pacienta, ale často i jeho rodiny či okolí. Sebevraždy jsou z hlediska rizika ohrožení života v této skupině výjimkou.

Lékaři urgentní medicíny a zdravotničtí záchranáři se někdy v těchto situacích obtížně orientují, neboť jejich původní profesní zaměření a výcvik byly orientovány na zvládnutí kritických stavů, a nikoli na širokou oblast, která náleží spíše psychologům a psychiatrům. V prvním kontaktu není potřeba stanovit definitivní diagnózu, ale určit míru rizika sebevražedného chování v konkrétní situaci, neboť psychiatrické konziliární služby jsou velmi obtížně dostupné jak v denních, tak zejména v nočních hodinách. Pacienta je často třeba transportovat k vyšetření do vzdálené psychiatrické nemocnice, a tak se klíčovým rozhodnutím stává otázka, zda je možný transport k odbornému psychiatrickému vyšetření bez souhlasu pacienta, nebo zda konkrétní situace tato kritéria nesplňuje. Na jedné straně pouhá diagnóza psychiatrického onemocnění v anamnéze nezakládá automaticky důvod k transportu proti vůli pacienta, na druhé straně je třeba zodpovědně vyhodnotit riziko ohrožení samotného

pacienta. V případě nadhodnocení rizika zdravotník poškodí pacienta zásahem do jeho osobnostních práv, naopak při podhodnocení stavu může ohrozit život či zdraví pacienta. Situaci komplikuje i fakt, že sebevražedné pokusy jsou často spojené s požitím alkoholu či přímo s chronickým abúzem a závislostí, čímž znesnadňují překlad do specializované péče – psychiatrické nemocnice až na výjimky odmítají přijmout pacienty pod vlivem jakékoliv návykové látky.

Sebevraždy a sebevražedné pokusy

Sebevraždy jsou jednou z vedoucích příčin mortality ve věkové skupině mezi 15 a 45 lety (po dopravních nehodách). První vrchol suicidality je ve věku pozdní adolescence a na počátku třetí dekády, druhý vrchol je ve věku nad 65 let, kdy se někdy jedná o tzv. bilanční sebevraždy. Z onemocnění se suicidia nejčastěji pojí s depresí, ale může jít i o náhlé zkratové chování se sníženou kontrolou impulzů při panické atace, závislosti, schizofrenii nebo při poruchách osobnosti. U pacienta se nejprve mohou objevovat suicidální myšlenky bez konkrétního obrazu, později přecházejí do suicidálních tendencí a posléze úvah. V této fázi již dochází k promýšlení vhodného postupu. Pokud dojde k rozhodnutí o realizaci sebevraždy, může se pacient navenek zklidnit, neboť o svých psychických obtížích přestává mluvit. **Presuicidální syndrom** zahrnuje psychické napětí, poruchy spánku, nechutenství, ztrátu komunikace a izolaci od blízkých osob, hovory o smrti a sebevražedné myšlenky. Pacienti si často uspořádají své majetkové a jiné administrativní záležitosti. V této fázi je během ošetření velmi těžké odhadnout riziko provedení sebevraždy, v každém případě by měl pacienta vyšetřit psychiatr. Nedobrovolná hospitalizace je nutná v případech, kdy je vysoká pravděpodobnost realizace nebo opakování dříve neúspěšného sebevražedného chování.

Pomůcky pro hodnocení rizika suicida

Hodnocení rizika suicidality je v podmínkách urgentní medicíny poměrně obtížné. Škály používané v psychiatrické praxi mají omezenou použitelnost, ať už kvůli délce vyšetření, nutnosti psychiatrické erudice nebo pro jejich komplikované vyhodnocení. Některé dotazníky jsou vhodné spíše pro výzkumné účely. Posouzení rizika je proces odhadu pravděpodobnosti, zda se určitá osoba pokusí či nepokusí o sebevraždu. Tento klinický odhad má právní dopady s rozhodnutím o omezení občanských práv. Odhad klinicky málo frekventovaného jevu (sebevraždy) na základě klinického úsudku a porovnání dosažitelných vědeckých důkazů je extrémně obtížný. Hodnocení rizika by též mělo rozlišit akutní riziko (v důsledku nedávných změn v pacientově životě či v jeho duševním stavu) a chronické riziko (závisí na duševním onemocnění a sociálních a demografických faktorech).

