

## INTERNISTIČNA STANJA Z AKUTNO PSIHIATRIČNO SIMPTOMATIKO

*Janez Zaletel*

**Akutna duševna spremenjenost** je neredko posledica telesnih bolezni. Ob akutnih in subakutnih poškodbah in vnetjih centralnega živčevja, cerebrovaskularnih vzrokih in možganskih tumorjih so prav različna in včasih prikrita internistična stanja (»sistemske bolezni«) med pogostejšimi vzroki za nastanek akutne psihiatrične simptomatike. Prečiščenih podatkov o incidenci akutne duševne spremenjenosti z zgolj internističnim vzročnim bolezenskim stanjem sicer ni. Znane pa so ocene, da so duševno spremenjeni trije od stotih bolnikov, ki jih v urgentnih službah sprejmemo na bolniške oddelke, in da pri desetih od sto hospitaliziranih bolnikov nastopi stanje akutne duševne spremenjenosti. Delež bolnikov, ki ob telesni bolezni in hospitalizaciji razvijejo akutno psihiatrično simptomatiko, je v nekaterih podskupinah celo večji (npr. pri geriatričnih bolnikih 30%, bolnikih v intenzivnih enotah 20 do 50%).

**Vzroki in načini nastanka** stanj z akutno psihiatrično simptomatiko pri bolnikih z notranjimi boleznimi so raznoliki. Zaradi homeostatske motnje in prilagoditvenih odzivov, ki jih sproži notranja bolezen, pride največkrat do razširjene motnje možganskih funkcij. Značilne povezave med posameznimi internističnimi bolezenskimi stanji in obliko duševne spremenjenosti ni. Poenostavljeno lahko osnovne vzroke in načine nastanka akutne duševne spremenjenosti zaradi notranje bolezni razdelimo na **toksične, presnovne, cirkulacijske** in **zunanje**.

Pregled internističnih vzrokov za akutno psihiatrično spremenjenost podaja tabela 1.

**Tabela 1:** Osnovna etiopatogenetična razdelitev internističnih vzrokov za akutno duševno spremenjenost.

<b>VZROKI IN PREVALENCIA</b>	<b>PRIMERI</b>
<b>TOKSIČNI</b>  25 – 50 %	- <i>eksogeni</i> – zastrupitve, zdravila - <i>endogeni</i> – jetrna, uremična, pankreatična encefalopatija, hiperkapnična respiracijska insuficienca, karcinomska endotoksemija, porfirija
<b>PRESNOVNI</b>  15 – 25 %	- hipoglikemija, hiperglikemija - elektrolitske in acidobazne motnje - hipoksemija - motnje v delovanju endokrinih žlez - pomanjkanje kofaktorja (hipovitaminoze)
<b>CIRKULACIJSKI</b>  5 – 10 %	- šokovna stanja (hipovolemični, kardiogeni, septični, anafilaktični šok) - zmanjšanje pretoka zaradi zvečanega žilnega upora (hipertenzivna encefalopatija, policitemija, sindrom hiperviskoznosti, hiperventilacijski sindrom) - zmanjšanje pretoka zaradi mehaničnih srčno-žilnih vzrokov (Ao stenoza, stenoze karotid, zožitve ali zapore cerebralnih arterij) - zapora majhnih žil (diseminirana intravaskularna koagulacija, vaskulitis, embolizmi)
<b>ZUNANJI</b>  < 3 – 5 %	- hipotermija - hipertermija - druge okoliščine (psihosocialne)

**Simptomatika** akutne duševne spremenjenosti zaradi internističnih vzrokov je lahko dokaj pestra in obsežna. Za posamezno internistično vzročno stanje psihiatrični simptomi niso patognomonični. Po izkušnji pa vemo, da poleg kvantitativnih motenj zavesti (somnia, sopor, koma) internistična stanja (zlasti akutna, pa tudi nekatera kronična) povzročajo predvsem akutno duševno spremenjenost po tipu akutnega psihoorganskega sindroma (akutni eksogeni reakcijski tip – Bonhoeffer), katerega osnovna značilnost so kvalitativne motnje zavesti (zmedenost, zamračenost, delirij). Zlasti po novejši, širši opredelitvi delirija (10. revizija Mednarodne klasifikacije bolezni, kriteriji Ameriškega psihiatričnega združenja) lahko večino akutnih duševnih spremenjenosti pri internističnih boleznih opišemo kot »sindrom delirija«. Simptomske značilnosti delirija kot etiološko nespecifičnega organskega cerebralnega sindroma so naštetje v tabeli 2.

