



Urgentna stanja u psihijatriji

Dr RADOSLAV MILOŠEVIĆ
Spec.urgentne medicine

Sistematizacija urgentnih stanja u psihijatriji

- ▶ Etički principi zbrinjavanja
- ▶ Obrazac ponašanja
- ▶ Tretman psihijatrijskog bolesnika
 - u fazi akutnog pojavljivanja simptomatologije
 - u fazi pogoršanja koje zahteva urgentno zbrinjavanje

DEFINICIJA URGENTNOG PSIHIJATRIJSKOG STANJA

- ▶ Urgentna psihijatrija je područje u kojem kompleksnost i specifičnost ispoljavanja psihičkih poremećaja zahteva hitnu, adekvatnu i neodložnu intervenciju. U slučaju da takav pristup izostane mogu se pojaviti neželjene posledice kako na psihološkom tako i na somatskom planu koje mogu dovesti do neočekivanog ili fatalnog toka i ishoda bolesti.

KOMPLEKSNOST

- ▶ Otuda rad sa pacijentima koji ispoljavaju akutno psihijatrijsko oboljenje zahteva optimalno poznavanje ne samo psihijatrijske semiologije, dijagnostike i terapijskih procedura, već i dobro poznavanje komplementarnih dijagnostičkih metoda kao i ovladavanje instrumentarijumom drugih grana medicine poput interne medicine, neurologije, toksikologije, radiologije i dr.

NEDOSTACI

- ▶ U službi za hitnu medicinsku pomoć susrećemo sa sledećim specifičnim problemima koji zahtevaju određene mere i aktivnosti:
- ▶ prisilna hospitalizacija pacijenata
- ▶ pacijent ne dolazi u situaciju da samostalno i sopstvenom voljom izabere terapeuta
- ▶ nedostatak validnih anamnestičkih podataka
- ▶ ukupni mentalni kapacitet pacijenta je kompromitovan, što ga čini “podređenim” u odnosu na osoblje
- ▶ osoblje službe za hitnu medicinsku pomoć uglavnom realizuje stavove društva i zdravstvene ustanove što može biti u konfliktu sa potrebama pacijenta

- ▶ anksioznost, agresivnost, etilizam ili uticaj drugih psihoaktivnih supstanci mogu značajno da remete komunikaciju sa pacijentom što dovodi do toga da dobijeni anamnestički podaci nisu dovoljni da se sagledaju sve okolnosti i kompleksne relacije koje su prethodile prijemu pacijenta u ambulanti ili češće na terenu.
- ▶ primena mehaničkih sredstava-kaiševa i pojaseva, za imobilizaciju agresivnog pacijenta pokreće mnoga etička pitanja. S jedne strane, kratkotrajna primena pojaseva može da omogući sigurniji zaštitu od samopovređivanja i manje doze psihofarmaka, dok s druge strane ruši dignitet pacijenta i stavlja ga u podređen položaj.

OPRAVDANOST POSTUPKA

- ▶ O opravdanosti i indikacijama postupaka ekipa hitne pomoći najbolje je upoznati pacijenta posredstvom pisanog dokumenta-tzv *informisanog pristanka* koji treba da sadrži: preporučeni način tretmana, koji je rizik, odnosno korist od preporučenog lečenja, alternativne mogućnosti u vezi sa terapijom pacijenta, koje su pozitivne odnosno negativne posledice alternativnih tretmana. Dobrovoljna odluka o davanju informisanog pristanka ne sme biti ničim uslovljena

Etika

- ▶ U etičkom smislu ne postoji apsolutna ispravnost odluke o lečenju urgentog pacijenta ali nekoliko praktičnih pitanja mogu nam biti od pomoći: Da li biste primenili intervenciju koju ste namenili pacijentu i na sebi, da ste na njegovom mestu? Da li biste izveli ovu intervenciju u svim relevantnim sličnim okolnostima? Da li ste spremni da date pozitivno mišljenje o vašoj intervenciji i kada je drugi koriste?

Klasifikacija urgentnih stanja u psihijatriji

- ▶ akutne psihoze
- ▶ agresivnost
- ▶ suicidalnost
- ▶ apstinencijalni poremećaji izazvani alkoholom ili drogama i žrtve nasilja
- ▶ poremećaji izazvani lekovima, posebno neželjeni efekti nakon primene neuroleptika (ekstrapiramidna simptomatologija).