Lékař by se neměl obávat se na sebevražedné úvahy a plány dotázat přímo, nijak to nezvyšuje riziko, naopak se někdy pacientům uleví, neboť mohou o problému, kterým se v duchu zabývají, s někým hovořit. Též je nutné zjistit osobnosti predispozice a situační stresory (ztráta práce, ztráta blízké osoby, pocit bezvýchodnosti, povahu sebevražedných ideací, předchozí sebevražedné pokusy, impulsivita a tendence ke ztrátě kontroly), ale i protektivní faktory.

Dále uvádíme přehled a charakteristiky jednotlivých typů dotazníků.

Scale for Suicide Ideation a Modified Scale for Suicide Ideation (SSI/MSSI)

Škála je používaná od roku 1979 a jejími autory jsou A. T. Beck, M. Kovacs a A. Weissman; kvantifikuje intenzitu sebevražedných myšlenek. Používá techniku semistrukturovaného

rozhovoru a zahrnuje 19 položek, každá z nich se skóruje od 0 do 2. Položky spadají do jedné ze tří kategorií: aktivní a pasivní suicidální myšlenky a přípravy. Modifikovaná škála byla vyvinuta Millerem (et al.), je v ní použito 13 položek SSI a 5 nových, modifikace zvýšila reliabilitu i validitu.

Suicide Intent Scale (SIS)

Škála zahrnuje 15 otázek, z nichž každá se oboduje od 0 do 2, a posuzuje závažnost suicidálních pokusů, má vysokou reliabilitu i validitu, opakované pokusy se dostávají do úrovně vyššího rizika.

The Suicidal Affect Behavior Cognition Scale (SABCS)

Pomůcka zahrnuje 6 položek, používá se jako screening pro klinické účely nebo pro výzkum a byla vyvinuta pro posouzení aktuálně hrozícího rizika. Ukázalo se, že tato jednoduchá škála je lepším prediktorem jak budoucího sebevražedného jednání, tak celkové suicidality. Respondenty zařadí do skupin nízkého, mírného a vysokého rizika.

Suicidal Behaviours Questionnaire (SBQ- revised)

Původní dotazník z roku 1981 (autor Linnehan) byl v roce 1988 zredukován na 4 krátké otázky, krátká verze může být vyplněna během 5 minut a stejně jako původní používá Likertovu škálu hodnocení každé položky. Používá se pro svoji jednoduchost často a dobře koreluje s některými jinými pomůckami, například se škálou SIS. Vzhledem ke stručnosti však neposkytuje detailnější informace.

Life Orientation Inventory (LOI)

Je to opět dotazník, který vyplňuje sám pacient a má buď 30 nebo 110 položek ve čtyřbodové Likertově škále. Zahrnuje vlastní hodnocení zranitelnosti, zoufalství, převažující efektivitu, pocitu odcizení a posouzení tendencí k sebevražednosti. Tento dotazník dokáže rozlišit osoby se zachovanou kontrolou, depresivní jedince, jedince s možným nebo vysokým rizikem sebevraždy, nicméně není vhodný pro použití u pacientů, u nichž je aktuální ztráta náhledu a jejichž deprese či stres negativně ovlivňují paměť a výbavnost.

Reasons for Living Inventory (RFL)

Je z roku 1983 (Linahan et al.) a je založen na teoretickém předpokladu, že některé faktory posilují sebevražedné myšlenky. Obsahuje 48 položek se šestibodovou Likertovou škálou. Zahrnuje informace o coping strategiích, odpovědnosti k rodině, obavám ze sebevraždy, ze sociálního vyloučení a o morálních aspektech jedince. Hodí se spíše k výzkumným než klinickým účelům.