**Tabela 2:** Simptomске značilnosti delirija.

- 
- motnje zavesti in pozornosti
  - globalne kognitivne motnje (iluzije, halucinacije, motnje mišljenja, spominske motnje, dezorientiranost)
  - psihomotorne motnje
  - motnje ritma budnosti in spanja
  - motnje čustvovanja
- 

Pri srečanju z bolnikom, ki se je nenadoma začel čudno vèsti, se zdravniku – najsi bo izbrani ali dežurni splošni zdravnik, internist v urgentni internistični ambulanti ali na oddelku, psihiater ali katerikoli drugi specialist – postavi **osnovno vprašanje**: Kaj je osnovni vzrok bolnikovega stanja? Telesna bolezen ali izbruh doslej neprepoznane duševne bolezni?

Pravilen pristop in odločanje za potrebne preiskave je pomemben za pravilno in pravočasno zdravljenje. Pri nekaterih akutnih internističnih stanjih je diagnostično tavanje z zakasnelimi terapevtskimi ukrepi lahko za bolnika usodno (npr. neprepoznan začetek Gram-negativne sepse, neprepoznana intoksikacija, neprepoznano hudo poslabšnje kronične respiracijske ali ledvične insuficience). Zato sta v začetnem pristopu k bolniku z akutno duševno spremenjenostjo nepogrešljiva skrbna anamneza (velikokrat predvsem heteroanamneza!) in natančen telesni pregled bolnika. Že z anamnezo in statusom pridobljeni podatki lahko odločilno usmerijo nadaljnje postopke za opredelitev in zdravljenje vzročne bolezni.

Nekaj anamnističnih in kliničnih značilnosti, ki opozarjajo na možen organski vzrok akutne duševne spremenjenosti, povzema tabela 3.

**Tabela 3:** Osnovne anamnistične in klinične značilnosti za prepoznavanje organsko povzročene akutne duševne spremenjenosti.

---

<b>ANAMNEZA</b>	<b>STATUS</b>
- nenaden nastanek brez predhodne psihiatrične anamneze	- bolezensko odstopanje pri oceni vitalnih znakov (zavest, dihanje, pulz, temperatura)
- akutno psihotično stanje pri bolniku > 45 let	
- znaki dehidracije	- znojenje
- podatek o alkoholni razvadi ali drugi odvisnosti	- anemija, ikterus
- podatek o nedavni hospitalizaciji zaradi telesne bolezni	- nevrološki znaki (zlasti žariščni)
- podatek o jemanju zdravil (katera ??)	- inkontinenca blata in urina

---

Tudi nekatere značilnosti akutne duševne spremenjenosti opozarjajo na organski vzrok. Naštete so v tabeli 4.

**Tabela 4:** Značilnosti akutne duševne spremenjenosti zaradi organskih vzrokov.

- 
- MOTNJE ZAVESTI - zlasti zmedenost, zamračenost, delirij
  - HALUCINACIJE - predvsem optične
  - DEPRESIVNI SINDROM - bolj apatičnost in izgubljenost kot globoka žalost in obup
  - FORMALNE MOTNJE MIŠLJENJA - bolj inkohherentnost kot disociirano mišljenje
- 

S presojo anamnestičnih in kliničnih podatkov in tudi s poznavanjem psihičnih sprememb, ki lahko spremljajo različne notranje bolezni, moremo nadaljnje diagnostične postopke in večkrat tudi že prve ukrepe zdravljenja usmeriti k vzročni telesni bolezni. Pregled nekaterih pogostejših in nemalokrat v začetku manj očitnih internističnih stanj, ki jih lahko spremlja akutna duševna spremenjenost, je v tabeli 5.

