



Názov:

**Akútny manažment dospelého pacienta
so suicidálnym syndrómom
v špecializovanej psychiatrickej starostlivosti**

Autori:

doc. MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.

MUDr. Vanda Valkučáková, MPH

MUDr. Mária Králová, CSc.

MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.

MUDr. Marek Zelman

MUDr. Barbora Vašečková, PhD.

doc. MUDr. Igor Ondrejka, PhD.

PhDr. Katarína Jandová, PhD.

PhDr. Martina Bečková, PhD.

PhDr. Vlasta Kurucová

Špecializačný odbor:

Psychiatria

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 45 ods. 1 písm. c) zákona 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov vydáva štandardný postup:

Akútny manažment dospelého pacienta so suicidálnym syndrómom v špecializovanej psychiatrickej starostlivosti

Číslo ŠP	Dátum predloženia na Komisii MZ SR pre ŠDTP	Status	Dátum účinnosti schválenia ministrom zdravotníctva SR
309	24. október 2023	schválené	15. november 2023

Autori štandardného postupu

Autorský kolektív:

doc. MUDr. Ľubomíra Izáková, PhD.; MUDr. Vanda Valkučáková, MPH; MUDr. Mária Kráľová, CSc.; MUDr. Dagmar Breznoščáková, PhD.; MUDr. Marek Zelman; MUDr. Barbora Vašečková, PhD.; doc. MUDr. Igor Ondrejka, PhD.; PhDr. Katarína Jandová, PhD.; PhDr. Martina Bečková, PhD.; PhDr. Vlasta Kurucová

Odborná podpora tvorby a hodnotenia štandardného postupu

Prispievatelia a hodnotitelia: členovia odborných pracovných skupín pre tvorbu štandardných diagnostických a terapeutických postupov MZ SR; hlavní odborníci MZ SR príslušných špecializačných odborov; hodnotitelia AGREE II; členovia multidisciplinárnych odborných spoločností; odborný projektový tím MZ SR pre ŠDTP a patientske organizácie zastrešené AOPP v Slovenskej republike; NCZI; Sekcia zdravia MZ SR, Kancelária WHO na Slovensku.

Odborní koordinátori: doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM

Recenzenti

členovia Komisie MZ SR pre ŠDTP: MUDr. Ingrid Dúbravová; PharmDr. Tatiana Foltánová, PhD.; prof. MUDr. Jozef Glasa, CSc, PhD.; MUDr. Darina Haščíková, MPH; prof. MUDr. Jozef Holomáň, CSc.; doc. MUDr. Martin Hrubíško, PhD., mim. prof.; doc. MUDr. Peter Jackuliak, PhD., MPH; MUDr. Jana Kelemenová; MUDr. Branislav Koreň; doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.; prof. MUDr. Ivica Lazúrová, DrSc.; PhDr. Mária Lévyová; MUDr. Boris Mavrodiev; Mgr. Katarína Mažárová; Ing. Jana Netriová, PhD. MPH; prof. MUDr. Juraj Payer, PhD., MPH, FRCP, FEFIM; Mgr. Renáta Popundová; MUDr. Jozef Pribula, PhD., MBA; MUDr. Ladislav Šinkovič, PhD., MBA; PharmDr. Ellen Wiesner, MSc.; MUDr. Andrej Zlatoš

Technická a administratívna podpora

Podpora vývoja a administrácia: Ing. Peter Čvapek, MBA, MPH; Mgr. Barbora Vallová; Mgr. Ľudmila Eisnerová; Mgr. Mário Fraňo; Ing. Petra Hullová; JUDr. Ing. Zsolt Mánya, PhD., MHA; Ing. Katarína Krkošková; Mgr. Miroslav Hečko; PhDr. Dominik Procházka; Ing. Martina Šimonovičová

Podporené grantom z OP Ľudské zdroje MPSVR SR NFP s názvom: „Tvorba nových a inovovaných štandardných klinických postupov a ich zavedenie do medicínskej praxe“ (kód NFP312041J193)

Kľúčové slová

suicidalita, suicidálny syndróm, suicidálne správanie, krízová intervencia

Zoznam skratiek

BAP	bipolárna afektívna porucha
BZD	benzodiazepíny
CPO	oddelenie centrálného príjmu
C-SSRS	Kolumbijská škála pre hodnotenie závažnosti suicidality (Columbia Suicide Severity Rating Scale)
Dg.	diagnóza podľa Medzinárodnej klasifikácie chorôb, 10. revízie
ECT	elektrokonvulzívna liečba
HIV/AIDS	vírus ľudskej imunitnej nedostatočnosti/syndróm získanej imunodeficiencie
CHOCHP	chronická obštrukčná choroba pľúc
IP	intrapsychický
LBGTQ+	jedinec inej než heterosexuálnej orientácie a/alebo s rodovou identitou presahujúcou rámec rodovej binárnosti
MZ SR	Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky
NCZI	Národné centrum zdravotníckych informácií
NÚL	nežiaduce účinky lieku
PF	pulzová frekvencia
PL	psychoaktívna látka
PM	psychomotorický
PST	psychoterapia
RF	rizikové faktory
RZP	rýchla zdravotná pomoc
SPC	súhrn charakteristických vlastností lieku
SSRI	selektívne inhibítory spätného vychytávania serotonínu
ŠDTP	štandardný diagnostický a terapeutický postup
ŠOP	štandardný operačný postup
TCA	tricyklické antidepresíva
ÚZZ	ústavné zdravotnícke zariadenie
VLD	všeobecný lekár pre dospelých
VLDD	všeobecný lekár pre deti a dorast
WHO	World Health Organisation (Svetová zdravotnícka organizácia)
ZS	zdravotná starostlivosť

Kompetencie

Lekár so špecializáciou v špecializačnom odbore psychiatra (psychiater) – psychiatrické vyšetrenie pacienta, diagnostika a diferenciálna diagnostika, prevencia suicidálneho syndrómu, tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, psychoedukácia, podporná psychoterapia, krízová intervencia.

VLD alebo VLDD, lekár – špecialista v rôznych špecializáciách – skrining a následné odoslanie k špecialistovi, podporná psychoterapia.

Lekár bez špecializácie – psychiatrické vyšetrenie pacienta, diagnostika a diferenciálna diagnostika, prevencia suicidálneho syndrómu, pod supervíziou tvorba individuálneho terapeutického plánu, rozhodnutie o potrebe hospitalizácie, psychoedukácia, podporná psychoterapia, krízová intervencia.

Lekár RZP – zabezpečenie starostlivosti o pacienta pri akútnom stave, transport a odovzdanie na poskytovanie zdravotnej starostlivosti psychiatrovi.

Psychológ, psychológ so špecializáciou v špecializačnom odbore klinická psychológia (klinický psychológ) – psychodiagnostické vyšetrenie, diagnostika, diferenciálna diagnostika a prevencia suicidálneho syndrómu, krízová intervencia, psychoedukácia, prevencia.

Psychoterapeut, t. j. psychiater, psychológ a iný odborník s absolvovaným výcvikom v danom psychoterapeutickom prístupe certifikovanom odbornou organizáciou v zmysle príslušnej platnej legislatívy so špecifickou zainteresovanosťou pacienta podľa typu, stavu, naliehavosti a závažnosti poruchy a s certifikátom v certifikačnej pracovnej činnosti psychoterapia – krízová intervencia a nadväzujúca špecifická psychoterapia, psychoedukácia, prevencia.

Sestra – podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychoedukácia, podporná psychoterapia. Po absolvovaní vzdelávania v krízovej intervencii – krízová intervencia.

Sestra so špecializáciou v špecializačnom odbore ošetrovateľská starostlivosť v psychiatrii – podávanie farmakoterapie, ošetrovateľské postupy, psychoedukácia, podporná psychoterapia. Po absolvovaní vzdelávania v krízovej intervencii – krízová intervencia.

Úvod

Téma suicidality je súčasťou psychiatrickej starostlivosti, ale patrí aj do praxe iných zdravotníkov a v širšom chápaní sa týka celej populácie. Napriek implementovaniu rôznych preventívnych stratégií sa suicidalita dlhodobo vyskytuje medzi častými príčinami smrti. Úmrtia spôsobené samovraždou sú celosvetovo najčastejšou preventabilnou príčinou predčasnej úmrtnosti (WHO Suicide, 2021) a predstavujú vážny problém starostlivosti o verejné zdravie.

Faktory zvyšujúce suicidálne riziko sa uplatňujú na individuálnej, komunitnej aj národnej úrovni (Turecki, 2016; Turecki, 2019).

Suicídium je najhorší možný dopad duševnej krízy spôsobenej reakciou na prežívané okolnosti či rozvinutej psychickej poruchy na život človeka. Je preukázaná súvislosť medzi psychickými poruchami a vysokým rizikom suicídia a/alebo suicidálneho pokusu. Viac ako 60 % suicidií má patologickú motiváciu súvisiacu s psychickými poruchami (Ferrari a kol., 2014), ale zvýšené suicidálne riziko sprevádza aj niektoré telesné ochorenia (Conejero a kol., 2018). Suicidálnemu správaniu je možné predísť identifikáciou varovných signálov, rizikových a protektívnych faktorov, diagnostikou psychických porúch, aplikáciou preventívnych opatrení, včasnou diagnostikou a adekvátnym manažmentom suicidálneho pacienta.

V mnohých krajinách je hlavným zameraním stratégií prevencie suicidality identifikácia a liečba psychických porúch, ktoré zvyšujú suicidálne riziko (Saini a kol., 2021).

Manažment pacienta so suicidálnym syndrómom a zhodnotenie suicidálneho rizika má byť jednou zo základných kompetencií psychiatrov a psychológov, ale nevyhnutné je, aby základnú kompetenciu mali všetci zdravotníci a dokonca aj laici.

Vypracovaný štandard je adaptáciou medzinárodných postupov k manažmentu pacienta so suicidálnym syndrómom v špecializovanej psychiatrickej starostlivosti (Cassel a Wilson, 2018; Celder a kol., 2009; Jacobs a kol., 2003; SAFE-T, Weber a kol., 2017; Vodáčková a kol., 2012; Brož a Vodáčková, 2015).

Definície

Suicidalita: potenciál všetkých psychických síl a funkcií, ktorý smeruje k sebazničeniu.

Suicidálny syndróm: model dynamiky suicidálneho správania (štádiá vývoja smerujúceho k suicídiu), môže prebiehať akútne, alebo chronicky a môže kolísať v intenzite.

Presuicidálny syndróm: trojfázový vývoj suicidálneho správania, ktorý zahŕňa zúženie subjektívneho priestoru (obmedzenejšie prežívanie a vnímanie, jednostranné vnímanie reality, sociálnu izoláciu, bezmocnosť), inhibovanú a proti vlastnej osobe obrátenú agresiu (sebaobviňovanie, pocity nedostatočnosti riešiť situáciu, bezvýchodiskovosť), suicidálne fantázie (úľavový mechanizmus).

Suicidálny úmysel: subjektívne očakávanie a zároveň pranie, aby samodeštruktívne správanie viedlo k smrteľnému koncu.

Suicidálne myšlienky: subjektívna túžba zomrieť alebo byť mŕtvy po sebaškodujúcom čine.

Suicidálne tendencie: jedinec má presnú, konkrétnu predstavu samovražedného aktu a na základe tejto predstavy začína konať (napr. zabezpečiť si zbraň, zhromažďuje lieky a pod.).

Prerušený suicidálny pokus: potenciálne sebaškodujúce správanie s dôkazmi, že osoba mala v úmysle zomrieť, ale pokus zastavila skôr, ako došlo k fyzickému poškodeniu.

Suicidálny pokus (tentamen suicidii): násilné, dobrovoľné a vedomé sebaškodujúce konanie, od ktorého človek očakáva smrť, a ktoré viedlo k poškodeniu zdravia bez následku smrti.

