

LETÁLNE SA KONČIACI PRÍPAD ZÁSAHU PROTI OSOBE SO SCHIZOFRÉNIOU

kazuistika

Peter Makovický^{1,2}
Radek Matlach³
Pavol Makovický⁴

¹Ústav histologie a embryologie
LF OU, Ostrava, Česká republika

²Biomedicínske centrum Slovenskej
akadémie vied, Bratislava,
Slovenská republika

³Katedra zdravotníckých odborů
a ochrany obyvatelstva FBMI ČVUT,
Kladno, Česká republika

⁴Katedra biologie PF UJS, Komárno,
Slovenská republika

Kontaktní adresa:

Ing. Peter Makovický, PhD.
Ústav histologie a embryologie
Lékařská fakulta
Ostravská univerzita
Sylabova 19
703 00 Ostrava-Vítkovice
e-mail: pmakovicky@email.cz

SÚHRN

Makovický P, Matlach R, Makovický P.
Letálne sa končiaci prípad zásahu proti
osobe so schizofréniou

Tu referujeme letálne sa končiaci bezpečnostný zásah proti 26-ročnému mužovi s paranoidnou schizofréniou, ktorý ignoroval ambulantným psychiatriom nariadenú terapiu. V priebehu 14-dní dochádza k nápadnému stupňovaniu nepokoja, opakovaným verbálnym útokom, vyhrážaniu a agresívnemu správaniu. Privolaný lekár nedokázal nadviazať kontakt s mužom, a tak si zavolať na pomoc policajnú hliadku, ktorá muža spacifikovala. Lekár pritom injekčnou formou aplikoval mužovi do svalu Haloperidol, ktorý však nezabral, a tak v krátkom časovom intervale aplikoval ďalšiu dávku Haloperidolu. Po prvotnom utlmení dochádza k náhlejšej zástave dýchania, pričom muž je opakovane resuscitovaný a transportovaný do nemocnice, kde na šiesty deň umiera. Nariadenou súdnou pitvou bolo zistené, že príčinou smrti muža bol malígný edém mozgu. Práca na podklade prípadu z praxe upozorňuje lekárov prvého kontaktu, lekárov pracujúcich v teréne, zdravotné sestry, iných pomocných zdravotníkov, sociálnych pracovníkov, ale aj príslušníkov bezpečnostných síl na možné nebezpečenstvá pri komunikácii a práci s klientmi, ktorí sa verbálne vyhrážajú, alebo aj správajú agresívne. Tu odporúčame racionálne vyhodnotiť riziká potencionálnych zákrokov a až následne na základe konkrétnej situácie a výpovedí svedkov zvážiť alternatívy postupov, včítane možnosti privolania iných odborníkov. Zákroky by mali prebehnúť koordinovane s prioritným akcentom na ochranu vlastných životov, životov klientov, na ochranu vlastného

SUMMARY

Makovický P, Matlach R, Makovický P.
A fatal case of intervention against a per-
son with schizophrenia

This is a case report of a fatal intervention against a 26-year-old man with paranoid schizophrenia who ignored therapy prescribed by a psychiatrist. Over a 14-day period, there was a striking escalation of restlessness, repeated verbal attacks, threats and aggressive behaviour. The doctor who was called was not able to establish a valid contact with the man, so he called the police to help him pacify the man. During this time, the doctor applied Haloperidol as an injection to the muscle, but without an effect, thus the doctor applied another shot of Haloperidol within a very short time. After an initial sedation, there was a sudden respiratory arrest, the man was repeatedly resuscitated and transported to a hospital, where he died on the sixth day. A requested forensic autopsy revealed that the cause of the man's death was a malignant cerebral oedema. This case report draws the attention of primary care physicians, doctors working in the field, nurses, other health care professionals, social workers, as well as members of the security forces to the possible dangers of communicating and working with clients who are verbally or physically aggressive. Here, we recommend a rational assessment of the risks of potential interventions and only then, based on the specific situation and witness statements, to consider alternatives to next steps, including the possibility of calling in other professionals. Interventions should be conducted in a coordinated manner with a priority emphasis on protecting one's own life, the clients' lives,

zdravia, zdravia klientov a nakoniec na elimináciu škôd na majetku.