**Tabela 5:** Pregled nekaterih internističnih stanj, ki jih lahko spremlja akutna duševna spremenjenost.

BOLEZEN	SOMATSKI ZNAKI	PSIHIATRIČNA SIMPTOMATIKA	LAB.
<b>HIPERTIROZA</b>	znojenje, intoleranca za vročino, hujšanje, diareja, bruhanje, tahikardija, palpitacije	nervoznost, razdražljivost, zgovornost, nespečnost, anksioznost, psihotična stanja; tremor, motnje spomina in koncentracije, vsiljivost, hiperaktivnost	↓ TSH ↑ T4
<b>HIPOTIROZA</b>	intoleranca za hlad, suha koža, krhki lasje, obstipacija, pastozna adipoznost, počasnost, srčna odpoved, anemija	apatičnost, upočasnjenost, čustvena otopelost, osebne spremembe, paranoidnost, halucinoza; motnje koncentracije, psihomotorična upočasnjenost	↑ TSH ↓ T3
<b>HIPOGLIKEMIJA</b>	znojenje, somnolentnost, tahikardija, oslabeledost, soporoznost, koma	anksioznost, zmedenost, nemir, sopor, koma	↓ KS
<b>HIPERGLIKEMIJA</b>	žeja, polidipsija, poliurija, acetonski zadah, dehidracija, anoreksija, navzeja, bruhanje, bolečine v trebuhu, splošna oslabeledost, koma	nemir, anksioznost, delirij, krči, sopor, koma	↑ KS

<b>BOLEZEN</b>	<b>SOMATSKI ZNAKI</b>	<b>PSIHIATRIČNA SIMPTOMATIKA</b>	<b>LAB.</b>
<b>HIPERPARA-TIROIDIZEM</b>	polidipsija, obstipacija navzeja, abdominalne kolike, bolečine v sklepih, mišična slabost	zmedenost, depresivnost, paranoidnost	↑ Ca ↓ QT v EKG
<b>HIPOPARA-TIROIDIZEM</b>	glavoboli, parestezije, tetanija, mišični spazmi, abdominalne kolike	anksioznost, agitiranost, zmedenost, depresija, spominske motnje	↓ Ca ↑ QT v EKG
<b>FEOKROMOCITOM</b>	glavoboli, hipertenzija (paroksizmalna), palpitacije, znojenje, hipotenzija	anksioznost, zaskrbljenost, tesnoba, razdražljivost, panična stanja	↑ kateholamini v 24-urnem urinu
<b>HIPERKORTICIZEM (SY. CUSHING)</b>	centralna debelost, strije, ekhimoze, hipertenzija, otekanje obraza, udov, mišična slabost, bolečine v križu, motnje menstruacije, libida in potence, intoleranca za glukozo	depresija, nespečnost, čustvena labilnost, motnje koncentracije, pomanjkanje energije, suicidalnost, manija, psihotičnost, delirij	supresijski test z Dexa ("kratki", "dolgi"), prosti kortizol v urinu
<b>ADRENALNA INSUFICIENCA</b>	utrujenost, mišična oslabelost, anoreksija, navzeja, bruhanje, bolečine v trebuhu, relat. hipotenzija, hiperpigmentacije	utrujenost, apatija, depresija, psihotičnost, delirij	↓ plazemski kortizol, ↓ Na, ↑ K hipoglikemija, eozinofilija
<b>HIPONATREMIJA</b>	žeja, polidipsija, (edemi), sopor, konvulzije, koma	apatičnost, zmedenost, motnje govora, osebnostne spremembe	↓ Na  osmolalnost!
<b>HIPERNATREMIJA</b>	(žeja), mišični krči, konvulzije	odsotnost, zmedenost, koma	↑ Na
<b>RESPIRACIJSKA INSUFICIENCA</b>	dispneja, utrujenost, cianoza, tahipneja, fascikulacije, "pulmpatski habitus"	somnolenca, motnje spanja, zmedenost, delirij	↓ pO <sub>2</sub> ↑ pCO <sub>2</sub>