Suicídium: zabitie seba samého násilným, dobrovoľným a vedomým konaním, od ktorého človek očakáva smrť (aktívne alebo pasívne, napr. ak človek úmyselne neberie život udržujúce lieky).

Letalita metódy, smrteľnosť samovražedného správania: objektívne nebezpečenstvo pre život spojené so samovražednou metódou alebo konaním. Letalita sa nemusí vždy zhodovať s očakávaním jednotlivca a objektívnou nebezpečnosťou z lekárskeho hľadiska.

Úmyselné sebaškodzovanie: úmyselné sebaškodzovanie bolestivým, deštruktívnym alebo inak škodlivým správaním bez úmyslu zomrieť.

Sebazabitie (sebausmrtenie): ukončenie života jedinca bez vedomého úmyslu zomrieť. Príčinou môže byť podcenenie nebezpečenstva, alebo samovražedný pokus, ktorý bol ukončený neúmyselne dokonalou samovraždou.

Suicidálna kríza: časovo ohraničený jav signalizujúci bezprostredné nebezpečenstvo suicídia (väčšinou jej predchádza závažná udalosť v živote pacienta a prechádza do fázy emocionálneho vyčerpania).

Suicidálny plán: štruktúrovaný plán uskutočnenia suicídia (čím viac je konkrétnejší, tým je vyššie riziko suicidálneho správania).

Konštelačné okolnosti: prítomnosť stresujúcich životných okolností (aj očakávaných).

Krízová intervencia: odborný postup, pomocou ktorého sa špecialista usiluje u osoby zasiahnutej náhlou udalosťou s traumatickým potenciálom stabilizovať jej stav, zabrániť prehĺbeniu negatívnych dopadov krízy a zlepšiť prípadne už rozvinutý chronický stav, zmierniť prejavy, ktoré zhoršujú jeho fungovanie.

Suicidálne konanie (suicidálne správanie, suicidálna aktivita): násilné, dobrovoľné a vedomé sebaškodujúce konanie s cieľom privodiť si smrť.

Parasuicidálne konanie: sebaškodujúce konanie s cieľom niečo ovplyvniť, zmeniť, o ktorom osoba predpokladá, že nebude viesť k smrti.

Sebaobetovanie: suicídium v prospech prežitia iného jednotlivca alebo skupiny.

Akútne suicidálne riziko: oznámený akútne suicidálny úmysel s vysokou pravdepodobnosťou vykonania a rizikom úmrtia.

Plán bezpečnosti pacienta: zoznam zvládacích stratégií a zdrojov podpory počas suicidálnej krízy (varovné signály, kontakt na priateľov, rodinu aj lekára, zabezpečiť bezpečné prostredie, t. j. znížiť potenciál použiť letálnu metódu).

Antisuicidálny kontrakt: dohoda o nerealizovaní suicídia medzi osobou so suicidálnym rizikom a terapeutom, ktorá obsahuje kroky ako bezpečne postupovať pri zvýšení suicidálneho rizika.

Prevenca

Suicidalita je závažným problémom verejného zdravia, ktorý zahŕňa v sebe rôzne aspekty a nie je iba problémom medicínskym, ale aj sociálnym, ekonomickým, kultúrnym či politickým problémom. Z tohto dôvodu prevencia suicidality predstavuje komplexnú úlohu, ktorá si vyžaduje riešenie na individuálnej, komunitnej, regionálnej, ale aj celoštátnej úrovni. Účinnosť preventívnych programov, ktoré vedú k poklesu miery suicidality, je preukázaná vo viacerých krajinách. Špecializovaná zdravotná starostlivosť pomáha iba tým, ktorí sa k nej dostanú, preto významnú úlohu zohráva osвета zameraná celospoločensky, ale aj cielene na rizikové skupiny (Černák a kol., 2014). Pre prevenciu suicidality sú nevyhnuté včasné, na dôkazoch založené, multisektorovo realizované a často ekonomicky nenáročné intervencie. Ide však o dlhodobý aktívny a komplexný proces, ktorý si vyžaduje spoluprácu zainteresovaných partnerov.

Primárna prevencia suicidality: sa zameriava predovšetkým na identifikáciu a odstraňovanie všeobecných rizikových faktorov a na podporu protektívnych faktorov vo všeobecnej populácii. Najohrozenejšími skupinami sú mladí ľudia a seniori, ale aj ľudia s psychickými poruchami, závažnými telesnými chorobami a osoby zbavené osobnej slobody vo väzenských zariadeniach.

Sekundárna prevencia suicidality: má za úlohu včasný záchyt suicidálneho syndrómu a zabránenie rozvoja suicidálneho správania. Na tejto úrovni zohrávajú dôležitú úlohu odborníci na duševné zdravie vrátane VLD a VLDD a dostupnosť špecializovanej (psychiatrickej, psychologickej) starostlivosti a služieb.

Tieto postupy sa zameriavajú najmä na ľudí s psychickými poruchami so zvýšeným suicidálnym rizikom.

Terciárna prevencia suicidality: je v manažmente suicidality tiež veľmi dôležitá a týka sa nielen zmiernenia následkov suicidálneho pokusu, ale zameriava sa aj na blízke osoby pacienta so suicidálnym správaním a pozostalých, pretože ide o vysokotraumatizujúcu udalosť. Zároveň zahŕňa profylaxiu recidív a exacerbácií psychických porúch.

Kvartérna prevencia suicidality: ako prevencia zbytočného a neodôvodneného utrpenia nevyliciteľne chorých pacientov, ktoré môže viesť aj k suicidálnemu správaniu, má byť súčasťou paliatívnej starostlivosti.

Preventívne opatrenia by mali byť zamerané predovšetkým na:

- zvyšovanie povedomia o problematike suicidality, osvety, destigmatizácie,
- osobnostný rozvoj a podporu životných hodnôt, zmyslu života a sebahodnotenia,
- podporu duševného zdravia, reziliencie a copingových mechanizmov (podporu protektívnych faktorov),
- podporu komunitnej kohézie,
- vytvorenie, implementáciu a koordináciu preventívnych programov,
- redukciu rizikových faktorov pre suicidalitu,
- zákonné obmedzenie dostupnosti letálnych metód (napr. dostupnosť zbraní, zábrany na železničných tratiach, kde sa suicidálne správanie vyskytuje a pod.),
- zvýšený dôraz na spoločenskú zodpovednosť médií pri informovaní o problematike suicidality,
- vzdelávanie profesionálov v manažmente suicidálneho pacienta,
- zabezpečenie dostupnosti odborníkov a služieb v oblasti duševného zdravia (pre osoby so suicidálnym rizikom, pre pozostalých po suicídiu),
- podpora a úprava poskytovania krízových intervenčných služieb,
- výskum, zber a analýza dát v oblasti suicidality.

Epidemiológia

Suicidalita je globálny fenomén vo všetkých regiónoch sveta, miera suicidality sa však medzi krajinami z rôznych dôvodov líši. Podľa WHO každoročne vo svete v dôsledku suicídia zomrie približne milión ľudí. Pomer medzi suicídiami a suicidálnymi pokusmi sa predpokladá v rozmedzí 1 : 10 – 40, pričom najnepriaznivejší pomer je v nižšom veku. Zníženie celosvetovej úmrtnosti na samovraždy o jednu tretinu do roku 2030 je ukazovateľom a cieľom trvalo udržateľného rozvoja podľa OSN a komplexného akčného plánu WHO pre duševné zdravie na roky 2013 – 2030. WHO presadzuje, aby krajiny prijali opatrenia na prevenciu suicidality, ideálne prostredníctvom komplexnej národnej stratégie prevencie suicidality (WHO, 2021).

Údaje o počte suicídií a suicidálnych pokusov sú získavané štatistickým zisťovaním MZ SR prostredníctvom formuláru *Hlásenie príčin a okolností úmyselného sebapoškodenia ZS*, ktorého zber a spracovanie vykonáva NCZI. Suicídiá hlásia príslušné pracoviská súdneho lekárstva Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou. Suicidálne pokusy hlásia poskytovatelia zdravotnej starostlivosti poskytujúci zdravotnú starostlivosť v odbornom zameraní psychiatria, gerontopsychiatria, detská psychiatria, ak poskytl zdravotnú starostlivosť osobe po suicidálnom pokuse.

Predpokladá sa však, že tieto údaje sú z rôznych dôvodov nepresné a skutočný počet suicídií aj suicidálnych pokusov je vyšší ako je počet hlásených prípadov. Jednou z možných príčin vzniku tohto skreslenia údajov je, že sa suicídiá evidujú ako „úmrť na okolnosť s neurčeným úmyslom“. Jedná sa o úmrť, kde obhliadajúci či pitvajúci lekár nevie presne stanoviť vonkajšiu príčinu úmrť alebo nemá dostatok dôkazov na to, či sa jedná o násilné úmrtie spôsobené cudzím zavinením, sebapoškodením alebo úrazom. Napríklad vo Veľkej Británii sú úmrť s neurčeným úmyslom súčasťou údajov o suicidalite.

Podľa najaktuálnejších údajov NCZI (2023) bolo v roku 2022 pracoviskami súdneho lekárstva SR nahlásených 563 suicídií, čo predstavovalo 10,4 prípadov na 100 000 obyvateľov. Miera suicidality napriek miernemu kolísaniu má v SR od roku 1993 mierne klesajúci charakter (Bražinová, 2017). Avšak oproti roku 2021 vzrástol počet samovrážd o 2,7 % a pri porovnaní s rokom 2001 až o 20,8 %. Počet suicídií v roku 2022 bol najvyšší od roku 2016. Dlhodobu majú výraznú prevahu suicídiá mužov (v roku 2022: 82,4 %) nad ženami (2022: 17,6).

Ústavné zdravotnícke zariadenia v roku 2022 nahlásili 724 suicidálnych pokusov (13,3 prípadov/100 000 obyvateľov). Oproti roku 2021 vzrástol ich počet o 9,7 %, avšak pri porovnaní s rokom 2001 došlo k poklesu o 19,8 %. V pomernom zastúpení ženy prevyšovali (59,5 %) mužov (40,5 %).

Suicídiá boli najčastejšie zaznamenané vo vekovej kategórii 70 rokov a viac (17,1 prípadov/100 000), ďalej vo vekovej kategórii 50 – 59 rokov (14,9 prípadov/100 000), 60 – 69 rokov (14,3 prípadov/100 000) a 40 – 49 rokov (12,2 prípadov/100 000). Medziročným porovnaním miery suicídií došlo k najvýraznejšiemu nárastu suicídií u 20- až 29-ročných.

Rovnako ako v predchádzajúcich rokoch, aj v roku 2022, bolo najviac suicidálnych pokusov vo vekovej skupine 15 až 19 rokov, ich počet opakovane stúpa a v období rokov 2008 – 2022 dosiahol nové maximum, a to 148 pokusov (56,4 prípadov/100 000 obyvateľov danej vekovej skupiny). Tri štvrtiny suicidálnych pokusov vo vekovej kategórii 15 – 19 rokov vykonali dievčatá. S väčším odstupom nasledovali suicidálne pokusy vo vekovej kategórii 20 – 29 rokov (19,5 prípadov/100 000), 40 – 49 rokov (13,8 prípadov/100 000) a 50 – 59 rokov (11,1 prípadov/100 000).

Podľa územia trvalého pobytu bolo najviac suicidií v Banskobystrickom kraji, suicidálne pokusy boli najčastejšie zaznamenané v Bratislavskom kraji.

Motív suicídia nebol známy až v 78,9 % a tento parameter medziročne zaznamenal dokonca vzostup. Zo známych motívov prevládali iné vnútorné osobné konflikty a problémy (11,7 %), prípady bez zrozumiteľnej motivácie (vrátane psychotickej) (3,4 %) či konflikty a rodinné problémy (2,8 %).