Klíčové slová: agresivita, duševné poruchy, komunikácia s klientom, schizofrénia, urgentná medicína.

and ultimately the prevention of property damage.

Key words: aggression, mental disorders, client communication, schizophrenia, emergency medicine.

ÚVOD

Schizofrénia je závažná psychotická porucha, ktorá má výrazný vplyv na život pacientov. Ochorenie sa prejavuje v širšej škále klinickej symptomatológie s variabilnou odpoveďou na terapiu a má rôznu prognózu. Podľa údajov z odbornej literatúry postihuje približne 1% obyvateľstva s istými rozdielmi medzi jednotlivými miestami.¹ Niektoré štúdie uvádzajú rozdiely medzi prevalenciou v rámci pohlavia, naopak iné ich nedokomentujú a ďalšie sa v tomto zmysle odvolávajú na význam multifaktoriálnych činiteľov, ktoré sú asociované s vyšším rizikom generalizácie ochorenia u žien, alebo mužov.^{2,3} Terapia je založená na komplexnom prístupe, zahrňujúc biologickú liečbu, psychoterapeutickú, psychosociálnu intervenciu a z praktického hľadiska ju podľa Štandardného postupu možno klasifikovať do štyroch štádií. Tu sa v prvom rade jedná o zvládnutie akútneho psychotického stavu, potom o akútnu fázu, teda liečbu psychotického ataku, ktorá je nasledovaná stabilizačnou liečbou, a poslednou je udržiavacia fáza.⁴ Zvlášť dôležitým faktorom úspešnosti celej liečby je selekcia a dávkovanie antipsychotík.⁵ Medikamentózna terapia je väčšinou individuálne prispôbovaná a podľa efektu, vývoja ochorenia potom pacientovi postupne až na jeho mieru upravená. Z toho jednoznačne vyplýva, že ide o úzku formu spolupráce medzi psychiatrom a pacientom, pričom sa vychádza z predpokladu, že pacient dodržiava nariadenú medikamentóznú terapiu. Je pritom známe, že niektorí pacienti sú k svojmu ochoreniu nekritickí, podceňujú nariadenia psychiatrov, eventuálne nedodržia zásady medikamentóznej terapie. Takýto pacienti sa potom vystavujú rizikám relapsu ochorenia, rozvoju iných a zvlášť príbuzných neurologických ochorení a tiež opakovaným ústavným hospitalizáciám. Prejavy neliečenej schizofrénie sú pritom veľmi pestré a niekedy sprevádzané aj agresiou proti svojmu okoliu a tiež voči sebe samému. Komunikácia a práca s takouto klientelou je samostatnou kapitolou. S prípadmi sú konfrontovaní lekári prvého kontaktu, lekári pracujúci v teréne, zdravotné sestry, iní pomocný zdravotný, alebo sociálny personál a tiež príslušníci bezpečnostných síl. V priebehu kontaktu s osobami s agresívnymi rysmi správania pritom pravidelne dochádza k verbálnym útokom, ktoré často vyúsťujú do vyhrážok, ale aj do fyzických útokov a z toho vyplývajúcich rizík ublíženia na zdraví, strát na životoch a nakoniec nebezpečenstva poškodenia majetku. Agresívne chovanie u pacientov pritom v posledných rokoch stúpa,