<b>BOLEZEN</b>	<b>SOMATSKI ZNAKI</b>	<b>PSIHIATRIČNA SIMPTOMATIKA</b>	<b>LAB.</b>
<b>UREMIJA</b>	uremična polt, zadah, srbež, ekskoriacije, anemija, poliurija ali oligo-anurija, edemi, anoreksija, navzeja, bruhanje, utrujenost, mišična slabost, ataksija, dizartrija, asteriks	utrujenost, motnje spanja, razdražljivost, depresija, zmedenost, paranoidnost, motnje koncentracije	↑ urea ↑ kreatinin ↑ K
<b>HIPOVITAMINOZA B12</b>	anemija, (subikterus), omotica, utrujenost, dispneja, otekanje, parestezije, ataksija in spastičnost	razdražljivost, nepozornost, anemija, zmedenost, depresivna psihoza	↑-↑-↑ MCV ↓ nivo B12 Schillingov test
<b>HIPOVITAMINOZA B1 (tiamin)</b>	pareza abducensa, strabizem, nistagmus, ataksija, srčna odpoved	zmedenost, konfabuliranje, motnje koncentracije, nemir, odsotnost	nivo tiamina klinika

Zaradi pogostosti in kliničnega pomena problema akutne duševne spremenjenosti pri bolnikih z notranjimi boleznimi je bilo treba oblikovati smernice smiselnega diagnostičnega pristopa. Te poudarjajo pomen podrobnega anamnestičnega poizvedovanja, skrbnega telesnega pregleda in smiselno izbranih diagnostičnih preiskav v začetni obravnavi bolnika z akutno psihiatrično simptomatiko.

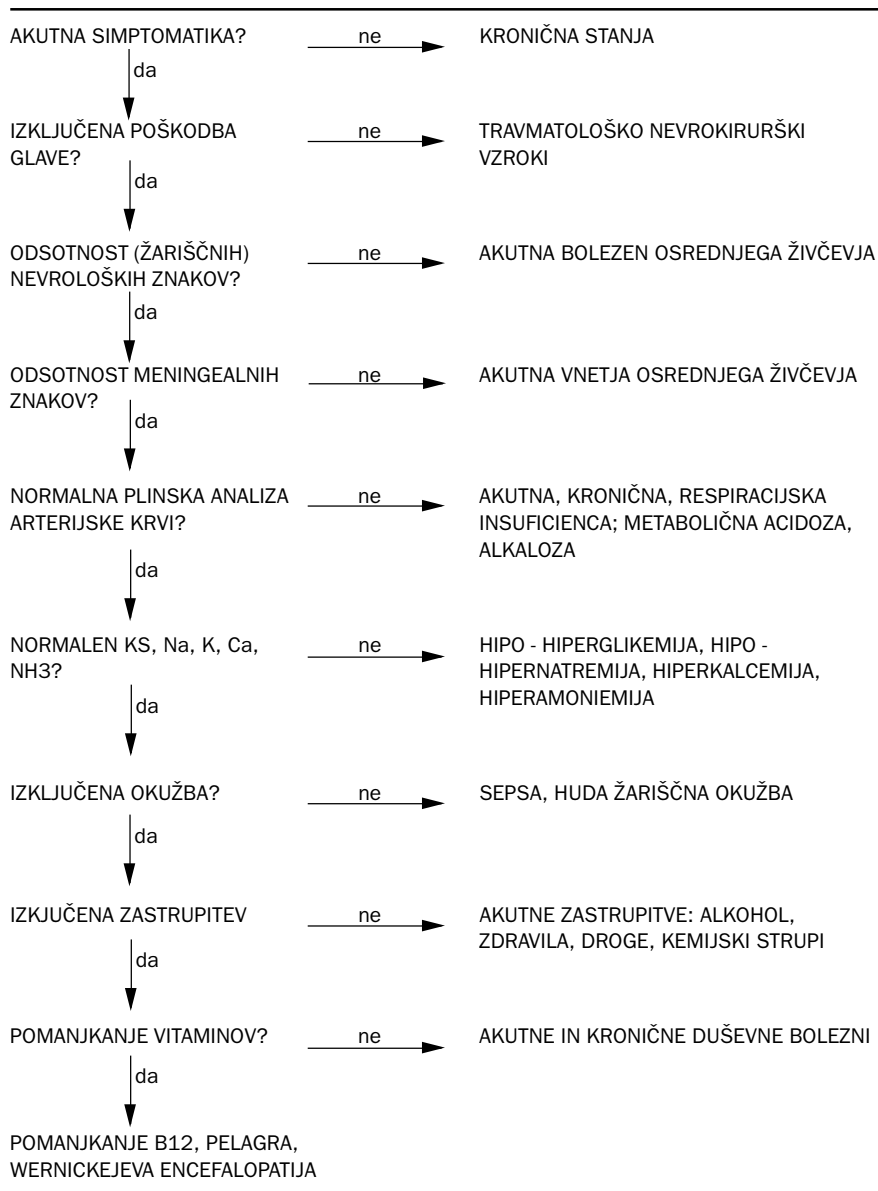
**Avtoanamneza** je tako osnova za oceno psihopatološkega stanja bolnika, za vzročno opredelitev njegovega stanja pa je najpomembnejša minuciozna **heteroanamneza**, ki naj od bolnikovih svojcev, neposrednih očitvidcev in iz prejšnje medicinske dokumentacije zbere podatke o bolnikovem predhodnem stanju ter o okoliščinah in nastajanju sedanjega stanja.