Nurses Global Assessment of Suicide Risk (NGASR)

Cutcliffe a Barker vytvořili v roce 2004 hodnotící škálu pro sestry. Škála je založená na 15 položkách s různým počtem přidělených bodů podle závažnosti hodnoceného faktoru, maximální počet bodů je 25. Výsledkem je stratifikace rizika pro konkrétního pacienta (do 5 bodů nízké riziko, 6–8 střední, 9–11 vyšší a nad 12 velmi vysoké). Jednotlivé oblasti jsou demografické a osobnostní (věk, pohlaví, etnikum a kultura, stav, sexuální orientace, nálada v době vyšetření), další se týkají plánování sebevraždy (plány, motivace) nebo naopak důvodů, proč žít, a hodnotí se i přítomnost závažných psychiatrických onemocnění.

Sad Persons Scale (SPS)

Pro potřeby prvního kontaktu a pro použití lékařem s jinou než psychiatrickou specializací se jako vhodná jeví škála SPS (tab. 1.). SPS je jednoduchý skórovací systém založený na

bodovém hodnocení relativně snadno zjistitelných položek, zčásti i u nespolupracujícího pacienta (věk, pohlaví, anamnestická data zaměřená jak na psychiatrickou, tak somatickou morbiditu, abúzus návykových látek a problematika závislostí, systém sociální podpory). Je použitelný i bez psychiatrické specializace a může být pomocným vodítkem pro rozhodování v podmínkách urgentní medicíny; autorky vidí využitelnost tohoto skórovacího systému spíše v podmínkách urgentního příjmu než v terénu. Vždy si však musíme být vědomi, že je to pouze pomůcka k rozhodování a že v případě pochybností nemůže nahradit psychiatrické vyšetření.

Tab. 1.: *SAD PERSONS SCALE pro orientační hodnocení rizika suicidality. Za každý přítomný rizikový faktor se přičte jeden bod, při nepřítomnosti 0. Rozmezí 0–2 body: bez nutnosti odborné psychiatrické léčby, 3–4 body: vhodná ambulantní léčba, při součtu 5–6 bodů je doporučeno zvážit hospitalizaci a u 7–10 bodů je hospitalizace, popřípadě i nedobrovolná, doporučena, neboť hrozí vysoké riziko sebevraždy*

	legenda akronymu v AJ	riziková skupina	body (1 = ano, 0 = ne)
S	SEX	muž	
A	AGE	pod 20 a nad 45 let	
D	DEPRESSION	přidružená deprese	
P	PREVIOUS ATTEMPT	předchozí pokus	
E	EXCESSIVE DRUG USE	abúzus drog nebo alkoholu	
R	RATIONAL LOSS	ztráta racionálního myšlení	
S	SEPARATED	bez partnera, po rozvodu apod.	
O	ORGANISED PLAN	organizovaný plán	
N	NO SUPPORT	chybí sociální opora	
S	SICKNESS	somatické onemocnění (závažné)	
			součet bodů

Vyšetření pacienta po pokusu o suicidium a zásady terapeutického přístupu

V první řadě je potřeba zajistit bezpečnost pro zdravotníky, pro pacienta i pro jeho okolí. V přednemocniční fázi spolupracuje ZZS často s Policií ČR, někdy i s Hasičským záchranným sborem (zajištění přístupu do bytu, zabezpečení místa, pomoc při transportu apod.). V nemocnici by též měly být dopředu stanovené postupy při příjmu neklidných či agresivních pacientů, dostupnost pracovníků bezpečnostní služby a možnost přivolání policie nouzovým tlačítkem.

Při ošetřování pacienta postupujeme tak jako i v jiných situacích podle priorit a podle stavu ohrožení základních životních funkcí. Musíme pečlivě a opakovaně hodnotit všechny monitorované parametry pro možnou dynamiku stavu (otravy, úrazy). Pokud je v popředí klinických symptomů somatická symptomatologie, léčíme v první řadě tuto a předání na cílové oddělení je určeno charakterem příznaků a jejich závažností.