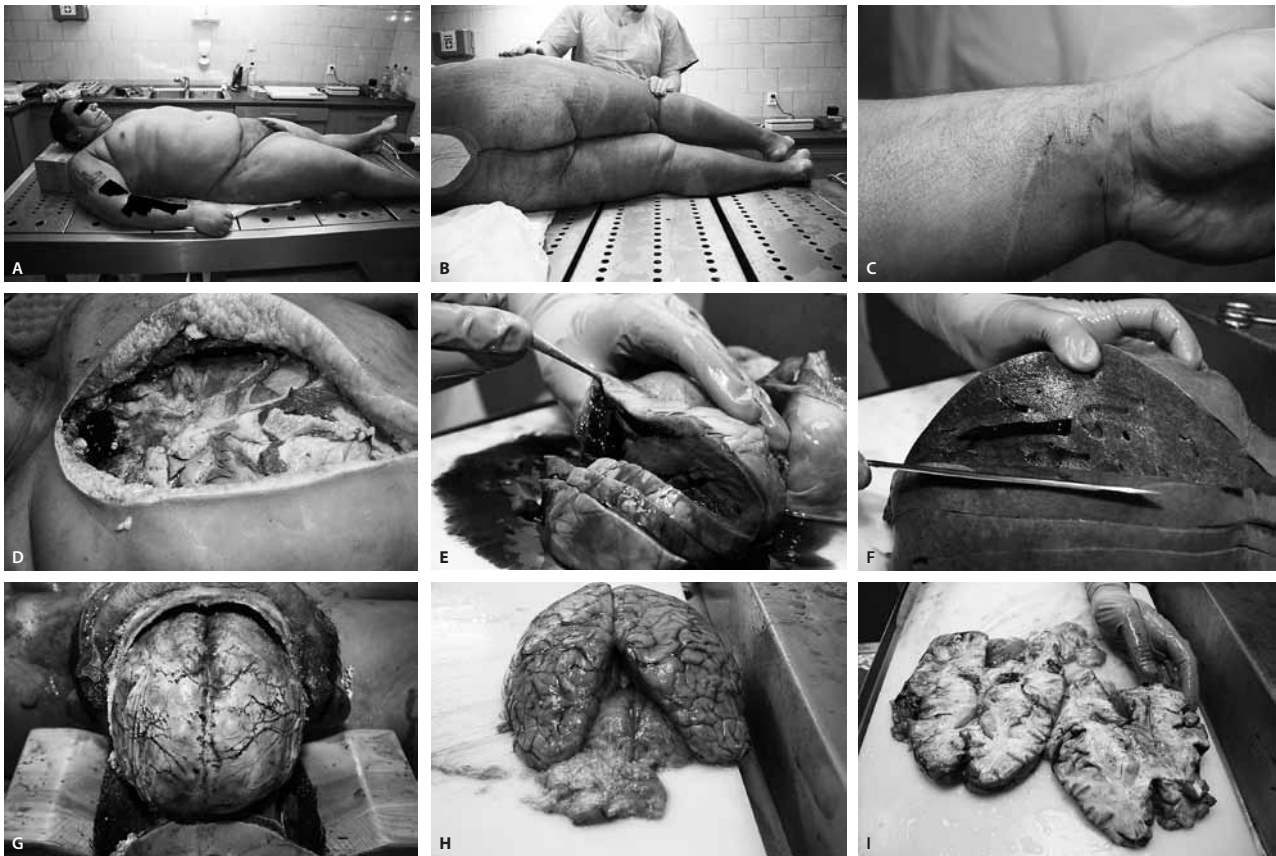
príčom s agresiou sa vo svojej kariére stretlo viac než 30% zdravotných pracovníkov, z čoho 70% agresie je namierené proti zdravotným sestram, a najčastejšími agresormi sú pacienti, alebo ich príbuzní.⁶ Tu v našej práci uvádzame prípad 26-ročného muža s diagnózou paranoidnej schizofrénie, ktorý sa sám rozhodol ignorovať ambulantným psychiatrom nariadenú medikamentóznú terapiu. Postupne sa začal správať agresívne, a keďže si privolaný lekár Rýchlej lekárskej pomoci nedokázal s ním poradiť, bol nakoniec spacificovaný príslušníkmi Polície. Prípad končí smrťou muža. Prácu predkladáme do povedomia širšej skupiny osôb pracujúcich v teréne s cieľom upozorniť na možnosť výskytu podobných prípadov, ktoré by v rutínnej praxi mali byť manažované s primárnym dôrazom na bezpečnosť zasahujúcich profesionálov, ale tiež na bezpečnosť klientely.