V **kliničnem statusu** je poleg ocene splošnega stanja (zavest, dihanje, pulz, hidriranost, prekrvljenost, temperatura, znaki poškodb in vbodov, prehranjenost) pomembna tudi osnovna klinično-funkcijska ocena srčnožilnega sistema, dihal, prebavil in sečil ter osnovna nevrološka ocena (iskanje meningealnih in žariščnih nevroloških znakov).

**Laboratorijske preiskave** naj bodo usmerjene v prepoznavo krvnih nepravilnosti, respiracijske insuficience in presnovne iztirjenosti, infekcije in zastrupitve.

Algoritmično shemo predlaganega pristopa k bolniku z akutno duševno spremenjenostjo in sumom na telesni vzrok podaja slika 1.

**Slika 1:** Pristop k bolniku z akutno psihiatrično simptomatiko in sumom na organski vzrok



Akutna duševna spremenjenost je lahko posledica številnih internističnih telesnih bolezni, toksičnega vpliva zdravil ali strupov. Akutno zmeden bolnik je ob kardiorespiratorni ali presnovni iztirjenosti lahko življenjsko ogrožen. Za odkrivanje telesnega bolezenskega vzroka akutne duševne spremenjenosti sta ključnega pomena popolna anamnestična osvetlitev stanja in okoliščin, v katerih je nastalo, ter skrben telesni pregled bolnika. Za hitro prepoznavo akutne duševne spremenjenosti zaradi internističnih stanj je pomembno sprotno sodelovanje med osebnim in napotenim zdravnikom, internistom in psihiatrom.

### KLINIČNI PRIMER 1

43-letni moški, pripeljan v urgenco popoldne iz službe, kjer mu je postalo slabo, dušilo ga je, tiščalo v prsih in glavi, razbijalo mu je srce.

**NAPOTNA DIAGNOZA:**

Stenocardia, AMI?

**ANAMNEZA:**

avtoanamneza zmedena, bolnik deliranten, halucinira, dodatne heteroanamneze ob sprejemu ni.

**STATUS:**

ob prihodu zmerna anksioznost, nemir, že ob prvih poskusih kliničnega pregleda vse hujši nemir, grozavost. RR 175/100, pulz 120/min, krepak, reden; dihanje pospešeno, koža toplejša, vročična, zariplost. Pordeli veznici, suha sluznica ust. T° 37.5 aurikularno. JVP videti normalen, avskutacija pljuč in srca bežna, verjetno normalen izvid. Ni videti znakov sveže poškodbe glave ali večjega ugriza v jezik, ni secesusu urina. Več v statusu zaradi bolnikovega naraščajočega nemira in upiranja ni moč oceniti.

**DODATNE PREISKAVE:**

od začetnih delno uspe le EKG: izrazit tremor izolinije in grobi artefakti, sinusna tahikardija, anterolateralna ishemija. Venskega kanala za lab. odvzeme in ev. I.V. terapijo ni mogoče vzpostaviti.

**DELOVNA DG:**

DELIRIJ, INTOKSIKACIJA - Antiholinergični intoksikacijski sindrom? Sepsa?



### **NADALJNI POTEK:**

imobilizacija bolnika v pasove z magnetnimi varovali (4 osebe !), sprejem v IIT , EKG in RR monitorizacija, diazepam 10 mg i.m., vzpostavitev i.v. kanala in lab. odvzemi.