Motívom suicidálnych pokusov boli predovšetkým konflikty a rodinné problémy (34,7 %), iné vnútorné a osobné konflikty a problémy (26,2 %) a samovražedné pokusy bez zrozumiteľnej motivácie (vrátane psychotickej) (12,7 %). V prípade pokusov detí a mladých ľudí do 19 rokov to boli tiež najčastejšie konflikty a rodinné problémy (34,4 %), iné vnútorné osobné konflikty a problémy (32,2 %), konflikty a školské problémy (16,7 %).

Najčastejším spôsobom vykonania suicídia bolo obesenie, zaškrtenie a zadusenie, skok z výšky a výstrel z ručnej strelnej zbrane. Až tretina osôb bola v čase suicídia pod vplyvom alkoholu alebo inej návykovej látky. Najčastejším samovražedným pokusom bola otrava a priotrávenie sa liekmi a poranenia ostrým predmetom.

Pri suicidálnych pokusoch malo v roku 2022 stanovenú psychiatrickú diagnózu až 70,7 % osôb. Najčastejšie išlo o diagnózu reakcia na ťažký stres a adaptačné poruchy (dg. F43), depresívne epizódy (dg. F32), poruchy psychiky a správania zapríčinené užitím alkoholu (dg. F10) a recidivujúce depresívne poruchy (dg. F33).

Patofyziológia

Suicidálne správanie je konečným výsledkom interakcie genetických, psychických, environmentálnych a situačných faktorov, ktorý sa vyvíja v čase. Model stresovej vulnerability je všeobecne uznávaný ako teoretický rámec na pochopenie vývoja suicidálneho správania.

Jedným z najdôležitejších modulátorov ovplyvňujúcich riziko suicidálneho správania je stav duševného zdravia a sebaobraz človeka. Avšak mnohí ľudia trpia psychickými poruchami a prežili traumatizujúce životné udalosti, ale napriek tomu sa u nich suicidálny syndróm nemanifestoval. Z uvedeného dôvodu sa suicidalite venuje mnoho výskumov a na vysvetlenie jej etiopatogenézy boli vypracované rôzne modely. Zahŕňajú rôzne rizikové, ale aj protektívne faktory.

Rizikové faktory pre suicidalitu:

A. Akútne

- Suicidálne myšlienky
- Strata zmyslu
- Beznádej
- Insomnia
- Anxieta, nepokoj, agresia, agitácia
- Pocity hnevu, zlosti a potrestania niekoho (pomsta)
- Porucha kognitívnych funkcií
- Zúžené myslenie, polarizované myslenie
- Pocity hanby a poníženia
- Bezvýchodiskovosť
- Strata sebaúcty
- Extrémna narcistická vulnerabilita
- Nespolupráca v liečbe
- Strata ohľaduplnosti voči iným (nevedomovanie si dôsledkov samovraždy voči iným)

- Zmeny nálady (depresia, zmiešaná afektívna symptomatika)
- Osobnostné zmeny
- Užívanie/Intoxikácia psychoaktívnou látkou
- Prístup k zbrani, k liekom a iným suicidálnym metódam

B. Chronické

- Predchádzajúce suicidálne správanie, TS v minulosti
- Sebapoškodzujúce správanie
- Nedávna hospitalizácia
- Osamelosť, chýbajúca sociálna podpora
- Pozitívna rodinná anamnéza pre suicidalitu a/alebo psychickú poruchu (významnejšie, ak je potrebná hospitalizácia) vrátane konzumu PL
- LBGTQ + populácia
- Zlé zaobchádzanie v detstve
- Negatívne životné udalosti v detstve
- Stresujúce životné okolnosti (aj očakávané)
- Psychická porucha: **depresívna porucha**, BAP (depresívna, zmiešaná epizóda), **schizofrénia**, mentálna anorexia, **poruchy psychiky a správania v dôsledku užitia/užívania alkoholu a iných psychoaktívnych látok**, poruchy osobnosti (najmä **emočne nestabilná porucha osobnosti, disociálna porucha osobnosti**) v/bez komorbidity s inou psychickou poruchou (**v komorbidite s depresívnou poruchou**) (úroveň EBM „B“)
- Telesné ochorenie: neurologické ochorenia (skleróza multiplex, Huntingtonova choroba, traumatické poškodenie mozgu a miechy, záchvatové ochorenia), malignity, HIV/AIDS, vredová choroba, CHOCHP najmä u mužov, chronická dialýza, systémový lupus erytematosus, bolesť, funkčné poškodenie (najmä ak ide o akútne vzplanutie choroby)
- Pokles socioekonomického statusu
- Zlé rodinné vzťahy
- Domáce násilie
- Nezamestnanosť
- Adolescentný, mladý dospelý (vrchol okolo 23. roku života) a vyšší vek (nad 60 rokov)

Protektívne faktory pre suicidalitu:

- Ženské pohlavie
- Manželstvo/partnerský vzťah
- Deti
- Tehotenstvo
- Zodpovednosť za rodinu
- Zodpovednosť za domáceho miláčika
- Viera/spiritualita
- Sociálne zázemie a podpora
- Existujúce zvládacie stratégie, skúsenosť so zvládnutím stresu v minulosti
- Dobrá frustračná tolerancia
- Sociálna zručnosť – schopnosť riešiť sociálne situácie
- Spokojnosť so životom
- Ochota spolupracovať v liečbe
- Pozitívny terapeutický vzťah

Vulnerabilita pre suicidálne správanie sa považuje za rozhodujúci faktor, ktorý určuje, či sa prejaví pod vplyvom vonkajších stresorov. Ukazuje sa, že u niektorých jedincov zahŕňa nielen environmentálne,

ale aj genetické faktory a najmä ich vzájomné interakcie. Suicidálne správanie sa zoskupuje v rodinách. Štúdie dvojčiat a adopčné štúdie ukazujú, že genetická výbava môže vysvetliť až 50 % rozptylu suicidálneho správania. Príkladom môže byť pleiotropia niektorých génov, napr. pre serotonínový transportér alebo monoaminoxidázu (MAO). Caspi a kol. preukázali, že u jedincov nesúcich aspoň jednu kópiu alely S, ktorí zažili stresujúce životné udalosti, sa vo veku 21 až 26 rokov zvýšili depresívne symptómy. Okrem toho životné udalosti, ktoré sa vyskytli po 21. roku života, predpovedali depresiu a suicidálne myšlienky alebo suicidálny pokus vo veku 26 rokov u nositeľov alely S, ktorí nemali v minulosti depresiu. Aj metaanalýza, do ktorej bolo zahrnutých 54 publikovaných štúdií, ukázala silný dôkaz o súvislosti medzi alelou S a zvýšenou citlivosťou na stres v prípade zlého zaobchádzania v detstve. Aj niektoré závažné podtypy psychických porúch odrážajú genetické riziká. Suicidalita sa však vyskytuje aj pri klinickej absencii psychických porúch, u nich sa výskumy zameriavajú napríklad na koncentrácie kortizolu, funkčné zobrazovacie vyšetrenia mozgu. Výsledky výskumov sa môžu stať mimoriadne dôležitým podkladom pre manažment suicidalít ako biomarkery pre diagnostiku, liečbu a tiež prevenciu.

Klasifikácia suicídií a suicidálnych pokusov:

A. Podľa **motivácie** je možné charakterizovať niekoľko **typov suicídií a suicidálnych pokusov**:

- **Biické:** motívom je vyriešiť neriešiteľný problém, jedinec sa domnieva, že sa prebudí v novom, lepšom svete, kde problém, ktorý ho trápi neexistuje.
- **Bilančné:** motív vychádza z racionálneho rozhodnutia v reálnej životnej situácii (napr. neznesiteľnú bolesť, nevyliciteľné ochorenie, neriešiteľnú životnú situáciu a pod.).
- **Pseudobilančné:** jedinec sa pre samovraždu rozhodne v dôsledku tzv. „tunelového videnia“ – vníma len svoj neriešiteľný problém.
- **Patické (patologické):** vyskytuje sa pri psychických poruchách.
- **Demonštratívne:** motívom je upozorniť na nejaký životný problém, nie je reálny úmysel zomrieť (môže končiť smrťou), tzv. volanie o pomoc.
- **Účelové:** motívom je vyriešiť nejaký životný problém (jedinec sa hovorením o suicídiu snaží dosiahnuť svoj uvedomovaný cieľ).
- **Skratové:** motívom je čo najrýchlejšie vyriešiť problémovú životnú situáciu (chýba boj motívov v konaní).
- **Rozšírené:** jedinec okrem seba privodí smrť aj iným osobám.
- **Suicidálna dohoda:** dohoda medzi dvoma a viacerými osobami o spoločnej samovražde.

B. Podľa **dĺžky trvania** rozoznávame: akútne a chronické (môže kolísat' v intenzite) suicidálny syndróm.

Klinický obraz

Pri vývoji suicidálneho syndrómu je možné pozorovať niekoľko stavov s odlišným suicidálnym rizikom:

1. Suicidálne myšlienky: nemajú konkrétny obsah, jedinec sa im bráni.
2. Suicidálne tendencie: jedinec sa im nebráni, má k nim pasívny ambivalentný postoj.
3. Suicidálne úvahy: jedinec sa stotožňuje s myšlienkou ukončiť život.
4. Rozhodnutie o realizácii suicídia: „fáza plató“ – zmierenie s ukončením života, paradoxné zlepšenie psychického stavu.
5. Realizácia suicídia.

Podľa niektorých autorov je možné v rámci vývoja suicidálneho syndrómu pozorovať viacero stavov, ktoré tvoria kontinuum medzi neprítomnosťou suicidálneho rizika a suicídiom. Ich identifikácia umožní lepšie posúdiť mieru suicidálneho rizika.

Kontinuum suicidality podľa Maris, Berman, Silverman, 2000:

Najnižšie riziko suicídia	Nesuicidálny
	Suicidálne ideácie (prechodné, fluktuujúce)
	Suicidálne ideácie (chronické)
	Suicidálne gestá
	Difúzny rizikový životný štýl
	Suicidálny plán (vágny, neletálny)
	Suicidálny plán (konkrétny, letálny)
	Nízko letálny samovražedný pokus
	Vysoko letálny samovražedný pokus
	Najvyššie riziko suicídia

Pri posudzovaní suicidálneho rizika je potrebné sa zamerať nielen na identifikáciu rizikových a protektívnych faktorov, ale súčasne aj **varovných signálov**, ktoré zvyčajne niekoľko hodín až dní predchádzajú suicidálnemu správaniu. Ide o akútne príznaky, upozorňujúce na zvýšené riziko suicidálneho správania, najmä u pacientov s inými rizikovými faktormi (zvlášť významné sú prvé 3 položky):

- rozprávanie alebo písanie o smrti alebo samovražde,
- vyhrážanie poranením sa alebo samovraždou,
- hľadanie spôsobov, ako sa zabiť; hľadanie prístupu k tabletkám, zbraniam alebo iným prostriedkom,
- záujem o smrť alebo násilie,
- zapájanie sa do riskantných aktivít zdanlivo bez uváženia,
- odovzdávanie cenných vecí iným (pre ktoré neexistuje iný dôvod),
- separácia od blízkych, snaha mať od nich pokoj, lúčenie sa s nimi,
- dramatické zmeny nálady (aj náhle upokojenie sa),
- náhle zvýšenie konzumu alkoholu alebo drog,
- zmena bežnej rutiny vrátane stravovacích návykov a spánku.

Rovnako dôležité je identifikovať príznaky **Ringelovho presuicidálneho syndrómu**, ktorý sa tiež spája s vysokým akútnym rizikom suicidálneho správania:

- Zúženie subjektívneho priestoru: obmedzenejšie prežívanie a vnímanie, jednostranné vnímanie reality, človek sa cíti zavalený, izoluje sa, ochudobňuje sociálne vzťahy, je osamelý, úzkostný, bezmocný.
- Zablokovaná agresivita alebo jej obrátenie voči sebe: postihnutý je stále viac presvedčený, že nemá kvality ani schopnosti, ktoré by mal mať, sám zavinil celú situáciu, z ktorej nie je východiska.
- Suicidálne fantázie: predstava vlastnej smrti, fantazírovanie o vlastnom pohrebe a reakciách blízkych naň.