SUICID

- ▶ Pod realizovanim suicidom podrazumeva se namerno oduzimanje sopstvenog života, dok je pokušaj samoubistva akt koji osoba vrši sa namerom da sebi oduzme život, ali koji se ne završava fatalnim, smrtnim ishodom, jer izazvana oštećenja nisu smrtonosna ili je pružena pomoć spasila život potencijalnom suicidantu. Epidemiološka istraživanja ukazuju da je prosečna jednogodišnja stopa suicida između 15 i 25 na 100.000 stanovnika. Više stope od prosečnih prisutne su prema podacima SZO u bivšim sovjetskim republikama, Letoniji, Litvaniji itd. ali i Skandinaviji, Nemačkoj, Švajcarskoj i Austriji, dok su značajno niže stope od prosečnih u Irskoj, Holandiji, Španiji i Italiji.

- ▶ Suicid je dva do tri puta češći kod muškaraca, ali su pokušaji samoubistva učestaliji kod ženske populacije. Muškarci i žene razlikuju se i u izboru načina na koji vrše samoubistvo. Muškarci obično biraju nasilne načine (vatreno oružje, vešanje), dok žene najčešće vrše samoubistvo trovanjem ili predoziranjem lekovima. I kod muškaraca i kod žena stopa suicida raste sa godinama starosti.

Rizične grupe

- ▶ **Afektivni poremećaji - poremećaji raspoloženja-** Suicidalni rizik najviši je kod obolelih od psihotične depresije- pet puta veći u odnosu na nepsihotične forme. Suicid se češće javlja u ranijim fazama bolesti.
- ▶ **Shizofrenija** - Visok rizik kod mladih, nezaposlenih muškaraca, zadovoljavajućeg premorbidnog funkcionisanja.
- ▶ **Alkohol i zloupotreba supstanci** - Opasnost od suicida češća je u kasnijim fazama bolesti.
- ▶ **Granični poremećaji ličnosti** - Nasilno i samopovređujuće ponašanje češće je od pokušaja ili realizacije suicida.
- ▶ **Panični poremećaji** - rizik se povećava u slučaju komorbidnih poremećaja - poremećaji raspoloženja, bolesti zavisnosti.
- ▶ **Ostali poremećaji** - delirantna stanja, intoksikacije, somatska oboljenja.

Intervju suicidalnog pacijenta

- ▶ Prilikom intervjua suicidalnog pacijenta neophodno je postaviti detaljna pitanja o prisustvu suicidalnih ideja. Ona moraju prvo biti uopštena da bi se postepeno došlo do direktnih pitanja vezanih za suicidalne misli, namere, osećanja ili pokušaj suicida. Svaka pretnja samoubistvom mora se shvatiti ozbiljno čak i kada je prema aktuelnoj proceni očigledno manipulativne prirode. Ozbiljan preteći znak je direktna verbalizacija suicidalnog plana, kao i mišljenja da će najbliža porodica lakše živeti bez njega. Najčešća i ključna pitanja za kliničku procenu rizika od suicida su: "Da li ste se ikada osećali toliko loše da ste mislili da više nema smisla živeti dalje?" Kao i "Da li je situacija toliko crna da ste pomišljali da dignete ruku na sebe"

Terapija suicidalnog bolesnika

- ▶ Terapija suicidalnog bolesnika uključuje sledeće korake:
- ▶ **Opšte terapijske mere** - 1. Zadržavanje pacijenta u kući uz ambulantno praćenje; 2. primena parcijalne hospitalizacije; 3. realizovanje dobrovoljne ili prinudne hospitalizacije na psihijatrijskom odeljenju.
- ▶ **Farmakološke mere** - 1. podaci o prethodnim lečenjima - lečenje osnovnog poremećaja; 2. mere opreza podrazumevaju propisivanje male količine lekova ukoliko imaju niske letalne doze (npr. triciklični antidepresivi). ***Odgovor suicidalnih pacijenata na antidepresivnu terapiju iznosi 65-80%. Lekovi izbora su antidepresivi druge generacije (npr. SSRI). Ovi lekovi u poređenju sa triciklicima imaju veću terapijsku širinu, manje neželjenih efekata i manju toksičnost prilikom predoziranja.***
- ▶ **Nefarmakološke mere podrazumevaju** - sprovođenje različitih formi psiho i socioterapije. Podrška, razumevanje i ulivanje nade glavni je terapijski pristup ovakvim pacijentima.