Laboratorij: L 12.5, Hb 140, KS 11.2, hepatogram normalen, CK 2.8, CK-MB 0.20, MYO 110, kreatinin 102, urea 8.5, K 3.9, Na 141. Zaradi anurije vstavljen urinski kateter - retenca 500 ml, prejema inf. FR 500, 5% G 500+20KCl; še vedno nemiren, blodnjav. Podrobnejši telesni pregled: brez novih pomembnih podatkov. Umirjanje s ponovljenimi odmerki diazepama 3 – 5 mg počasi i.v.

### **DIAGNOSTIČNA RAZREŠITEV:**

Poizvedovanje v podjetju: nobenih novih podatkov, ni alkoholik, verjetno ni addikt, prej zdrav, nenadna slabost med delom v pisarni kmalu po prihodu v službo. Obvestili so ženo.

Heteroanamneza žene: sicer zdrav, ne pije, normalnega videza in počutja . Pred odhodom v službo mu je pripravila bisernice, ki jih je nabral prejšnji dan. Bisernica, rdečkasta mušnica (Amanita rubescens, srnica): pogojno užitna - kuhana izvrstna, ni je težko zamenjati s panterjevo mušnico (Amanita pantherina, pegasta mušnica), ki je strupena in povzroča Pantherina sindrom: slika antiholinergičnega intoksikacijskega sindroma.

### **ZAKLJUČEK:**

Ob zdravljenju s tekočinami, diazepamom in fizostigminom v ponovljenih odmerkih se je delirantni nemir zmanjšal, naknadno smo opravili lavažo želodca in aplicirali medicinsko oglje, po dobrih 24 urah zdravljenja in pojemajočem poteku znakov antiholinergično-atropinske zastrupitve se je bolnik ujasnil, dodatnih telesnih zapletov ni bilo .

## **KLINIČNI PRIMER 2**

77-letna bolnica z zdravljeno arterijsko hipertenzijo, obremenitveno angino pectoris, blago sladkorno boleznijo in že ugotovljenim kroničnim pielonefritisom je bila napotena v bolnišnico, ker so jo doma našli ležati ob postelji, bila je zmedena, ponesnažena z blatom in urinom, tresla se je, ni mogla stati ali sedeti.

### **NAPOTNA DIAGNOZA:**

Cerebrovaskularni inzult ? TIA ?

Hipertenzivna kardiomiopatija.

### **ANAMNEZA:**

našel jo je vnuk, prejšnje dni je bila še v redu, sama skrbela zase. Jemlje več vrst zdravil. Bolnica sama ne ve, kaj se je zgodilo: "Bila je že v tej bolnici, takrat so ji rekli, da za sedem ljudi ne more več kuhati - pa še zdaj; stara je 47 let. Zdaj je prišla bolj za hec, na obisk." Bolečine, slabo počutje zanika, kašlja " pa tako kar naprej ". Težave z uriniranjem v zadnjih dneh zanika.

### **STATUS:**

brez žariščnih znakov, eupnoična, acianotična, ni anemična, blago izsušena. RR 110/70, T° 39.4, brez znakov infekta zg. dihal, vrat nekoliko tog, JVP normalen, pljuča čista, srčna akcija tahiaritmična okoli 140/min, holositolni šum 3/6 apikalno, trebuh zgoraj mehak in neboleč, brez hepatosplenomegalije, nad simfizo nekoliko napet in občutljiv, na poklep D obledja se zdrzne. Edemov nima.

### **OSTALI IZVIDI:**

Laboratorij: L 32.6 , Hb 120, CRP120, KS 12, Hepatogram N, Kreatinin 123, urea 17, K 3.5, Na 147, Cl 99, Urinski sediment: >50 L, 10 E, levkocitni in hialini cilindri, masa bakt., nitriti v urinu +. PAAK: pH 7.29, HCO<sub>3</sub> 16, pO<sub>2</sub> 9.8, pCO<sub>2</sub> 3.9. EKG: atrijska fibrilacija s hitrim prekatnim odgovorom, znaki za hipertrofijo LP in verjeten vpliv digitalisa na ST segmente. RTG p.c.: brez svežih vnetnih infiltratov, srce v L povečano, izliva ni.