U stabilních pacientů bez alterace vitálních funkcí zajistíme transport k dalšímu vyšetření, častou destinací jsou urgentní příjmy. Z hlediska pacienta i personálu nejsou sice ideálním typem oddělení, ale vzhledem k nepřetržitému provozu a k možnosti provést i veškerá paraklinická vyšetření jsou sem pacienti předáváni. Negativa tohoto řešení jsou jak pro zdravotnický personál (nedostatečná psychiatrická erudice, nedostatek času, paralelní péče o více pacientů, otázka bezpečnosti), tak pro pacienty (dlouhé čekání, nevhodné prostory, odbíhání od rozhovoru kvůli příjmu dalších pacientů, často – zejména v menších nemocnicích – nedostupnost psychiatrického konziliáře). Ze všech uvedených důvodů by měla být snaha co

nejdříve předat pacienta k vyšetření specialistovi, což je však často komplikováno aktuálním vlivem alkoholu, případně léků.

Při rozhovoru s pacientem jsou potřebné základní znalosti o komunikaci, o technikách deeskalace hrožící agrese, dále dovednosti, jak navázat kontakt s pacientem, který je stažený do sebe. V ideálním případě by měl být v nepřetržitém provozu dostupný psychiatrický konziliář nebo psychiatrická sestra, případně zdravotnický personál s výcvikem v krizové intervenci.

Při vyšetření pacienta je potřebné zmapovat rizikové i protektivní faktory a výskyt psychiatrických příznaků, vyptat se na sebevražedné myšlenky a plány, pokusit se odhadnout riziko, monitorovat psychický stav pacienta, stanovit terapeutický postup a předat do adekvátní péče. Dlouhodobé sledování pacientů po závažném sebevražedném (nedokonaném) pokusu ukázalo, že 89–94 % pacientů po 25 letech buď žilo, nebo zemřeli přirozenou smrtí. Tyto výzkumu dokazují, že sebevražda se obvykle odehrává v okamžiku akutní psychické krize, a pokud se podaří pacienta touto krizí provést, je značná naděje, že suicidium nezopakuje.

Farmakoterapie je pouze podpůrná a může být v podmínkách urgentního příjmu zaměřena spíše na úzkost, rozhodnutí o nasazení antidepresiv je i s ohledem na nástup jejich účinku až na psychiatrovi. Podmínkou tlumení úzkosti a neklidu je negativní dechová zkouška na alkohol a negativní screening na výskyt ostatních návykových látek.

Sebevraždy dětí a dospívajících

Situace, kdy se jedná o sebevražedný pokus dítěte či dospívajícího, jsou náročné na správné ošetření jak po stránce zvládnutí ohrožení vitálních funkcí, tak i managementem celého případu včetně vyhodnocení správného postupu po právní stránce. Hospitalizace dítěte je nezbytná i při nižší závažnosti poranění nebo otravy, je možné o ní rozhodnout i bez souhlasu rodičů nebo zákonných zástupců dítěte, případně ve spolupráci s Orgánem sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD). Při podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání dítěte je nutné vše ohlásit i policii, tento trestný čin podléhá oznamovací povinnosti a zároveň je u těchto závažných trestných činů výjimka z povinné mlčenlivosti.

Sebevraždy dětí nejsou v mladším školním věku časté, před dosažením desátého roku věku se pokusy o suicidium vyskytují výjimečně (zhruba do tohoto věku dítě nechápe skutečný význam smrti) a nejsou časté ani do věku 15 let. Jejich počet se zvyšuje až s dospíváním a v adolescenci představují sebevraždy druhou nejčastější příčinu smrti. Nejčastějším motivem bývají vztahové problémy (v rodině nebo partnerské krize) a problémy ve škole.

Při odebírání anamnézy se podobně jako u dospělých pacientů zaměřujeme i na rizikové a protektivní faktory. Oboje jsou u dítěte, v rodině a v okolí dítěte. K protektivním patří zdatnost a zdraví dítěte, dobrá inteligence, harmonická rodina, přiměřená výchova a podpora dítěte ze strany dospělých rodinných příslušníků. V širším okolí hrají roli dobrá škola, kvalitní mimoškolní aktivity a také možnost obrátit se na specializované instituce pro dítě v krizi (linky důvěr, krizová centra apod.). Mezi rizikové faktory se řadí poruchy nálady, zneužívání návykových látek, traumatizující prožitky, nefunkční rodinné vztahy (rozvod, násilí, psychiatrické onemocnění rodičů včetně alkoholismu, týrání a zneužívání dítěte, časté stěhování), problematická školní adaptace, disociální party, ale i pozitivní prezentace sebevražedného chování v médiích.