Akutne psihoze

- ▶ Ovaj tip poremećaja razvija se brzo kao patološko stanje kod kojeg dominira dezorganizovani misaoni tok, poremećaj percepcije, intenzivost emotivnih ispoljavanja kao i nerealno i neodgovarajuće ponašanje. Pacijentova sposobnost percepcije realnosti teško je oštećena, što uslovljava i poremećaj komunikacije. Akutno psihotičan pacijent zahteva hitnu intervenciju i kompletnu negu. Ovakvom pacijentu neophodno je osigurati fizičku bezbednost a istovremeno bezbednost i njegovoj okolini, pa tek onda pristupiti proceni psihotičnog stanja, dijagnozi i terapiji. Ako postoji bilo kakva sumnja o organskom oštećenju (mozga ili drugih organskih sistema) potrebno je laboratorijsko ispitivanje (biohemijski testovi u krvi, urinu, EKG, EEG, CT itd).

Intervju kod pacijenata sa akutnom psihozom

- ▶ Intervju se ne sme voditi pod pritiskom. Pacijentu treba dati dovoljno vremena i prostora da oceni ispitivača pre nego što se učini napor da se pridobije saradnja pacijenta.
- ▶ Stajati ili sedeti na pristojnoj udaljenosti (1.5-3m) od pacijenta i ne blokirati vrata koja vode u sobu
- ▶ Intervju otpočeti sa predstavljanjem (ja sam Dr...) i dati na znanje pacijentu da je osoblje upoznato sa njegovom situacijom. Naglasiti da je razgovor o bilo kojoj temi dobrodošao i da će biti zanimljiv.
- ▶ Zadržati konkretan i predusretljiv stav iako se pacijent može ponašati ljutito, sa zahtevima ili optužbama
- ▶ Ne raspravljati se sa pacijentom. Osmehivanje ili smeh od strane ispitivača mogu se smatrati ismejavanjem pacijenta.
- ▶ Napraviti svaki razuman ustupak da bi se ubedio pacijent u nesumnjivu želju da mu se bude što više od pomoći.

Psihijatrijska oboljenja kod kojih se javlja akutna psihoza

- ▶ Akutna shizofrena epizoda
- ▶ Velike depresivne epizode sa psihotičnom slikom
- ▶ Akutna manična epizoda
- ▶ Atipične i kratke reaktivne psihoze

Somatska oboljenja kod kojih se može ispoljiti akutna psihoza

- ▶ Zloupotreba egzogenih supstanci (psihostimulansi, alkohol, halucinogeni itd.)
- ▶ Metabolička i endokrina oboljenja (uremija, disbalans elektrolita, tireoidna i adrenalna oboljenja itd.)
- ▶ Neurološka oboljenja (tumori mozga, vaskulitis, encefalitis)

Psihofarmakološki tretman akutnih psihoza

- ▶ Ovaj vid tretmana treba primeniti odmah po uspostavljanju adekvatne dijagnoze. Primena terapije može se vršiti u bolnički i vanbolničkim uslovima, u zavisnosti od aktuelne slike koja se ispoljava kod pacijenta odnosno da li ugrožava integritete sebe i drugih ili to nije slučaj. Od psihofarmaka najčešće se koriste potentni D2 blokatori, poput haloperidola ili flufenazina. Kao najefikasniji, i to u parenteralnim dozama, pokazao se Haloperidol koji se može dati u bolusu od 10mg i.m. uz dnevnu aplikaciju do 30-40mg, ili posredstvom tzv. brze neuroleptizacije koja je danas znatno ređa, a podrazumeva davanje ovog farmaka u dozi od 5mg i to do smirivanja uz ponavljajnje doze svakih 60 minuta, s tim da ukupna doza ne sme biti veća od 50-60mg.