Cesta pacienta so suicidálnym syndrómom v systéme zdravotnej starostlivosti

1. Identifikuj suicidálny úmysel (postupuj podľa schémy Suicidálny pacient 1):

- **Zisti, či je pacient intoxikovaný psychoaktívnou látkou**, zabezpeč observáciu pacienta v bezpečnom prostredí do odznenia intoxikácie a opätovne zisti, či pretrváva suicidálny úmysel. V prípade intoxikácie neznámou látkou kontaktuj Národné toxikologické informačné centrum (viac informácií na: <https://www.ntic.sk/>).

2. Vyhodnoť aktuálne suicidálne riziko na základe posúdenia faktorov (postupuj podľa schém Suicidálny pacient 1 a 2):

a. Aké má pacient pranie zomrieť:

- a) aktívne si chce ublížiť,
- b) pasívne odmieta liečbu ochorenia – zisti, či je prítomná psychická porucha – v prípade jej neprítomnosti posúdiť prítomnosť varovných signálov, rizikových faktorov, protektívnych faktorov – zabezpeč bezpečnú a podpornú životnú situáciu formou psychoterapie a/alebo ambulantnej psychiatrickej starostlivosti.

b. Ako dlho trvá suicidálny úmysel: či je akútne, alebo chronické a aká je jeho intenzita/tendencia k realizácii suicídia.

Ak má pacient chronické suicidálne myšlienky a/alebo sebapoškodzovanie bez predchádzajúcich medicínsky závažných suicidálnych pokusov, vždy je potrebné vyhodnotiť mieru suicidálneho rizika (**úroveň EBM „C“**). Ak nie je prítomný akútne stresor (**úroveň EBM „D“**), je zabezpečená bezpečná a podporná životná situácia a prebieha ambulantná psychiatrická starostlivosť → **AMBULANTNÁ LIEČBA JE VHODNEJŠIA AKO HOSPITALIZÁCIA**.

c. Aká je závažnosť suicidálneho úmyslu: či sú prítomné suicidálne myšlienky, suicidálne tendencie alebo pacient realizoval suicidálny pokus. Po suicidálnom pokuse je potrebné posúdiť potrebu somatickej starostlivosti a ak je indikovaná, poskytovať ju v bezpečnom prostredí. Po zlepšení/stabilizácii stavu sa má opätovne vyhodnotiť aktuálne riziko suicidálneho konania.

Na vyhodnotenie závažnosti suicidálneho rizika je možné použiť aj štandardizované psychometrické inštrumenty. K vhodným patrí napr. Kolumbijská škála pre hodnotenie závažnosti suicidalít (špeciálny doplnok štandardu č. 1), ktorá je všeobecne akceptovaným, na dôkazoch založeným nástrojom na hodnotenie suicidálneho rizika, ktorý využíva jednoducho formulované otázky, ktoré môže položiť ktokoľvek. Výsledky pomáhajú zdravotníckemu pracovníkovi zhodnotiť mieru rizika ohrozenia suicídiom, posúdiť závažnosť a bezprostrednosť tohto rizika a určiť ďalší postup. Pozostáva z piatich otázok týkajúcich sa suicidálnych myšlienok (zvyšujúcich sa v závažnosti) za posledný mesiac plus jednej otázky týkajúcej sa celoživotného suicidálneho správania.

d. Aký má charakter suicidálna aktivita:

- a) Pri **patologickej motivácii** suicidálnej aktivity je potrebné vyhodnotiť kompletný klinický obraz a stanoviť diagnózu psychickej poruchy. Ďalej sa postupuje podľa príslušného ŠDTP pre zistenú psychickú poruchu.
- b) Pri **inom charaktere suicidálnej aktivity** (postupuj podľa schémy 3. Iný charakter suicidálnej aktivity) a vyhodnoť:
 - o aký typ suicidálnej aktivity išlo,

- **prítomnosť varovných signálov, rizikových a protektívnych faktorov,**
- kompletný klinický obraz, diagnosticky posúdiť prítomnosť psychickej poruchy a v prípade jej zistenia postupuj podľa príslušného ŠDTP pre zistenú psychickú poruchu.

3. Navrhni adekvátnu intervenciu (s cieľom znížiť suicidálne riziko):

INTERVENCIE

Vždy je nutná intervencia, nepostačí pacientovi ponúknuť jej bezbariérovú dostupnosť (úroveň EBM „A“).

Potrebné je **vyhodnotiť prítomnosť a klinický obraz psychickej poruchy, ktorá viedla k suicidálnej aktivite a postupovať podľa príslušného ŠDTP** (postupuj podľa schémy 2. Patologický charakter suicidálnej aktivity).

Zároveň vyhodnotiť aj **prítomnosť psychopatologických a telesných príznakov s vysokým potenciálom prispieť k pretrvávaniu suicidálneho úmyslu** a zároveň s negatívnym vplyvom na priebeh krízovej intervencie (intrapsychická tenzia, psychomotorický nepokoj, hypo/insomnia, úzkosť, agitovanosť, agresia, vegetatívne príznaky). V prípade ich prítomnosti **zvážiť podanie psychofarmaka** na ich ovplyvnenie (postupuj podľa schémy 3. Iný charakter suicidálnej aktivity).

Následne je možné u pacienta so suicidálnym úmyslom **realizovať krízovú intervenciu** (Vodáčková a kol., 2012; Brož a Vodáčková, 2015).

Po úspešnej krízovej intervencii, keď dôjde k redukcii suicidálneho rizika:

Ak sú u pacienta prítomné suicidálne myšlienky a tendencie bez suicidálneho plánu

Silne zastúpené sú protektívne faktory, možno ovplyvniť modifikovateľné rizikové faktory

→ **POSTAČÍ AMBULANTNÁ INTERVENCIA: zameranie sa na redukcii symptómov, odovzdanie kontaktu na pohotovostnú službu, dostupnú krízovú intervenciu a odporučiť ambulatnú psychiatrickú kontrolu.**

Ak sú u pacienta prítomné suicidálne myšlienky so suicidálnym plánom, ale bez suicidálnych tendencií:

Rizikové faktory preyšujú protektívne, ale aspoň niektoré protektívne faktory sú prítomné

→ **HOSPITALIZÁCIA MÔŽE BYŤ NEVYHNUTNÁ: pri rozhodovaní je potrebné zvážiť charakter rizikových faktorov a dostupnosť krízovej intervencie, možnosť vypracovať plán bezpečnosti pacienta.**

Ak sú u pacienta prítomné suicidálne myšlienky so suicidálnym plánom a so suicidálnymi tendenciami:

→ **HOSPITALIZÁCIA JE NEVYHNUTNÁ (aj nedobrovoľná, ak pacient nepodpíše informovaný súhlas – podľa príslušného ŠOP/ŠDTP): do redukcii suicidálneho rizika.**

U pacienta po suicidálnom pokuse (aj prerušenom), ak je prítomný aspoň jeden z uvedených faktorov:

- sú prítomné psychotické symptómy,
- jednalo sa o násilný pokus, takmer letálny, vopred plánovaný,
- pacient sa zabezpečil, aby predišiel záchrane,
- pretrvávajú suicidálne tendencie,
- pacient je nekritický k suicidálnemu pokusu, ľutuje záchranu,
- prítomnosť psychickej poruchy (najmä jej vzplanutie alebo suicidálne myšlienky), vek nad 45 rokov, mužské pohlavie,
- pacient má nedostatočnú podporu rodiny a/alebo sociálneho prostredia, vrátane nestabilnej životnej situácie,
- impulzívne správanie, ťažká agitácia, nízka kritickosť alebo zjavné odmietanie pomoci,

- zmena duševného stavu metabolickej, toxickej, infekčnej alebo inej etiológie, ktorá si vyžaduje ďalšiu štruktúrovanú zdravotnú starostlivosť,
- v prípade samovražedných myšlienok, ak má pacient:
 - špecifický plán s vysokou letalitou,
 - silný samovražedný úmysel (suicidálne tendencie).

→ **HOSPITALIZÁCIA JE NEVYHNUTNÁ (aj nedobrovoľná, ak pacient nepodpíše informovaný súhlas – podľa príslušného ŠOP/ŠDTP).**

U pacienta so suicidálnymi myšlienkami, ak je súčasne prítomná (postačí jeden z uvedených faktorov):

- psychotická porucha (imperatívne halucinácie),
- závažná psychická porucha,
- predchádzajúci suicidálny pokus/y, najmä ak boli medicínsky závažné,
- potenciálne prítiažujúca komorbidity (napríklad akútne neurologické ochorenie, rakovina, infekcia),
- nedostatočná odpoveď, príp. nemožnosť spolupracovať v ambulantnej alebo v parciálnej ústavnej liečbe,
- potreba kontrolovania užívanej medicíny alebo ECT,
- potreba sledovania, klinických testov alebo diagnostických postupov, ktorá si vyžaduje štruktúrovaný prístup,
- nedostatočná podpora rodiny a/alebo sociálneho prostredia, vrátane nestabilnej životnej situácie,
- nekvalitný terapeutický vzťah a nedostupnosť včasnej ambulantnej kontroly,
- absencia suicidálneho pokusu alebo suicidálnych myšlienok/plánov/tendencií, ale pri psychiatrickom vyšetrení a/alebo heteroanamnéza naznačuje vysoké suicidálne riziko, príp. akútne zvýšené suicidálne riziko.

→ **HOSPITALIZÁCIA MÔŽE BYŤ NEVYHNUTNÁ (aj nedobrovoľná, ak pacient nepodpíše informovaný súhlas – podľa príslušného ŠOP/ŠDTP)**

U pacienta po suicidálnom pokuse alebo v prípade prítomnosti suicidálnych myšlienok / plánu, ak:

- suicidalita je reakciou na akútnu nepriaznivú životnú udalosť (napríklad neúspešná skúška, problémy vo vzťahu), najmä ak už pacient zmenil svoj postoj k situácii,
- plán/metóda a tendencie majú nízku letalitu,
- pacient má stabilnú a podporujúcu životnú situáciu,
- pacient je schopný spolupracovať a realizovať odporúčania, príp. antisuicidálny kontrakt, ktorý je súčasťou prebiehajúcej liečby.

→ **PREPUSTENIE DO DOMÁCEHO PROSTREDIA PO EDUKÁCIÍ A S ODPORÚČANIAMÍ ĎALŠIEHO POSTUPU**

Nefarmakologické intervencie

Krátke terapeutické intervencie ako sú psychoterapia, case management, podporné telefonické a internetové služby zamerané na príznaky samovraždy:

- plán bezpečnosti pacienta,
- reštrikcia prístupu k liekom, alkoholu, drogám, zbraňam a pod. (pacientovi nepredpisovať väčšie množstvo liekov),
- psychoterapia (vrátane antisuicidálneho kontraktu, krízovej intervencie),
- liečebný plán (vrátane možnosti telefonického, príp. písomného kontaktu s lekárom, linky dôvery),
- zabezpečenie dostupnosti adekvátnej liečby psychických porúch a telesných ochorení,
- edukácia o potrebe spolupráce pri liečbe (vrátane nástupu účinku, kontinuálnej liečby a pod.).

Krízová intervencia u pacienta so suicidálnym úmyslom

Cieľ: dostať pacienta do stavu rovnováhy v rámci krátkodobého terapeutického/intervenčného procesu, aby sme sa dostali k základným problémom, ktoré sú bázou pre jeho suicidálny úmysel.

Základné časti krízovej intervencie:

1. Vybudovanie terapeutického vzťahu s pacientom.
2. Pochopenie situácie (problému).
3. Uvoľnenie emócií a zmiernenie úzkosti, príp. iných príznakov.
4. Mobilizácia sociálnej siete.
5. Orientácia v realite a hľadanie alternatívnych riešení problému.
6. Edukácia a presný plán, kde hľadať pomoc, keby sa situácia zhoršila.