POPIS PRÍPADU

Pri popise prípadu vychádzame z údajov výpovede otca, ďalej z dokumentácie, ktorá bola zhotovená Políciou České republiky a nakoniec z dokumentácie príslušného ARO, kde muž umrel. Predošlé záznamy zo psychiatrickej dokumentácie neboli k dispozícii. Ide o 26-ročného, postavou robustného (160 kg) ambulantne sa liečiaceho invalidného dôchodcu s niekoľkými predošlými ústavnými hospitalizáciami na psychiatrii. Podľa výpovede jeho otca sa už 18-rokov liečil na paranoidnú schizofrénii. Syn sa pritom od začiatku staval k samotnej liečbe s odporom, alebo len pasívne a celá terapia bola viacmenne založená na nedobrovoľných hospitalizáciách. Po prepustení do ambulantnej starostlivosti sa jeho zdravotný stav síce na krátku dobu zlepšil, ale následne nerešpektovaním medikamentóznej terapie ambulantného psychiatra prakticky zakaždým zhoršil. Vtedy sa syn začal chovať najprv nápadne nepokojne, nasledovali afektované verbálne výlevy, ktoré sa prelínali s fyzickou agresiou a striedali s upadaním do depresívnych stavov. Najprv to boli len slovné vyhrážky, potom kopanie do nábytku, ničenie bytového príslušenstva, neskôr ubližovanie sebe samému a potom prepadanie do úzkostných stavov. Toho času sa celý problém začal približne pred tromi týždňami, keď sa syn sám od seba rozhodol, že ambulantným psychiatrom predpísanú medikamentóznú liečbu bude ignorovať (Chlorprothixen 15 Léčiva (2×2×2), Haloperidol-Richter 1,5 mg (2×2×2) a Buronil 25 mg (2-4 večer)). Na tomto rozhodnutí si neústupčivo trval. Podľa otca možno nejakú

tabletku pod nátlakom prehltoľ, no v skutočnosti si už asi 14 dní žiadnu nezobral. Pritom začal halucinovať, keď tvrdil, že počuje nejaké cudzie hlasy. V tomto stave na svojho otca hodil konferenčný stolík a jeho agresívne chovanie sa naďalej stupňovalo. V ranných hodinách sa svojím rodičom začal vyhrážať fyzickou likvidáciou, a tak sa zo strachu o svojho syna a tiež zo strachu o seba samých nakoniec v poobedňajších hodinách rozhodli privolať Rýchlu lekársku pomoc. Po jej príchode sa službukonajúci lekár všemožne snažil s mužom nadviazať verbálny kontakt, ale k žiadnej racionálnej konverzácii prakticky nedošlo. Všetky ďalšie pokusy boli v tomto zmysle neúspešné. Situácia sa postupne len vyhrocovala a pod tlakom fyzických vyhrážok zo strany muža sa lekár nakoniec rozhodol privolať na pomoc Policajnú hliadku. Tá na miesto činu dorazila do pár minút po zavoľaní. Po oboznámení sa so situáciou vošli príslušníci do bytu a nahliadli do izby, kde na posteli uvideli sedieť muža, ktorý držal v obidvoch rukách nože s čiernymi rukoväťami. Akonáhle tento zbadal príslušníkov polície, tak bez akéhokoľvek rešpektu vybehol na nich so slovami „*Tak si pre mňa poďte, ja Vás vypitvám, vypadnite odtiaľto!*“, pričom pred sebou šermoval obidvomami nožmi a taktoko ich vytlačil z bytu. Následne zabuchol a zamkol vchodové dvere. Policajná hliadka sa po krátkej porade pre komplikovanosť prípadu rozhodla privolať k zásahu