Mezi alarmující příznaky možného suicidálního jednání u dospívajících patří (podle Špatenková, 2011):

- náhlá změna v chování;
- osamělost a stažení se do sebe;

- váhové výkyvy (nahoru i dolů);
- problémy se spánkem (nespavost i nadměrná spavost);
- psychomotorická agitovanost nebo zpomalení;
- únava, úbytek energie, ztráta koncentrace;
- pocity vlastní bezcennosti a nadměrné pocity viny;
- myšlenky na sebevraždu a zaobírání se smrtí;
- promiskuita s rizikem nákazy sexuálně přenosnými chorobami nebo neplánované gravidity.

I pro dospívající se používají některé škály hodnotící riziko (Kutcher Adolescent Depression Scale, KADS; Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MADRS), ale ještě více zde platí, že by je měl vyhodnocovat psychiatr, ideálně s praxí s dětmi a dospívajícími.

Sebepoškozování je fenoménem, který se mezi dospívajícími poměrně rychle šíří, jde o pohrávání si s bolestí a je spojeno s pohledem na krev. Sebepoškozování je propojené s identitou jedince a jejím hledáním. Mezi dětmi je moderní sledovat temné horory nebo číst romány s tematikou science fiction nebo podsvětí, děti si abstraktně zahrávají s významem života a smrti. Sebepoškozování je extrémně nebezpečný fenomén, který někdy začíná z pouhé nudy nebo nápodobou vrstevnického vzoru. Často se v pedopsychiatrické praxi vyskytuje ve spojení s jinými duševními poruchami nebo poruchami chování. Děti sebepoškozováním tlumí zklamání, smutek, nebo nervozitu a negativně si pak ovlivňují vztah k vlastnímu tělu.

Některé další rizikové skupiny

V evropských zemích je poměrně značná variabilita sebevraždnosti, nejvyšší míru vykazují státy severní a východní Evropy. Výzkum německých a dánských autorů (Spallek J. et al.) v systematickém přehledu analyzovali 24 studií publikovaných mezi lety 1990 a 2011, které porovnávaly míru sebevraždnosti mezi imigranty a místní populací. Autoři nenalezli vzorec, který by bylo možné ve vztahu k emigraci generalizovat, některé skupiny dokonce vykazovaly nižší míru suicidii. Lidé z východní Evropy, kteří žili v Německu, Nizozemí, Dánsku a Švédsku měli vyšší sebevraždnost oproti místní populaci, naopak ti, co se přestěhovali z jižních zemí a Turecka na sever, měli sebevraždu méně, s výjimkou mladých žen z Turecka, Afriky a jižní Asie. Autoři dospěli k závěru, že při migraci de facto dochází k importu míry sebevraždnosti do cílových zemí, přičemž po delší době pobytu se tato míra přibližuje místní populaci.

Podobné výsledky publikovali i Ratkowska a De Leo, kteří se zaměřili na širší analýzu vztahů mezi sebevraždností a migrací. Globalizace s velkým pohybem osob může riziko zvyšovat, a je nutné vzít v úvahu i důvody k odchodu do jiné země, které samy o sobě mohou být stresorem (jazyková a kulturní bariéra, sociální vyloučení, ohrožení v rodné zemi, odloučení od rodiny, posttraumatická stresová porucha, přechod z „kolektivistické“ do „individualistické“ společnosti apod.). I tito autoři však dospívají k závěru, že míra sebevraždnosti do jisté míry kopíruje suicidalitu v zemi původu. Věnují se i zvýšenému riziku druhé generace přistěhovalců, tedy dětí původních imigrantů, kdy v první generaci se naopak mohly projevit některé protektivní faktory migrace.

Další rizikovou skupinou jsou bezdomovci, u nichž je i vyšší výskyt psychiatrické morbidity a také abúzu návykových látek a u nichž je vysoká míra výskytu sebevraždných pokusů; jedna za studií uvádí, že až 28 % mužů-bezdomovců a 57 % žen se někdy během života pokusilo o sebevraždu.