Psihofarmakološki tretman akutnih psihoza

- ▶ Zahvaljujući postojanju tzv. druge generacije neuroleptika poput risperidona, olanzapina, ziprasidona, moguća je, takođe odgovarajuća i brza trankvilizacija uznemirenih pacijenata, posebno kod onih koji su saradljivi i imaju izražena neželjena dejstva klasičnih antipsihotika. Problem je što ovi preparati nemaju formu za parenteralnu aplikaciju, sa izuzetkom risperidona koji postoji i u formi solucije koja znatno olakšava aplikaciju per os kod uznemirenih osoba. Značajna je i primena bezodiazepina i to posebno onih sa brzim i kratkotrajnim delovanjem, poput Lorazepama koji se može aplikovati u dnevnim dozama od 6-8mg

Agresivnost

- ▶ Agresija je opšta odlika svih živih bića i predstavlja neprijateljsku akciju. Cilj agresije je da izazove strah i bekstvo. Kod ljudi ovakva akcija izaziva frustraciju druge osobe, obezbeđuje dominaciju u grupi ili ostvarenje sopstvenog interesa. Tendencija joj je destruktivnost izražena napadom na druge, na objekte ili samoga sebe. Agresivnost i sa kliničkog aspekta podrazumeva nastanak kada je poremećen balans agresivnih pulzija i kontrolnog inhibitornog mehanizma. Zadatak lekara-psihiatra je da prvo otkrije poreklo agresivnog impulsa i da potom kod manifestne agresije utvrdi zašto je izostala kontrola. Dubin (1991) smatra da među faktorima koji imaju prognostičku vrednost u odnosu na ispoljavanje agresije spadaju: prethodna namera ka agresiji, identifikovana žrtva, ispoljavanje verbalne agresije, prethodni gubitak kontrole nakon manjih frustracija. Agresivni pacijent je: ljut, neprijateljski raspoložen prema ljudima, kivan, uvređen, uživa u nemoći žrtve, ne ispoljava sažaljenje, sebe doživljava kao žrtvu, ne priznaje autoritet.

DRUŠTVENO PONAŠANJE

Protiv drugih -agresija

- ▶ **Pojam**- oblik ponašanja usmeren da drugog povredi ili ošteti
- ▶ **Poreklo**- instiktivno-naučeno
- ▶ urođeni mehanizam agresivnog nagona na frustracije - rano ispoljavanje besa-nenaučeno
- ▶ namerni agresivni akt-produkt socijalizacije
- ▶ socijalizacija inhibuje, podstiče, uobličava ispoljavanja, učenje povećava broj povoda
- ▶ Motivi: reakcija na frustraciju, kažnjavanje, želja za dokazivanjem, odbrana od nesigurnosti

Oblici ispoljavanja agresije

- ▶ **Maligna**-namera da nanese štetu- specifično ljudski oblik, ne služi opstanku, cilj je okrutnost i razaranje
- ▶ Spontani oblik- potencijal pokrenut okolnostima- ratovi, sukobi, dosada, lična beznačajnost
- ▶ Osvetnička- na patnju i nepravdu -nakon štete, nije odbrana, snažna i okrutna
- ▶ Ekstatička- destrukcija sebe i drugih u ritualima, bez učešća svesti
- ▶ Karakterni oblik- antisocijalna ličnost- emocionalni deficit, bez anticipacije posledica, bez straha od kazne, poreba za uzbuđenjem, amoral, LFT

Oblici ispoljavanja agresije

- ▶ **Benigna-** agresija po posledicama, ne po nameri
- ▶ Pseudoagresija-šteta bez namere, slučajna povreda
- ▶ Asertivnost-samopotvrđujuće ponašanje, dokazivanje kroz borbenost-upornost, energičnost, odlučnost, cilj je konstruktivan
- ▶ Defanzivna-biološka adaptacija, služi životu- stvoriti društvene uslove za njeno neaktiviranje

Posledice agresivnosti

- ▶ U SAD svake godine 24.000 ubistava
- ▶ Tokom 2001 ubistva su bila po redu učestalosti drugi uzrok smrtnosti kod Amerikanaca starih između 15-24 godine
- ▶ Rizik za sudske prekršaje vezane sa violentnim ponašanjem 4-9 puta je veći u populaciji mentalno obolelih

Pregled agresivnog bolesnika

- ▶ **Pregled agresivnog bolesnika** uvek treba obavljati uz prisutnu misao «ne budi heroj». Prostorija u kojoj se obavlja pregled nije od presudnog značaja ali uvek treba obezbediti prisustvo još nekog lica, naravno, ukoliko je to moguće, da se pacijentu obezbedi privatnost. Pacijentu nikada ne prilaziti suviše blizu. Neophodno je pokušati da se pronikne u misaoni tok pacijenta (postojanje sumanutih ideja, halucinacija itd.), razmotriti afektivno stanje i uočiti motorno ponašanje. Preteći znaci agresivnosti odnose se na razdražljivost, nemogućnost smirivanja, stalni pokret.