ešte ďalšiu hliadku. Muž bol následne príslušníkmi Polície opakovane vyzývaný slovami „*Polícia! Menom zákona, otvorte dvere!*“. Na tieto výzvy však nereagoval. Po dvoch kopnutiach do dverí začal muž za dverami kričať a so slovami „*Vy zmrdi, čo to robíte, ja Vás dopíchám!*“ dobehol k vchodovým dverám, ktoré odomkol a s jedným nožom v pravej ruke s čepeľou otočenou proti hliadke chcel na nich vybehnúť. Akonáhle sa však vchodové dvere otvorili, vstúpil so štítom pred sebou do bytu príslušník Policajnej hliadky a vybiehajúceho muža zablokoval. Za vypätia obrovských síl sa nakoniec nejako podarilo pretlačiť muža cez priestory úzkej chodby bytu až do priestorov kuchyne, kde bol nasadením všetkých prítomných príslušníkov Polície donucovacími prostriedkami spacificovaný a zložený na brucho tvárou k zemi, pričom lekár mu do svalu aplikoval injekciu Haloperidolu (Haloperidol-Richter 1,5 mg 1 amp). Muž však naďalej vzdoroval a za kriku a metania sebou sa snažil vymaniť spod kontroly zasahujúcich príslušníkov Polície. Lekár sa mu preto aj s vedomím rizika ovplyvnenia dychového centra rozhodol podať ďalšiu dávku Haloperidolu. Po krátkej dobe došlo k viditeľnému utlmeniu a mužovi bolo možné nasadiť na ruky putá. Následne došlo k náhlemu zastaveniu dychu. Muž bol aj s putami otočený na chrbát, napojený na monitor a predychávaný ambuvakom. Boli zaistené dýchacie cesty. Bol



Obr. 1

- A:** Na pitevnom stole uložené telo muža silnejšieho vzhľadu.
B: Telo muža otočené na ľavý bok s viditeľne väčšími fyzickými proporciami.
C: Stopy po tupom násilí na predlakti.
D: Výrazná obezita s masami depotného tkaniva v podkoží.
E: Na priečných prierezoch zväčšeného srdca viditeľné mierne rozšírenie ľavej a výrazné rozšírenie pravej komory s povlakmi červenofialovej krvi v dutinách.
F: Niekoľko rezov pečenej, ktorá je hnedočervenej farby s nepravidelne viditeľnými, žito sa sfarbenými okráskami tkaniva.
G: Po otvorení lebky viditeľné výrazne prekrvené mäkké lebečné pokrývky.
H: Zväčšený mozog, sploštené závitý, zúžené ryhy a rozpadnutý, vzhľadom natrávený mozoček.
I: Transverzálne rezy zväčšeným mozgom s periférne uloženým totálne rozpadnutým mozočkom.