Nejednoznačné jsou studie, které zkoumají tento jev u seniorů a pacientů s kognitivními poruchami. I když je poměrně vysoký výskyt depresivní symptomatologie, ukazuje se, že používané dotazníky nejsou pro tuto populaci vhodné a problematice bude muset být (i vzhledem k demografickým trendům) věnována pozornost.

Závěr

V současných podmínkách je akutní psychiatrická péče obtížně dostupná a pacienti i jejich rodiny se často obracejí na systém urgentní péče. Zdravotníci ZZS i urgentních příjmů by se měli alespoň základním způsobem orientovat v problematice přístupu k pacientovi v krizi a s psychickými problémy. V praxi by to vyžadovalo rozšíření vzdělávání i o oblast komunikace, zásad krizové intervence a související legislativy. Managementy zdravotnických zařízení by měly zajistit na urgentních příjmech prostorové úpravy i rozšíření počtu personálu, aby byla zajištěna bezpečnost personálu i všech pacientů, a pro pacienty v duševní krizi zajistit alespoň minimální podmínky pobytu do doby, než je bude možné předat do specializované psychiatrické péče.

Literatura

1. ALPHS L., BRASHEAR H.R., CHAPPELL P. et al.: *Consideration for the assessment of suicidal ideation and behavior in older adults with cognitive decline and dementia*. Alzheimer and Dementia: Translational Research and Clinical Interventions 2 (2016): 48-59.
2. BEER DM, PEREIRA SM, PATON C. *Intenzivní péče v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2005.
3. COLWELL C, MURPHY P, BRYAN T, NELSON S. *Psychological Disorders – a General Overview*. Emerg. Med. Serv. 2004; 33 (11): 74–83.
4. Duševní poruchy a poruchy chování – popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. WHO Geneva 1992, česky Psychiatrické centrum Praha, 1992.
5. EYNAN R., LANGLEY J., TOLOMICZENKO G. et al.: *The association between homelessness and suicidal ideation and behaviors: results of a cross-sectional survey*. Suicide Life Threat Behav, 2002 Winter;32(4):418-427.
6. FRANZ J. *Tentamen suicidii v PNP*. Urgent. Med. 2004; 7 (4): 20–23.
7. GLICK RL, BERLIN JS, FISHKIND AB, et al. *Emergency psychiatry: principles and practice*. USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2008.
8. HARRIS K. M., SYU J.J., LELLO O.D. et al.: *The ABC's of Suicide Risk Assessment: Applying a Tripartite Approach to Individual Evaluations*. PLoS ONE 2015, 10 (6), e0127442.
9. CHAPPELL P., DUBRAVA S., STEWART M. et al.: *Suicidal ideation and behavior assessment in dementia studies: An Internet Survey*. Alzheimer and Dementia: Translational Research and Clinical Interventions 2 (2016): 60-68.
10. RATKOWSKA K. A., DE LEO D.: *Suicide in Immigrants: An Overview*. Open Journal of Medical Psychology, 2013 (2): 124-133.
11. RIBA MB., RAVINDRANATH D., WINDER GS.: *Clinical Manual of Emergency Psychiatry, 2nd edition*. USA: American Psychiatric Association Publishing, 2016.
12. SPALLEK J., REESKE A., NORREDAM M. et al.: *Suicide among immigrants in Europe – a systematic literature review*. European Journal of Public Health, 25 (1): 63-71.

13. SVANBORG P., ÅSBERG M.. *A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)*. Journal of Affective Disorders, 64, 2001; 203-216.
14. TATE P. *Komunikace pro lékaře*. 5., upravené vyd. Praha: Grada Publishing, 2004.
15. TINTINALLI JE. *Emergency Medicine – A comprehensive Study Guide*. 7th ed. USA: McGraw-Hill Companies, Inc., 2011.

MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.
ZZS Středočeského kraje, p.o.
Vančurova 1544
272 01 Kladno
E-mail: seblova.jana@gmail.com

Příspěvek došel do redakce 30. dubna 2018, po recenzním řízení přijat k tisku 14. května 2018.