Zásady práce s pacientom so suicidálnym úmyslom:

- O samovražde hovoriť otvorene, pýtať sa priamo na samovraždu a na samovražedný plán.
- Naviaž s pacientom čo najlepší kontakt a ponúkni mu vo vzťahu s ním bezpečie. Buď s pacientom, sprevádzaj ho, poskytni mu dostatok času. Hovor pomaly, zrozumiteľne, jednoduchým jazykom, dôležité informácie zopakuj. Kontroluj svoj hlas aj reč svojho tela.
- Pacienta rešpektuj, aj keby pretrvával jeho suicidálny úmysel. Každý má právo sa rozhodnúť. Nevytváraj nátlak. Nevyhováraj pacientovi právo na smrť.
- Buď na strane života, otvorený hovoriť o smrti a dozvedieť sa o nej čo najviac.
- Pýtať sa na to, čo má pacientovi smrť priniesť, čo od nej očakáva.
- Hovor o konečnosti a nezvratnosti smrti.
- Pýtať sa, kto ho nájde, za akých okolností, čo bude ďalej – pracuj s týmito obsahmi ďalej.
- Začni rozširovať jeho percepčné pole pomocou dialógu.
- Objavujte alternatívne (aj neobvyklé) riešenia ako zmierniť jeho utrpenie (zúfalstvo, bolesť, paniku, beznádej, strach a pod.). Zmenši totalitu v pacientovom uvažovaní – princíp všetko alebo nič nahraďte alternatívnymi možnosťami.
- Hľadajte oporné body v pacientovom živote (napr. rodina, domáce zviera, práca...).
- Samovražedný čin je možné odložiť a dať šancu inému riešeniu, ktoré v tejto chvíli pacient nemusí ešte vidieť.
- Vyhni sa moralizovaniu, hodnoteniu, nevyzývaj pacienta k zodpovednosti za ostatných a pod., pokiaľ o tom sám nehovorí.
- Sústreď sa na príbeh pacienta, povzbudzuj ho k vyjadrovaniu emócií, poskytni mu pre ne bezpečný rámec (emočné prijatie).
- Pýtať sa na to ako pacient v minulosti prekonal životné krízy (ako to riešil v minulosti?) – veď ho k tomu, aby si spomenul na vlastné zdroje (čo je v jeho silách?), zdroje pomoci z okolia, aj na konečnosť ťaživej situácie.
- Zváž možnosť uzavrieť Antisuicidálny kontrakt (príp. iba verbálny, potvrdený pohľadom do očí a podaním ruky; je vhodné, aby písomnú formu Antisuicidálneho kontraktu realizoval iba v tejto oblasti skúsený odborník) alebo vypracovať Plán bezpečnosti pacienta (Príloha č. 1, 2).

Farmakologické intervencie

Akútna intervencia po suicidálnom pokuse s cieľom zabezpečiť kroky vedúce k záchrane a obnove života (obnova životných funkcií, kardiopulmonálna resuscitácia), v prípade potreby zabezpečiť konziliárne vyšetrenia alebo intervencie.

Pozitívne ovplyvniť intrapsychickú tenziu a spánok.

Adekvátna liečba psychických porúch a telesných ochorení, ktoré vedú k suicidálnemu správaniu.

Zvážiť riziko v. benefit predpisovanej liečby (TCA, BZD vs SSRI /bezpečné, antiimpulzívne/, lítium, klopazín /majú EBM potvrdený antisuicidálny účinok/, ECT). Výber medikácie realizovať

s ohľadom na jej toxický potenciál pri predávkovaní (myslieť aj na možnosť potenciácie účinku pri kombinácii s alkoholom). Nepredpisovať rizikové množstvá liekov.

Pri agitovanosti, agresívnom správaní alebo psychotickej poruche je potrebná akútna sedácia (môže byť parenterálna forma) (**úroveň EBM „C“**). Potrebne je zistiť či pacient nie je intoxikovaný CNS tlmivou látkou a či nemá alergiu na podávaný liek.


Po suicidálnom pokuse liekmi má byť primárne riešený somatický stav, pacient má byť umiestnený v bezpečnom prostredí.

Hospitalizácia


Potrebné zabezpečiť bezpečnosť pacienta (zvýšený dozor), adekvátnu liečbu a opakované hodnotenie miery suicidálneho rizika. V prípade, ak pacient s hospitalizáciou nesúhlasí a nepodpíše informovaný súhlas – ďalší postup podľa príslušného ŠOP pri nedobrovoľnej hospitalizácii (Hospitalizácia bez informovaného súhlasu).

Po prepustení z hospitalizácie (postupuj podľa schémy 4. Prepustenie z hospitalizácie) má mať pacient zabezpečené kontrolné ambulantné vyšetrenie v priebehu prvého týždňa (**úroveň EBM „A“**). Vhodné je, aby mal pacient pri prepustení z hospitalizácie zabezpečený aj doprovod blízkej osoby a aby bol spolu s doprovodom pri prepúšťaní z hospitalizácie edukovaný o ďalšom postupe (liečbe, liečebnom režime, odporúčaniach, kontrolných vyšetreniach – u ambulantného psychiatra, všeobecného lekára, postupe pri objavení sa suicidálneho rizika a pod.). Rovnako vhodné je o prepustení pacienta informovať jeho ambulantného psychiatra, oznámiť mu telefonický kontakt pacienta a dohodnúť pre pacienta termín kontrolného vyšetrenia. Pokiaľ sa naň nedostaví, je potrebné, aby sa ho ambulantný psychiater pokúsil telefonicky kontaktovať a posúdil suicidálne riziko (**úroveň EBM „D“**). Uvedené informácie (aj úspešný, či neúspešný pokus o kontaktovanie pacienta) je potrebné zaznamenať v zdravotnej dokumentácii pacienta (aj v prepúšťacej správe z hospitalizácie).

Tabuľka č. 1

 Standardné postupy	Pri prepustení z hospitalizácie
	Samovražedný úmysel nie je prítomný.
	Akútna samovražedná kríza sa zredukovala.
	Zdravotný stav pacienta je stabilizovaný.
	Pacient nie je pod vplyvom alkoholu alebo drogy.
	Pacient nemá prístup k zbraňam, prístup k poškodzujúcim predmetom je kontrolovaný.
	Kontakt s rodinou/blízkymi osobami bol nadviazaný a boli edukovaní o postupe.
	V ideálnom prípade bola zabezpečená sociálna podpora, ktorá bude kontaktovať pacienta nasledujúci deň po prepustení.
	Informovaný bol ambulantný psychiater.
	Pacient bol edukovaný o ďalšom postupe (liečbe, liečebnom režime, odporúčaniach, kontrolných vyšetreniach – u ambulantného psychiatra, všeobecného lekára, postupe pri objavení sa suicidálneho rizika a pod.) a odovzdané mu boli kontakty.
	Pacient je nastavený na liečbu psychickej poruchy, ktorými trpí.

Tabuľka č. 2

 Edukácia pacienta v ambulantnej liečbe a blízkych osôb	
Pre pacienta	
Porozumieť suicidálnemu riziku	Vysvetliť pacientovi, že je potrebné absolvovať vyšetrenie zamerané na hodnotenie suicidálneho rizika.
Rozpoznať varovné signály a rizikové faktory	Potrebné je spolu s pacientom identifikovať a vysvetliť mu varovné signály a rizikové faktory, tiež možnosť ich modifikovať.
Užívať lieky podľa odporúčania	Vysvetliť pacientovi, aby nevysadil lieky bez konzultácie s lekárom, vysvetliť mu latenciu nástupu účinku liekov, pripraviť ho na možné NÚL, manažovať NÚL, podporiť ho v užívaní liekov podľa odporúčaní lekára, umožniť konzultáciu v prípade neistoty.
Nekonzumovať alkohol alebo iné psychoaktívne látky	Vysvetliť pacientovi, že alkohol alebo iné psychoaktívne látky môžu mať potenciujúci (dezinhibičný) vplyv na samovražedné myšlienky a správanie, preto sa ich konzumu treba vyvarovať.
Zostať v kontakte s pacientom	Pripraviť spolu s pacientom plán kontrolných vyšetrení a vysvetliť mu, že bude s lekárom spolupracovať dlhší čas, kým ho správne nastaví na liečbu a bude sa cítiť v poriadku.
Komunikovať s psychiatrom	Vysvetliť pacientovi, že je dôležité lekára informovať o zdravotných ťažkostiach, NÚL, všetkých užívaných liekoch aj výživových doplnkoch, alergiách, otvorene s ním diskutovať o samovražedných myšlienkach. V prípade zhoršenia stavu, príp. otázok, čo najskôr kontaktovať svojho lekára.
Pre blízke osoby – napr. rodiča/doprovod/opatrovateľa	
Poznať varovné signály a rizikové faktory Klást' otázky Ponúkať podporu Reagovať okamžite, ak sa niekto pokúsi o samovraždu	Ponúknuť možnosti hovoriť o samovražedných pocitoch môže znížiť riziko samovraždy. Klást' priame otázky o samovražde. Počúvať pozorne. Neprerušovať. Ubezpečiť, že veci sa môžu zlepšiť a sú aj iné spôsoby ako sa dá situácia riešiť. Vysvetliť, že alkohol alebo iné psychoaktívne látky môžu mať potenciujúci (dezinhibičný) vplyv na samovražedné myšlienky a správanie, preto sa ich konzumu treba vyvarovať. Vyhľadať pomoc profesionála.

4. Dokumentuj

Po celý čas je potrebné dokumentovať diagnosticko-terapeutický proces:

- popísať aktuálny stav,
- zhodnotiť suicidálne riziko,
- zapísať, kto sa spolupodieľal na hodnotení rizika (vrátane blízkych pacienta a iných lekárov),
- zaznamenať všetky intervencie, ich priebeh a ďalšie inštrukcie (vrátane edukácie pacienta a jeho blízkych).

V prípade suicidálneho pokusu lekár:

- zabezpečiť vyplnenie a odoslanie formulára „Hlásenie príčin a okolností úmyselného sebaopoškodenia – ZS (MZ SR) 2 – 12“. Inštrukcie na predloženie formulára pre útvary s odborným zameraním psychiatria, gerontopsychiatria, detská psychiatria zverejňuje NCZI. Hláseniu podlieha osoba, ktorá sa pokúsila o suicídium, a ktorej bola poskytnutá psychiatrická zdravotná starostlivosť v útvaroch psychiatrických zariadení.

V prípade dokončeného suicídia v ústavnom zdravotníckom zariadení (ÚZZ) lekár:

- zabezpečiť, aby sa s telom nemanipulovalo,
- privolať obhliadajúceho lekára,
- informuje vedúceho pracovníka ÚZZ,
- zabezpečiť vyplnenie formulára ŠU SR „*Hlásenie príčin a okolností úmyselného sebapoškodenia*“ a následne ho odovzdá vedúcemu pracovníkovi ÚZZ,
- zabezpečiť bezodkladné hlásenie suicídia Polícii SR.

Prognóza

Prognóza závisí od príčiny, primárnej psychickej poruchy, ktorá sa prejavuje suicidálnym konaním a tiež od možnosti redukovať rizikové a podporiť protektívne faktory.

Zabezpečenie a organizácia starostlivosti

Špecializovanú starostlivosť o pacienta so suicidálnym syndrómom poskytujú najmä psychiatri a klinickí psychológovia v rámci poskytovania ambulantnej zdravotnej starostlivosti alebo ústavnej zdravotnej starostlivosti podľa závažnosti suicidálneho rizika a prítomnosti psychickej poruchy a/alebo telesnej komorbidity. Táto špecializovaná starostlivosť je bezbariérová. Prvým kontaktom však môže byť ktorýkoľvek zdravotnícky pracovník, predovšetkým však VLD alebo VLDD, psychológ alebo psychoterapeut.