zaistený intraoseálny prístup do pravého ramena a v priebehu cca. 15 minút bola striedajúcimi sa príslušníkmi Policie vykonávaná masáž srdca. Následne bol na nosidlách obťažnejšie úzkou chodbou prenesený k vozidlu Rýchlej lekárskej pomoci, kde musel byť lekárom opäť resuscitovaný po dobu cca. ďalších 15 minút s obnovou hemodynamicky účinného srdečného rytmu. Potom bol okamžite transportovaný do najbližšej nemocnice na ARO. Pri preberaní pacienta bola službukonajúca lekárka stručne vyrozumená so situáciou. Vzhľadom k potencionálnej agresivite bola na ARO zvolená farmakologická sedácia (Apaurin 10 mg/2 ml i. m., Haloperidol-Richter 1,5 mg 2 amp., Dormicum 5 mg i. v.) a zahájená kardio-pulmo-cerebrálna resuscitácia. Muž bol napojený na umelú ventiláciu s vysokou podporou kyslíka. Fyzikálne chladenie hlavy bolo riadené hypotermiou. Postupne bol podávaný Adrenalin Léciva 3 mg i. v., Atropin BBP 3 mg/ml i. v., Noradrenalin Léciva 6 mg i. v. V kontrolnom biochemickom odbere dominoval ťažký minerálny rozvrat a podľa nálezu kontrolného CT-výšetrenia bol prítomný malígny edém mozgu. Muž bol odtlmený, ale bez reakcií, pričom kontrolné neurologické vyšetrenie bolo uzatvorené ako areflektoická kóma, ktorá zodpovedá smrti mozgu. O tri dni kontrolné sonografické vyšetrenie, ktoré nepreukázalo stop na karotídach. Bola zavedená bazálna terapia. Na piaty deň postupne došlo k poklesu saturácie kyslíkom a anúrii. Zornice mydriatické bez fotoreakcie. Na šiesty deň bradykardia, ktorá prešla v asystóliu, tlak krvi bol nemerateľný a pulz vo veľkých cievach nehmatateľný. Vzhľadom k malígnemu edému mozgu, areflexii bolo upustené od ďalšej kardio-pulmo-cerebrálnej resuscitácie. Muž bol odpojený od prístrojov a následne umrel. V prípade bola nariadená súdna pitva, zahrňujúc toxikologické vyšetrenie na dôkaz etanolu a na dôkaz prítomnosti látok zo skupiny drog a medikamentov. Z výsledkov pitvy vyplýva, že príčinou smrti muža bol malígny edém mozgu. Ďalšie nálezy v priebehu pitvy dokumentujú výraznú obezitu BMI: 49 (obr. 1A, 1B, 1D). Stopy po injekčných vpichoch, ktoré je možné vysvetliť odbornou lekárskou starostlivosťou. Na predlaktiach stopy po tupom násilí (obr. 1C). Zväčšený mozog (1520 g.) so sploštenými mozgovými závitmi, totálne rozpadnutý mozoček a masívne prekrvenie mäkkých lebečných pokrývok (obr. 1G, 1H, 1I). Hypertrofia srdca (480 g, 14 × 12 × 5 cm, pravá komora: 7 mm, ľavá komora: 15 mm) s rozšírením komôr (obr. 1E) a nedostatočnosťou vencovitých tepien. Uzlovitá prestavba a stukovatenie pečene (obr. 1F). Stukovatenie sliznice žlčníka. Výsledky toxikologického vyšetrenia metódou plynovej chromatografie a tiež Widmarkovou skúškou nepreukázali v krvi muža prítomnosť etanolu. Skríninovým toxikologickým vyšetrením biologického materiálu metódou tenkovrstvej chromatografie nebola v odobratých vnútorných orgánoch (pečeň oblička, slezina) muža preukázaná prítomnosť toxikologicky významných látok zo skupiny drog a medikamentov. V skríninovom vyšetrení vzorky séra bola metódou plynovej chromatografie dokázaná prítomnosť kofeínu.

DISKUSIA

Je zrejme, že aj v prípadoch psychických ochorení sa vyskytujú situácie, keď je potrebné poskytnúť prvú pomoc. U klientov s psychiatrickou anamnézou má prvá pomoc niektoré zvláštnosti, keď pacient môže ohrozovať ľudí vo svojom okolí, tiež sám seba a potom aj privolané osoby. Nejedná sa však len o osoby so psychickými ochoreniami, pretože takto môžu jednať aj osoby zapojené do protizákonnej činnosti. Najčastejším na prvý pohľad nápadným sprievodným javom nespolupracujúcich osôb je nepokoj, ktorý sa prejavuje nápadným vzrušením, zvýšenou motorikou, aktivitou, eventuálne je výstup doprevádzaný verbálnymi výlevmi a verbálnou agresiou. Inou formou nepokoja je psychomotorická agitovanosť, keď je osoba už neovládateľná a verbálne aj fyzicky agresívna.⁷ To korešponduje aj s nami prezentovaným prípadom, keď sa situácia vyhrotila až do takého stavu, že bolo potrebné privolať príslušníkov policajnej hliadky. Aj keď existujú isté odporúčania, je zrejme, že takto vyostrené prípady nemajú jednoznačne predpísaný scenár postupov.⁸ Tu je pritom vždy nevyhnutné racionálne vyhodnotiť riziká potencionálnych zákrokov a až následne na základe konkrétnej situácie a prípadných výpovedí svedkov dôsledne zvážiť alternatívy plánovaných postupov, včítane možnosti privolania iných odborníkov. Celý zákrok by mal byť koordinovaný s dôrazom na ochranu života/zdravia zasahujúcich osôb, na ochranu života/zdravia klientov a nakoniec na ochranu súkromného, alebo verejného majetku. V prevencii násilia je všeobecne väčšinou odporúčaná, ale aj očakávaná komunikácia.^{9–11} Ide o veľmi efektívnu obranu, ktorá je bežne využívaná aj vo vzťahu k psychiatrickým pacientom. Bolo by veľkou chybou, ak by sa tu všetci psychiatrickí pacienti považovali za potencionálne nebezpečných. Na druhej strane by bolo chybou, ak by sa osoby, ktoré boli v minulosti znalcami v odvetí psychiatria ohodnotené ako spoločensky nebezpečné, pohybovali v spoločnosti bez kontroly. Príkladom je prípad pacienta s paranoidnou schizofréniou v anamnéze, ktorému súd nariadil ochrannú ambulantnú psychiatrickú liečbu. Tá však v konečnom dôsledku nespĺnila svoj účel a muž nakoniec vraždil.¹² Iným príkladom je hodnotná monografia, ktorá dokumentuje život sériových vrahov, z ktorých u viacerých bolo neskôr v priebehu vyšetovania diagnostikované duševné ochorenie.¹³ Po opakovanom preštudovaní pomerne podrobného popisu vykonávania jednotlivých vražd a zvlášť pokusov o vraždy je zrejme, že komunikácia tu zohrala mimoriadne dôležitú úlohu. Zdá sa, že komunikácia s agresívnymi osobami by mala byť vedená tak, aby došlo k zníženiu napätia.¹⁴ V procese verbálnej intervencie by sa v tomto zmysle mohli využiť niektoré veľmi dobre osvedčené postupy a potom tiež už v praxi odskúšané princípy verbálnej i neverbálnej komunikácie.¹⁵ Osoby, ktoré žijú v domácnosti s rodinnými príslušníkmi, ktorí potencionálne vykazujú agresívne sklony, by možno nemali čakať až do prípadného vyhrotenia situácie, ale mali by prípadné problémy aktívne riešiť už v začiatkoch. V stavoch porúch vedomia, keď si osoby nevedomujú, čo činia, je aj samotná komunikácia s takými osobami omnoho ťažšia. Aby tu nedošlo k zbytočnému vyhroteniu situácie, mala by byť komunikácia vedená vecne. Ak