### **DELOVNA DG:**

AKUTNO FEBRILNO STANJE Z ZMEDENOSTJO.  
AK. PIELONEFRITIS. UROSEPSA ?

### **POTEK ZDRAVLJENJA**

po zdravljenju z empirično odbrano kombinacijo dveh antibiotikov in simptomatskem zdravljenju z antipiretiki in tekočinami je bila bolnica tretji dan afebrilna in duševno popolnoma urejena. Ob sprejemu odvzete hemokulture so bile pozitivne: E. coli.

## **KLINIČNI PRIMER 3**

52-letnega bolnika z anamnezo psihiatrične hospitalizacije in nato ambulantnega zdravljenja pred 15 leti, v zadnjih letih pa se ni zdravil, je v sprejemno ambulanto psihiatrične ustanove pripeljal brat, s katerim sta soseda. Opazil je, da bolnik, ki živi sam in je sicer do nedavna sam dokaj v

redu skrbel zase in se kot upokojenec še ukvarjal z domačim mizarstvom, v zadnjih dveh mesecih, po smrti matere, postajal vse bolj zaprt, zanemarjal je vrt in stanovanje, nazadnje tudi za redno prehrano ni več skrbel in je bil nekaj dni že povsem neorientiran.

#### **OB PREGLEDU:**

je bil upočasnjjen, zavrt, komaj je kaj odgovoril, ni prav vedel svoje starosti, ni poznal tekočega datuma, dne in meseca, svoje hišne številke; ni zmožel enostavnega odštevanja in je na vprašanje, kaj bi storil, če bi lahko zdaj šel domov, odgovoril, da bi pač stopil čez ulico (doma je iz oddaljene vasi). Imel je tremor rok in občasne nehotne zgbike. Ker je bil videti nekako rumenkasto bled in nekoliko izsušen, so napravili osnovne laboratorijske preiskave: L 4.5, Hb 119, KS 5.4, hepatogram N, urea 37, kreatinin 685, K 6.5, Na 135, Cl 95. Napotili so ga v urgentno internistično ambulanto.

#### **DODATNE PREISKAVE:**

Rektalni pregled: močno povečana, balonirana, elastična gladka prostata. UZ abdomna: ledvici normalno veliki, parenhim tanjši, hidronefroza II. stopnje obojestransko, povečana prostata.

#### **NADALJNI POTEK:**

Vstavitev urinskega katetra - 850 ml retence, zdravljenje konkomitantnega uroinfekta, prvi dan zdravljenje hiperkaliemije, kasneje več dni parenteralno nadomeščanje tekočin ob poliurični fazi ledvične odpovedi, restitucija ledvične funkcije skoraj do normalne. V drugem tednu zdravljenja je bil bolnik brez znakov uremične encefalopatije in duševno blago spremenjen: miselno zavrt, čustveno medel, počasnejši v odločanju, vendar povsem orientiran in samostojen.

## LITERATURA

1. Nicholas Talley, Simon O'Connor: Clinical Examination, 2<sup>nd</sup> Ed., Blackwell Scient. Publ.
2. Brown MM, Hachinski VC: Acute confusional states, amnesia and dementia. In: Harrison's principles and practice of internal medicine; 13<sup>th</sup> Ed, McGraw Hill, 1995
3. Peternel P.: Duševna spremenjenost pri telesnih boleznih. V: Keber D.(urednik): Razpoznavanje notranjih bolezni – diagnostični algoritmi, Medicinski razgledi, 1994.

4. Horvat M., Možina H.: Koma. V: Keber D.: Razpoznavanje notranjih bolezni – diagnostični algoritmi, Medicinski razgledi, 1994.
5. Kogoj A.: Delirij, Medicinski razgledi 1994; 33: 325-338
6. Popkin MK: Consultation – liaison psychiatry (Chap. 26.12).In: Kaplan HI, Sadock BJ: Comprehensive textbook of psychiatry, 6<sup>th</sup> Ed., Williams & Wikins, 1995
7. Kaplan HI, Sadock BJ: Pocket handbook of emergency psychiatric medicine, Williams & Wilkins, 1993
8. Rund DA, Hutzler JC: Emergency psychiatry, Mosby Toronto 1983