Ďalšie odporúčania

Vzhľadom k tomu, že najúčinnjšou stratégiou je zamerať sa na prevenciu suicidality na všetkých jej úrovniach, potrebné je pristupovať k nej komplexne v jednotlivých rezortoch a kompetenciách. V záujme humanizácie zdravotnej starostlivosti je dôležitý nediskriminujúci, nestigmatizujúci, nemoralizujúci a vysokoodborný prístup všetkých osôb zapojených do manažmentu suicidálneho správania, preto je potrebné rozšíriť edukačné aktivity a osvetu, rozširujúce vzdelanie v tejto oblasti.

Mimo rezort zdravotníctva je potrebné zamerať pozornosť aj na:

Rezort školstva: zamerať sa na podporu činnosti školských psychológov, učiteľov, vytvoriť peer skupiny, systematicky pracovať s ohrozenými skupinami (krízové poradenstvo pri rozvodoch a porozvodová problematika, závislosti).

Rezort sociálnej práce: zamerať sa na ohrozené skupiny ako sú dlhodobo nezamestnaní, seniori, osamelí ľudia.

Rezort dopravy: identifikovať rizikové miesta z hľadiska výskytu suicidálneho správania na železničiach a vybudovať ochranné bariéry.

Rezort vnútra: organizovať workshopy o presuicidálnych prejavoch pre pracovníkov rezortu a príslušníkov Policajného zboru.

Zbor väzenskej a justičnej stráže: organizovať workshopy o presuicidálnych prejavoch a aktivity zamerané na prevenciu suicidality.

Mimovládne organizácie: podporiť a koordinovať aktivity zamerané na prevenciu suicidality.

Médiá: regulovať reporting o suicidality a prezentáciu alternatívnych riešení kríz. Nepísať o presnom mieste a spôsobe samovraždy, nepoužívať termíny ako „neúspešná“ samovražda, vyhnúť sa grafickým zobrazeniam a vždy uvádzať informáciu o pomoci s uvedením kontaktu na linku dôvery.

Špeciálne doplnky štandardu

- č. 1 Kolumbijská škála pre hodnotenie závažnosti suicidality (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)*
- č. 2 Antisuicidálny kontrakt

- č. 3 Plán bezpečnosti pacienta
schémy: č. 1 Suicidálny pacient I.
č. 2 Patologický charakter suicidálnej aktivity
č. 3 Iný charakter suicidálnej aktivity
č. 4 Prepustenie z hospitalizácie

Odporúčania pre ďalší audit a revíziu štandardu

Prvý plánovaný audit a revízia tohto štandardného postupu po dvoch rokoch.

Literatúra

1. Cassell DL, Wilson P. Suicide Risk Management. Presbyterian Healthcare Services, 2018 [online]. Dostupné na: www.PHSCareModel.org.
2. Celder J., Priščáková A., Zelman M. ŠOP: Lekársky manažment suicidálneho pacienta. PN Hronovce, 2009.
3. Jacobs DG, Baldessarini RJ, Conwell Y a kol., Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. Am J Psychiatry. 2003;160(11 Suppl):1-60.
4. SAFE-T: Suicide Assessment Five-step Evaluation and Triage [online]. Dostupné na: <https://store.samhsa.gov/product/SAFE-T-Pocket-Card-Suicide-Assessment-Five-Step-Evaluation-and-Triage-for-Clinicians/sma09-4432>.
5. The Assessment And Management Of People At Risk Of Suicide. For Emergency Departments and Mental Health Service Acute Assessment Settings. 2003. New Zealand Guidelines Group (NZGG) and Ministry of Health.
6. Weber AN, Michail M, Thompson A, Fiedorowicz JG. Psychiatric Emergencies: Assessing and Managing Suicidal Ideation. Med Clin North Am. 2017;101(3):553-571.
7. Vodáčková D. a kol., Krizová intervence. 3. vydanie. Praha: Portál, 2012, 544.
8. Brož F., Vodáčková D. Krizová intervence v kazuistikách. Praha: Portál, 2015, 168.
9. WHO. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021.
10. HMG/DH. Preventing suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives 2012 [online]. Dostupné na: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/430720/Preventing-Suicide.pdf
11. World Health Organization 2021: Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Executive summary. [online]. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341816/9789240027732-eng.pdf>
12. Turecki, G., Brent, D. A. Suicide and Suicidal Behavior. Lancet, 387, 2016, 1227-1239.
13. Turecki, G., Brent, D. A., Gunnell, D. a kol., Suicide and suicide risk. Nature Reviews Disease Primers, 5, 2019, 74.
14. Ferrari A.J., a kol., The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. PLoS One. 2014 Apr 2;9(4):e91936.
15. Conejero, I. a kol., Suicide in older adults: current perspectives. Clin Interv Aging. 2018 Apr 20;13:691-699.
16. Saini P., a kol., A Case Series Study of Help-Seeking among Younger and Older Men in Suicidal Crisis. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jul 8;18(14):7319.
17. Ringel, E. The presuicidal syndrome. Suicide and Life-Threatening Behavior, 6, 1976, s.131-145.
18. Černák P, Minárik P. a kol., Samovražda. Trendy súčasnej psychiatrie. Bratislava: Grifis Print s.r.o.; 2014: 204.
19. NCZL. Samovraždy a samovražedné pokusy v Slovenskej republike 2022 [online]. Dostupné na: https://data.nczisk.sk/statisticke_vystupy/Samovrazdy_samovrazedne_pokusy/Samovrazdy_a_samovrazedne_pokusy_v_SR_2022.pdf.
20. Brazinova A, Moravansky N, Gulis G, Skodacek I. Suicide rate trends in the Slovak Republic in 1993-2015. Int J Soc Psychiatry. 2017 Mar;63(2):161-168 [online]. Dostupné na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28114844/>.
21. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE, Taylor A, Craig IW, Harrington H, McClay J, Mill J, Martin J, Braithwaite A, Poulton R. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. Science. 2003 Jul 18;301(5631):386-9. doi: 10.1126/science.1083968. PMID: 12869766.
22. Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). *Comprehensive textbook of suicidology*. Guilford Press. 650. ISBN 1-57230-541-X.

Poznámka:

Ak klinický stav a osobitné okolnosti vyžadujú iný prístup k prevencii, diagnostike alebo liečbe ako uvádza tento štandardný postup, je možný aj alternatívny postup, ak sa vezmú do úvahy ďalšie vyšetrenia, komorbidity alebo liečba, teda prístup založený na dôkazoch alebo na základe klinickej konzultácie alebo klinického konzília.

Takýto klinický postup má byť jasne zaznamenaný v zdravotnej dokumentácii pacienta.

Účinnosť

Tento štandardný postup nadobúda účinnosť od 15. novembra 2023.

Zuzana Dolinková
ministerka zdravotníctva

Špeciálny doplnok štandardu č. 1: Kolumbijská škála pre hodnotenie závažnosti suicidality

Kolumbijská škála pre hodnotenie závažnosti suicidality (Columbia Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS)			ÁNO	NIE
Polož otázky č. 1 a 2:			posledný mesiac	
ŽELANIE ZOMRIEŤ	1	Želáte si, aby ste boli mŕtvy alebo aby ste zaspali a nezobudili sa?		
SUICIDÁLNE MYŠLIENKY	2	Máte samovražedné myšlienky?		
Ak je na otázku č. 1 odpoveď ÁNO , spýtaj sa otázky č. 3, 4, 5 a 6; ak je odpoveď NIE , spýtaj sa priamo otázku č. 6				
SUICIDÁLNA METÓDA	3	Premýšľali ste o tom, ako by ste to mohli urobiť?		
SUICIDÁLNY ÚMYSEL	4	Keď ste mali tieto myšlienky, mali ste v úmysle podľa nich aj konať?		
ŠPECIFICKÝ PLÁN	5	Začali ste uskutočňovať tieto myšlienky? Rozmýšľali ste nad detailmi ako sa zabiť? Plánujete realizovať tento plán?		
			počas života	
SUICIDÁLNE SPRÁVANIE	6	Už ste niekedy urobili niečo, začali ste robiť niečo alebo ste boli pripravený urobiť niečo, aby ste ukončili svoj život?		
Ak, ÁNO , spýtaj sa:			posledné 3 mesiace	
ČASOVÝ RÁMEC	7	Bolo to počas posledných 3 mesiacov?		

Vyhodnotenie odpovedí	Riziko	Intervencie
ÁNO na otázku č. 1 alebo 2	nízke	Vyhodnot' prítomnosť rizikových a protektívnych faktorov.
ÁNO na otázku č. 3 alebo 6 (pred viac ako 3 mesiacmi)	stredné	Posúd' bezpečnosť pacienta a zväž hospitalizáciu.
ÁNO na otázku č. 4, 5 alebo 6 (pred menej ako 3 mesiacmi)	vysoké	Zabezpeč bezpečnosť pacienta a hospitalizuj ho.

Špeciálny doplnok štandardu č. 2: Antisucidálny kontrakt

Antisucidálny kontrakt

Dohoda o nerealizovaní suicídia

Ja, _____, týmto prehlasujem, že si nijako neublížim, nepokúsím sa o samovraždu, ani neukončím svoj život samovraždou.

Ďalej prehlasujem, že keď budem mať niekedy myšlienky na samovraždu, ktoré sú silnejšie ako dokážem vlastnou vôľou zvládnuť, podniknem nasledujúce kroky:

- 1. pripomeniem si, že za žiadnych okolností si nikdy nemôžem nijako úmyselne ublížiť, pokúsiť sa o samovraždu alebo vykonať samovraždu,**
- 2. zavolám na tel. č. 155 (tiesňová linka pomoci), ak si myslím, že mi bezprostredne hrozí, že si ublížim,**
- 3. zavolám ktorékoľvek alebo na všetky nasledujúce čísla, aj keď bezprostredne nehrozí, že si ublížim, ale mám samovražedné myšlienky (môj vlastný zoznam „bezpečnostných“ mien, čísiel, adries, a akýchkoľvek ďalších relevantných kontaktných informácií uvedených v Zozname bezpečnosti pacienta, ktoré ma ochránia),**
- 4. budem telefonovať s toľkými ľuďmi a dovtedy, koľko bude potrebné, kým moje samovražedné myšlienky neustúpia.**

podpis

dátum

svedok

dátum

Špeciálny doplnok štandardu č. 3: Plán bezpečnosti pacienta

PLÁN BEZPEČNOSTI PACIENTA

Krok 1: Varovné signály (myšlienky, predstavy, nálada, situácia, správanie), ktoré môžu spôsobiť krízu alebo viesť k samovražedným myšlienkam:

1. _____
2. _____
3. _____

Krok 2: Vnútorne stratégie zvládania – veci, ktoré môžem urobiť, aby mi z mysle odišli problémy bez toho, aby som kontaktoval/a inú osobu (relaxačné techniky, fyzická aktivita, individuálne rozptýlenie, všímavosť):

1. _____
2. _____
3. _____

Krok 3: Ľudia a sociálne prostredie, ktoré mi poskytujú rozptýlenie:

1. meno _____ telefónne číslo _____
2. meno _____ telefónne číslo _____
3. meno _____ telefónne číslo _____

Krok 4: Ľudia, ktorých môžem požiadať o pomoc:

1. meno _____ telefónne číslo _____
2. meno _____ telefónne číslo _____
3. meno _____ telefónne číslo _____

Krok 5: Odborníci alebo zariadenia, ktoré môžem kontaktovať, keď budem mať krízu alebo samovražedné myšlienky:

1. meno lekára/terapeuta _____ telef. číslo _____
2. meno lekára/terapeuta _____ telef. číslo _____
3. záchranná zdravotná služba _____ telef. číslo _____
4. Krízová linka prvej pomoci _____ telef. číslo _____

Krok 6: Zabezpečenie prostredia:

1. _____
2. _____

Inštrukcie na používanie šablóny plánu bezpečnosti pacienta

Krok 1: Rozpoznávanie varovných signálov

- Spýtajte sa: „Ako budete vedieť, kedy by ste mali použiť plán bezpečnosti?“
- Spýtajte sa: „Čo prežívate, keď začnete premýšľať o samovražde alebo keď sa cítite veľmi nešťastný/á?“
- Uveďte varovné signály (myšlienky, predstavy, myšlienkové procesy, nálada alebo správanie) pomocou vlastných slov pacienta.