sa však aj napriek snahe nedarí a navyše sa zvyšuje riziko možného nebezpečenstva, vtedy nastupuje do úvahy alternatíva bezpečnostného zásahu, ktorá bola zvolená aj v nami referovanom prípade. Aplikácia obmedzovacích a donucovacích prostriedkov osobám s akútnou duševnou poruchou je pritom tak pre odbornú, ako aj pre laickú verejnosť prakticky za každým veľmi citlivou témou.¹⁶ Použitie násilia je pritom krajným riešením a k tomu sa väčšinou pristupuje až po vyčerpaní všetkých prirodzených možností.¹⁷ Poslednou alternatívou je odstúpenie od zákroku a ponechanie klienta na istý čas v prostredí, kde sa nachádza, s očakávaním zmeny jeho správania. Takýto krok však nie je možné vždy využiť a je otázne, či by vôbec mal nejaký význam, čo sa vzťahuje aj na náš prípad. Podľa údajov z Holandska, kde je nedobrovoľné prijatie pacienta porovnaním s našim systémom neporovnateľne zložitejšie, tam činí asi 47 klientov na 100 000 obyvateľov, pričom najčastejšie stanovenou diagnózou sú psychotické poruchy.¹⁸ Podľa výsledkov jednej práce z prostredia Slovenska sa z hľadiska zastúpenia diagnóz násilné správanie najčastejšie vyskytlo pri mentálnych retardáciách, potom schizoafektívnych poruchách a schizofrénie, pričom podľa pohlavia bola u žien najčastejšou mentálna retardácia a u mužov schizofrénia.¹⁹ Takéto prípady je potrebné profesionálne zvládnuť a na špecializovaných ústavoch sú k tomu vypracované štandardné operačné postupy. Čiastočne až úplne je situácia odlišná v teréne, keď sa odborná verejnosť stretáva s prípadmi potencionálnej agresie a musí ju manažovať dostupnými prostriedkami

za prípadnej asistencie iných kvalifikovaných, či nekvalifikovaných osôb. Aj napriek vyhroteným situáciám, situácie obmedzeným možnostiam, časovej tiesni a prípadne nedostatku kvalifikovaného personálu by v konečnom dôsledku mali byť takéto situácie zvládnuté bez strát na životoch.²⁰ Nami referovaná kazuistika by mohla širšej odbornej verejnosti poslúžiť ako prípad, ktorého scenár sa môže kedykoľvek opakovať.