- ▶ **Entiteti kod kojih je agresivnost najčešća:**
- ▶ Poremećaj ličnosti
- ▶ Organski mentalni popremećaji
- ▶ Veliki psihijatrijski poremećaji (shizofrenija, manija npr.)

Tretman agresivnog pacijenta

- ▶ **Psihološke mere:** biti miran uz spokojan ton govora. Tokom pregleda lekar hrabri i podstiče obolelog da na verbalni način iznese svoje frustracije i osećanja. Ovim lekar treba da omogući pacijentu da shvati sopstveni nedostatak kontrole i socijalno neprihvatljive postupke. **Medikamenti** se daju kada psihoterapeutske mere nisu dovoljne. Kao što je u prethodnom delu teksta rečeno moguća je primena neuroleptika, pojedinačna ili u formi «brze trankvilizacije». Svaki pacijent pokazuje individualno reagovanje tako da je neophodna stalna opservacija pacijenta ukoliko ponavljamo doze neuroleptika. U slučaju ekstremne agitacije anksiozne geneze indikovano je davanje benzodiazepina (Diazepam, Lorazepam, Bromazepam). U slučajevima da je agresivnost posledica epilepsije potrebno je ordinirati antiepileptike (barbiturate, fenitoin, lamotrigin).

Prisilna hospitalizacija

- ▶ **Prisilna hospitalizacija primenjuje se kod ekstremno agresivnih pacijenata.** Ona ujedno podrazumeva i niz etičkih i forenzičkih implikacija. Pored davanja neuroleptika u slučaju fiksacije (vezivanja) pacijenta, on mora biti pregledan na svakih sat vremena od strane lekara, a preporučuje se da fiksacija ne bude duža od 2-3 sata, što je obično dovoljan vremenski period da neuroleptici i anksiolitici efikasno deluju.

Akutni neželjeni efekti nakon primene neuroleptika

- ▶ **Akutni neželjeni efekti nakon primene neuroleptika (ekstrapiramidna simptomatologija)**
- ▶ Neželjna dejstva neuroleptika nastaju kao posledica blokade D2 receptora u nigrostrijatnom dopaminskom putu ili tzv. zoni A9 tegmentuma i prezentuje se u vidu različitih varijacija ekstrapiramidnog sindroma u koje spadaju:
- ▶ **Distonija** – najčešće se razvija prvih dana po aplikaciji antipsihotika. Manifestuje se abnormalnim pokretima poprečnoprugaste muskulature. One mogu biti fokalne i segmentne (tortikolis, blefarospazam, okulogirne krize itd).
- ▶ **Akatizije** – nekontrolisni nemir pacijenta koji je u stalnom pokretu.
- ▶ **Medikamentozni parkinsonizam** - akinezija ili hipokinezija, hipomimija, rigor.
- ▶ **Maligni neuroleptički sindrom** - predstavlja izrazito opasan i po život ugrožavajući fenomen. Manifestuje se hiperpireksijom, rigiditetom, poremećajem vegetativnih funkcija i stanjem mentalne konfuzije. Postoji niz laboratorijskih poremećaja (povišenje CPK, leukocitoza).

LEČENJE KOMPLIKACIJA

- ▶ **Tretman:** U slučajevima distonije, akatizije i parkinsonizma primenjuju se antiholinergici tipa triheksifenidila, koji se obično primenjuje 2 puta dnevno po jedna tableta od 2 mg ili biperidin laktat koji se pored per os aplikacije može davati parenteralno u sporoj infuziji. Tretman malignog neuroleptičkog sindroma znatno je kompleksniji. Glavni princip podrazumeva ukidanje ordiniranog antipsihotika uz nespecifičan tretman vegetativnih poremećaja. Od efikasnih medikamenata treba pomenuti davanje dantrolena (spazmolitika), dopaminskih agonista (bromokriptin, levodopa), benzodiazepina, a u najtežim slučajevima može biti efikasna i elektrokonvulzivna terapija.

▶ .



HVALA NA PAŽNJI