Krok 2: Používanie vnútorných stratégií zvládania

- Spýtajte sa: „Čo môžete sám/sama urobiť, ak znovu budete mať suicidálne myšlienky, aby ste si pomohli v tom, ako nekonať podľa svojich myšlienok?“
- Spýtajte sa: „Čo si myslíte, ako je pravdepodobné, že by ste boli schopný/á urobiť tento krok v čase krízy?“
- Ak máte pochybnosti o používaní stratégií zvládania, spýtajte sa „Čo by vám mohlo stáť v ceste, keď premýšľate o týchto aktivitách, alebo o tom, že ich urobíte, keď na ne myslíte?“
- Použite prístup založený na spolupráci a riešení problémov, aby ste sa uistili, že potenciálne prekážky sa riešia a/alebo či sú identifikované alternatívne stratégie zvládania.

Krok 3: Sociálne kontakty, ktoré môžu odvrátiť pozornosť od krízy

- Ak krok 2 krízu nevyrieši alebo nezníži riziko, poučte pacienta, aby použil krok 3.
- Spýtajte sa „Kto alebo aké sociálne prostredie vám pomôže aspoň na chvíľu odpútať sa od problémov? Kto vám pomôže cítiť sa lepšie, keď sa s nimi stretnete?“
- Pacienta požiadajte, aby uviedol zoznam niekoľkých ľudí a sociálnych prostredí, ak nie je k dispozícii prvá možnosť.
- Požiadajte pacienta, aby uviedol bezpečné miesta, kde by mohol byť medzi ľuďmi, napr. kaviareň.
- Myslite na to, že v tomto kroku nie sú odhalené samovražedné myšlienky a pocity.

Krok 4: Kontaktovanie členov rodiny alebo priateľov, ktorí môžu ponúknuť pomoc pri riešení krízy

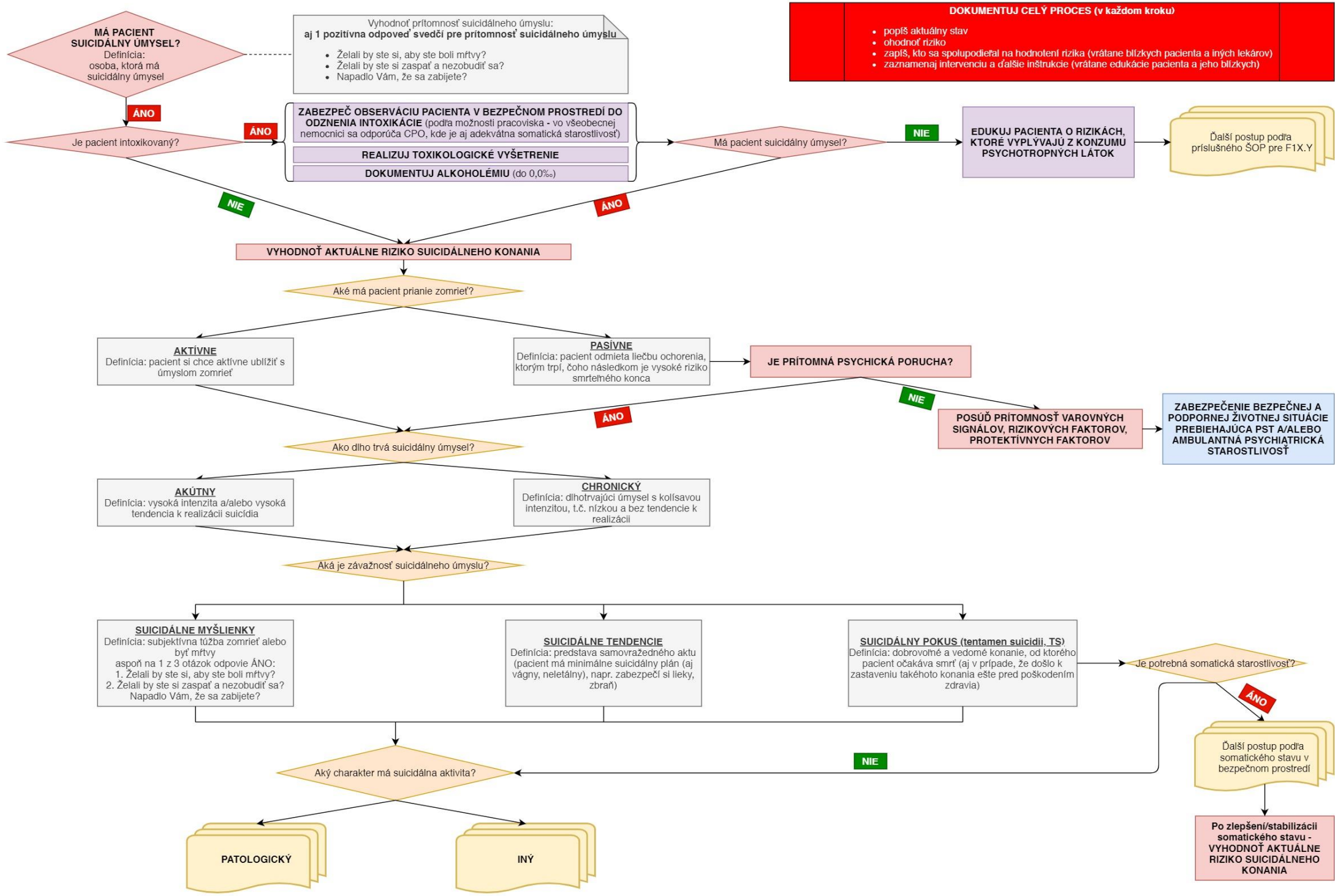
- Ak krok 3 nevyrieši krízu alebo nezníži riziko, pacienta poučte ho, aby použil krok 4.
- V tomto kroku, na rozdiel od predchádzajúceho, si pacienti uvedomia, že sú v kríze.
- Spýtajte sa „Čo si myslíte, na koho z vašej rodiny alebo z priateľov by ste sa počas krízy mohli obrátiť o pomoc?“ alebo „Kto je vašou oporou a o kom si myslíte, že sa môžete s ním rozprávať, keď ste v strese?“
- Pacienta požiadajte, aby uviedol 3 osoby, ktorým môže zavolať a poučte ho, aby využil možnosť telefonického kontaktu s toľkými osobami z tohto zoznamu, kým nedôjde k redukcii krízy/suicidálnych myšlienok.
- Spýtajte sa: „S akou pravdepodobnosťou by ste boli ochotní kontaktovať tieto osoby?“
- Ak sa vyskytnú pochybnosti o kontaktovaní osôb, identifikujte potenciálne prekážky a vyriešte spôsob, ako ich prekonať.

Krok 5: Kontaktovanie odborníkov a zariadení/inštitúcií

- Ak krok 4 nevyrieši krízu alebo nezníži riziko, pacienta poučte, aby použil krok 5.
- Spýtajte sa „Ktorých odborníkov na duševné zdravie by sme mali zahrnúť do vášho plánu bezpečnosti?“ a „Máte aj iných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti?“
- Uveďte meno, číslo a/alebo sídlo lekára, miesto služby urgentnej starostlivosti, krízovú linku na prevenciu samovrážd.
- Ak sa vyskytnú pochybnosti o kontaktovaní jednotlivcov, identifikujte potenciálne prekážky a vyriešte spôsob, ako ich prekonať.

Krok 6: Zníženie letálneho potenciálu použitých prostriedkov

- Spýtajte sa pacienta, aké prostriedky by zvažoval použiť počas samovražednej krízy a v spolupráci s pacientom identifikujte spôsob, ako zabezpečiť alebo obmedziť prístup k týmto prostriedkom.
- Pri metódach s nízkou letalitou je možné požiadať pacienta, aby ich sám odstránil alebo obmedzil svoj prístup k týmto metódam. Obmedzenie prístupu pacienta k vysoko letálnej metóde by mala robiť na to určená, zodpovedná osoba – zvyčajne rodinný príslušník, blízky priateľ alebo polícia.



DOKUMENTUJ CELÝ PROCES (v každom kroku)

- popíš aktuálny stav
- ohodnoť riziko
- zapíš, kto sa spolupodieľal na hodnotení rizika (vrátane blízkych pacienta a iných lekárov)
- zaznamenaj intervenciu a ďalšie inštrukcie (vrátane edukácie pacienta a jeho blízkych)

Ďalší postup podľa príslušného ŠOP pre F1X.Y

ZABEZPEČENIE BEZPEČNEJ A PODPORNEJ ŽIVOTNEJ SITUÁCIE PREBIEHAJÚCA PST A/ALEBO AMBULANTNÁ PSYCHIATRICKÁ STAROSTLIVOSŤ

Ďalší postup podľa somatického stavu v bezpečnom prostredí

Po zlepšení/stabilizácii somatického stavu - VYHODNOŤ AKTUÁLNE RIZIKO SUICIDÁLNEHO KONANIA

PATOLOGICKÝ CHARAKTER SUICIDÁLNEJ AKTIVITY



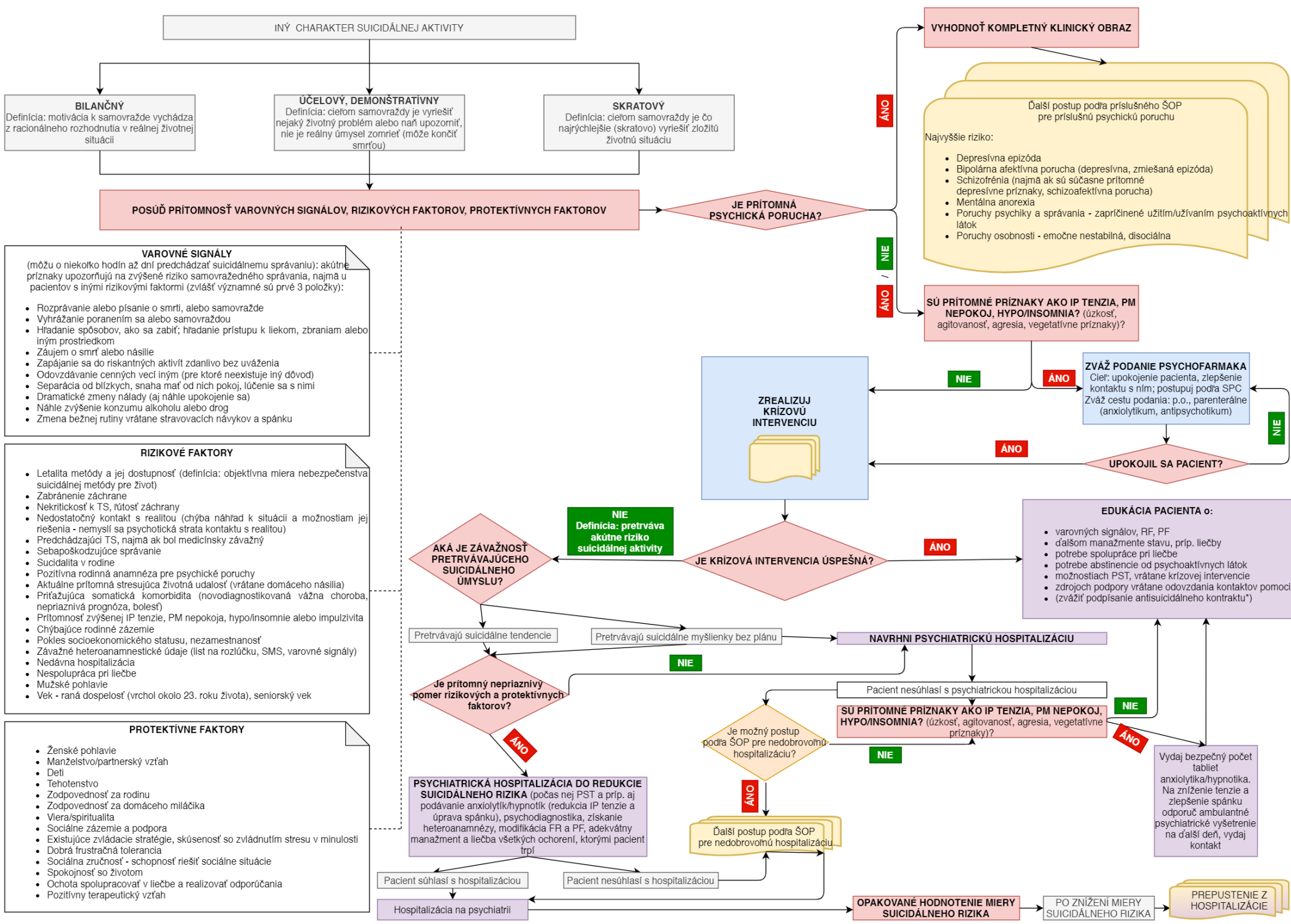
VYHODNOŤ KOMPLETNÝ KLINICKÝ OBRAZ



Ďalší postup podľa príslušného ŠOP
pre príslušnú psychickú poruchu

Najvyššie riziko:

- Depresívna epizóda
- Bipolárna afektívna porucha (depresívna, zmiešaná epizóda)
- Schizofrénia (najmä ak sú súčasne prítomné depresívne príznaky, schizoafektívna porucha)
- Mentálna anorexia
- Poruchy psychiky a správania - zapríčinené užitím/užívaním psychoaktívnych látok
- Poruchy osobnosti - emočne nestabilná, disociálna



BILANČNÝ
 Definícia: motivácia k samovraždě vychádza z racionálneho rozhodnutia v reálnej životnej situácii

ÚČELOVÝ, DEMONŠTRATÍVNY
 Definícia: cieľom samovraždy je vyriešiť nejaký životný problém alebo naň upozorniť, nie je reálny úmysel zomrieť (môže končiť smrťou)

SKRATOVÝ
 Definícia: cieľom samovraždy je čo najrýchlejšie (skratovo) vyriešiť zložitú životnú situáciu

POSÚŤ PRÍTOMNOSŤ VÁROVNÝCH SIGNÁLOV, RIZIKOVÝCH FAKTOROV, PROTEKTÍVNYCH FAKTOROV

VÁROVNÉ SIGNÁLY
 (môžu o niekoľko hodín až dní predchádzať suicidálnemu správaniu): akútne príznaky upozorňujú na zvýšené riziko samovražedného správania, najmä u pacientov s inými rizikovými faktormi (zvlášť významné sú prvé 3 položky):

- Rozprávanie alebo písanie o smrti, alebo samovraždě
- Vyhŕžanie poranením sa alebo samovraždou
- Hľadanie spôsobov, ako sa zabiť; hľadanie prístupu k liekom, zbraniam alebo iným prostriedkom
- Záujem o smrť alebo násilie
- Zapájanie sa do riskantných aktivít zdanlivo bez uváženia
- Odovzdávanie cenných vecí iným (pre ktoré neexistuje iný dôvod)
- Separácia od blízkych, snaha mať od nich pokoj, lúčenie sa s nimi
- Dramatické zmeny nálady (aj náhle upokojenie sa)
- Náhle zvýšenie konzumu alkoholu alebo drog
- Zmena bežnej rutiny vrátane stravovacích návykov a spánku

RIZIKOVÉ FAKTORY

- Letalita metódy a jej dostupnosť (definícia: objektívna miera nebezpečenstva suicidálnej metódy pre život)
- Zabránenie záchrane
- Nekritickosť k TS, rúdosť záchrany
- Nedostatočný kontakt s realitou (chýba náhľad k situácii a možnostiam jej riešenia - nemyslí sa psychotická strata kontaktu s realitou)
- Predchádzajúci TS, najmä ak bol medicínsky závažný
- Sebapoškodzujúce správanie
- Suicidalita v rodine
- Pozitívna rodinná anamnéza pre psychické poruchy
- Aktuálne prítomná stresujúca životná udalosť (vrátane domáceho násillia)
- Príťažujúca somatická komorbidita (novodiagnostikovaná vážna choroba, nepriaznivá prognóza, bolesť)
- Prítomnosť zvýšenej IP tenzie, PM nepokoja, hypo/insomnie alebo impulzivita
- Chýbajúce rodinné zázemie
- Pokles socioekonomického statusu, nezamestnanosť
- Závažné heteroanamnestické údaje (list na rozlúčku, SMS, varovné signály)
- Nedávna hospitalizácia
- Nespolupráca pri liečbe
- Mužské pohlavie
- Vek - raná dospelosť (vrchol okolo 23. roku života), seniorský vek

PROTEKTÍVNE FAKTORY

- Ženské pohlavie
- Manželstvo/partnerský vzťah
- Deti
- Tehotenstvo
- Zodpovednosť za rodinu
- Zodpovednosť za domáceho miláčika
- Viera/spiritualita
- Sociálne zázemie a podpora
- Existujúce zvládacie stratégie, skúsenosť so zvládnutím stresu v minulosti
- Dobrá frustračná tolerancia
- Sociálna zručnosť - schopnosť riešiť sociálne situácie
- Spokojnosť so životom
- Ochota spolupracovať v liečbe a realizovať odporúčania
- Pozitívny terapeutický vzťah

VYHODNOŤ KOMPLETNÝ KLINICKÝ OBRAZ

Ďalší postup podľa príslušného ŠOP pre príslušnú psychickú poruchu

Najvyššie riziko:

- Depresívna epizóda
- Bipolárna afektívna porucha (depresívna, zmiešaná epizóda)
- Schizofrénia (najmä ak sú súčasne prítomné depresívne príznaky, schizoafektívna porucha)
- Mentálna anorexia
- Poruchy psychiky a správania - zapríčinené užitím/užívaním psychoaktívnych látok
- Poruchy osobnosti - emočne nestabilná, disociálna

SÚ PRÍTOMNÉ PRÍZNAKY AKO IP TENZIA, PM NEPEKOJ, HYPO/INSOMNIA? (úzkosť, agitovanosť, agresia, vegetatívne príznaky)?

ZVÁŽ PODANIE PSYCHOFARMAKA
 Cieľ: upokojenie pacienta, zlepšenie kontaktu s ním; postupuj podľa SPC
 Zváž cestu podania: p.o., parenterálne (anxiolytikum, antipsychotikum)

UPOKOJIL SA PACIENT?

EDUKÁCIA PACIENTA o:

- varovných signálov, RF, PF
- ďalšom manažmente stavu, príp. liečby
- potrebe spolupráce pri liečbe
- potrebe abstinencie od psychoaktívnych látok
- možnostiach PST, vrátane krízovej intervencie
- zdrojoch podpory vrátane odovzdania kontaktov pomoci
- (zvážiť podpísanie antisuicidálneho kontraktu)

Vydaj bezpečný počet tabliet anxiolytika/hypnotika. Na zníženie tenzie a zlepšenie spánku odporuč ambulantné psychiatrické vyšetrenie na ďalší deň, vydaj kontakt

ZREALIZUJ KRÍZOVÚ INTERVENCIU

AKÁ JE ZÁVAŽNOSŤ PRETRVÁVAJÚCEHO SUICIDÁLNEHO UMYSLU?

NIE
 Definícia: pretrváva akútne riziko suicidálnej aktivity

Pretrvávajú suicidálne tendencie

Pretrvávajú suicidálne myšlienky bez plánu

Je prítomný nepriaznivý pomer rizikových a protektívnych faktorov?

PSYCHIATRICKÁ HOSPITALIZÁCIA DO REDUKCIE SUICIDÁLNEHO RIZIKA (počas nej PST a príp. aj podávanie anxiolytik/hypnotik (redukcia IP tenzie a úprava spánku), psychodiagnostika, získanie heteroanamnézy, modifikácia FR a PF, adekvátny manažment a liečba všetkých ochorení, ktorými pacient trpí)

NAVRHNI PSYCHIATRICKÚ HOSPITALIZÁCIU

Pacient nesúhlasí s psychiatrickou hospitalizáciou

SÚ PRÍTOMNÉ PRÍZNAKY AKO IP TENZIA, PM NEPEKOJ, HYPO/INSOMNIA? (úzkosť, agitovanosť, agresia, vegetatívne príznaky)?

Je možný postup podľa ŠOP pre nedobrovoľnú hospitalizáciu?

Ďalší postup podľa ŠOP pre nedobrovoľnú hospitalizáciu

Pacient súhlasí s hospitalizáciou

Pacient nesúhlasí s hospitalizáciou

OPAKOVANÉ HODNOTENIE MIERY SUICIDÁLNEHO RIZIKA

PO ZNÍŽENÍ MIERY SUICIDÁLNEHO RIZIKA

PREPUSTENIE Z HOSPITALIZÁCIE

Prepustenie z hospitalizácie

- zabezpečiť kontrolné ambulantné psychiatrické vyšetrenie v priebehu prvého týždňa - vhodné je o prepustení pacienta informovať jeho ambulantného psychiatra a dohodnúť termín kontrolného vyšetrenia
- edukovať pacienta a jeho doprovod o ďalšom postupe (liečba, liečebný režim, odporúčania, kontrolné vyšetrenia - u ambulantného psychiatra, všeobecného lekára, postup pri opätovnom objavení sa suicidálneho rizika a pod.

Informácie pre	PACIENTA
Porozumieť suicidálnemu riziku	Vysvetliť pacientovi, že je potrebné absolvovať vyšetrenie zamerané na hodnotenie suicidálneho rizika.
Rozpoznať varovné signály a rizikové faktory	Potrebné je spolu s pacientom identifikovať a vysvetliť mu varovné signály a rizikové faktory, tiež možnosť ich modifikovať.
Užívať lieky podľa odporúčania	Vysvetliť pacientovi, aby nevysadil lieky bez konzultácie s lekárom, vysvetliť mu latenciu nástupu účinku liekov, pripraviť ho na možné NÚL, manažovať NÚL, podporiť ho v užívaní liekov podľa odporúčaní lekára, umožniť konzultáciu v prípade neistoty.
Nekonzumovať alkohol alebo iné psychotropné látky	Vysvetliť pacientovi, že alkohol alebo iné psychotropné látky môžu mať potenciujúci (dezinhibičný) vplyv na samovražedné myšlienky a správanie, preto sa ich konzumu treba vyvarovať.
Zostať v kontakte s pacientom	Pripraviť spolu s pacientom plán kontrolných vyšetrení a vysvetliť mu, že bude s lekárom spolupracovať dlhší čas, kým ho správne nastaví na liečbu a bude sa cítiť v poriadku.
Komunikovať s psychiatrom	Vysvetliť pacientovi, že je dôležité lekára informovať o zdravotných ťažkostiach. NÚL, všetkých užívaných liekoch a výživových doplnkoch, alergiách, otvorene s ním diskutovať o samovražedných myšlienkach. V prípade zhoršenia stavu, príp. otázok, čo najskôr kontaktovať svojho lekára.

Informácie pre	DOPROVOD
Poznať varovné signály a rizikové faktory	Ponúknuť možnosti hovoriť o samovražedných pocitoch môže znížiť riziko samovraždy.
Klásať otázky	Klásať priame otázky o samovražde. Počúvať pozorne. Neprerušovať.
Ponúkať podporu	Ubezpečiť, že veci sa môžu zlepšiť a sú aj iné spôsoby ako sa dá situácia riešiť. Vysvetliť, že alkohol alebo iné psychoaktívne látky môžu mať potenciujúci (dezinhibičný) vplyv na samovražedné myšlienky a správanie, preto sa ich konzumu treba vyvarovať.
Reagovať okamžite, ak sa niekto pokúsi o samovraždu	Vyhľadať pomoc profesionála.