ZÁVER

V článku je referovaný letálne sa končiaci prípad bezpečnostného zásahu proti mužovi s paranoidnou schizofréniou v anamnéze, ktorý ignoroval psychiatrom nariadenú medikamentóznou terapiu, pričom ohrozoval osoby vo svojom okolí. Autori sa tu nestavajú do pozície sudcov, nehodnotia jednotlivé postupy, ani účastníkov celého prípadu, ale prípad dávajú do pozornosti širšej odbornej verejnosti s odkazom, že podobný sa môže stať aj dnes.

Podakovanie

Ďakujeme MUDr. Jozefovi Budayovi, Ph.D., za odbornú pomoc pri finalizácii článku.

Dedikácia

Práca nebola podporená žiadnym grantom a všetky nákladové položky boli hradené autormi.

LITERATÚRA

- McGrath J, Saha S, Chant D, Elham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 67–76.
- Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22: 417–428.
- Lewine R, Hart M. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. *Handb Clin Neurol* 2020; 175: 315–333.
- Zelman M, Pečenák J, Breznoščíková D, Kubašovská K. Komplexný manažment pacienta so schizofréniou. Štandardný postup 2018.
- Kořínková V, Izáková L, Korcsog P, Šuba J, Vavrušová L. Racionálna liečba antipsychotikami. Štandardný diagnostický a terapeutický postup 2014; 17 (16): 4–6.
- Viottini E, Politano G, Fornero G, Pavanelli PL, Borelli P, Bonaudo M, Gianino MM. Determinants of aggression against all health care workers in a large-sized university hospital. *BMC Health Serv Res* 2020; 20: 215.
- Kafka J a kol. *Psychiatria*. Osveta, Martin 1998.
- Vieta E, Garriga M, Cardete L et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry* 2017; 17: 328.
- Králová J. Agresivní pacient. *Prakt Lék* 2005; 85: 230–232.
- Pekara J. Násilí ve zdravotnictví. *Prakt Lék* 2013; 93: 264–268.
- Pekara J. Komunikace jako sebeobrana zdravotníka. Praha, IPVZ 2015.
- Žukov I, Ptáček R, Fischer S. Selhání psychiatrické ochranné léčby – vraždící pacient s diagnózou paranoidní schizofrenie. *Čes a slov Psychiat* 2013; 109: 239–245.
- Drbohlav A. *Psychologie sériových vrahů*. Praha, Grada Publishing 2012.
- Veveřa J, Nichrová A, Strunzová V, Petr T, Nawka A. Deeskalace – základní intervence ke zvládnutí násilí. *Čes a slov Psychiat* 2018; 114: 213–217.
- Zelman M, Hollý K, Bračoková H. Zvládanie akútneho psychomotorického nekludu a agresivity pacienta. *Psychiat pro Praxi* 2006; 4: 185–190.
- Kališová L, Raboch J, Číhal L, Kitzlerová E. Výsledky podrobného sledování použití omezovacích prostředků během hospitalizace – projekt EUNOMIA, výsledky v ČR. *Čes a slov Psychiat* 2008; 104: 52–58.
- Dohnalová H. Problematika užívání omezovacích prostředků ve zdravotnických zařízeních a v ústavech poskytujících sociální služby. *Med Pro Praxi* 2011; 8: 86–88.
- Ernsten H. Nedobrovoľná hospitalizace a psychiatrická pohotovost. *Psychiat Pro Praxi* 2008; 9: 38–39.
- Zelman M, Das Ach, Hudec J, Priščáková A. Agresivne prejavy u psychiatrických pacientov hospitalizovaných v PN Hronovce v rokoch 2006–2008 – analýzy výskytu. *Psychiat pro Praxi* 2010; 11: 127–130.
- Hanušová V. Terapie akutního nekludu a agrese. *Psychiat pro Praxi* 2008; 9: 168–169.