

JAK MŮŽEME ŘEŠIT AGITOVANOST A NEKLID V AMBULANTNÍ PSYCHIATRICKÉ PRAXI?

MUDr. Pavel Doubek

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Agitovanost a neklid jsou nespecifická schémata chování, která lze pozorovat u mnoha psychických poruch (např. schizofrenie, afektivní poruchy, úzkostné poruchy, demence, intoxikace a odvykací stavy po užití psychoaktivní látky atd.). Jejich výskyt a intenzita jsou obvykle velmi proměnlivé v čase. Agitovanost a neklid jsou popisovány i jako součást některých primárně nepsychiatrických syndromů (např. akatázie). Obecně lze agitovanost a neklid popsat jako stav, při kterém dominuje špatně organizovaná a neúčelná psychomotorická aktivita vycházející z fyzické nebo duševní nepohody.

Agitovanost a neklid pacienta mohou po určité době přejít až k agresivnímu chování, kdy je pacient nebezpečný sobě i okolí. Agitovanost a neklid nejsou doménou jen lůžkových psychiatrických zařízení, i když se s nimi zde setkáváme častěji. Ambulantní psychiatr je však s touto symptomatikou konfrontován také poměrně často, zejména při odesílání pacienta s akutním zhoršením duševního onemocnění k nástupu hospitalizace.

Následující postup by měl být popisem možností jak postupovat a řešit problémy při vyšetření a ošetření pacienta agitovaného, neklidného nebo dokonce agresivního v psychiatrické ambulanci.

Faktory ovlivňující diferenciálně diagnostickou rozvahu

- Nelze spolehlivě predikovat, který z pacientů bude agitovaný a neklidný.
- Důležité je přesné zmapování všech rizikových faktorů násilného chování (abusus drog u otce, právní status pacienta, pokles sebevědomí, věk, uvěznění otce kdykoliv v minulosti, závislost na psychotropní látce v dětství, diagnóza schizofrenie, abusus psychotropních látek, agresivita při přijetí k minulé hospitalizaci, nezaměstnanost, násilné fantazie, suicidální pokusy).
- Zhodnocení nebezpečnosti pacienta pro sebe i pro své okolí a případné odeslání k nástupu hospitalizace lůžkovým psychiatrickým zařízením (někdy i proti vůli pacienta a za asistence policie).
- Vyloučení akutních primárně nepsychiatrických příčin agitovanosti a neklidu (somatické onemocnění, úrazy hlavy, tumor CNS, hypoglykémie atd.).
- Vyloučení akutní intoxikace nebo odvykacího stavu od psychotropní látky.
- Stanovení psychiatrické diagnózy a zahájení odpovídající léčby.
- Zvládnutí agitovanosti a neklidu by mělo být rychlé a účinné.
- Problémem zůstává to, že někdy musíme řešit agitovanost a neklid pacienta, u kterého nemáme k dispozici žádné subjektivní ani objektivní anamnestické údaje!

Obecné zásady kontaktu s agitovaným nebo neklidným pacientem

- Nikdy nebýt sám s pacientem v uzavřené místnosti.
- Lékař by měl sedět vždy blíže ke dveřím s možností úniku.
- Vždy mít v blízkosti nějakou součást vybavení, kterou lze použít na ochranu při brachiálním napadení.
- Při vystupňování neklidu ukončit hovor.
- Pokud se vyskytnou poruchy vnímání nebo poruchy myšlení, nevyvracet tyto přímo během hovoru.
- U manického pacienta dát najevo převahu a nenutit jej k zásadním rozhodnutím.

Nefarmakologická intervence

- Omezení zevních stimulů.
- Vyjádření empatie a autenticity terapeuta.
- Verbální zklidnění a přeorientování pacienta.
- Poskytnutí prostoru k tomu, aby pacient mohl vyjádřit své pocity a myšlenky verbálně (bez jednání).
- Prezentace „síly“ přizváním dalšího medicínského profesionála (sestra, lékař, ošetřovatel).
- Dohoda o zahájení podávání medikace per os.

Farmakologická intervence

Preferujeme podávání medikace per os.

Je přítomen odvykací stav od psychotropní látky

Podáváme:

- benzodiazepiny
- tiaprid

Není přítomen odvykací stav od psychotropní látky

Podáváme:

- benzodiazepiny
- klasická antipsychotika (vyšší riziko rozvoje vedlejších nežádoucích účinků zejména extrapyramidových)
- benzodiazepiny v kombinaci s klasickými antipsychotiky (nejoblíbenější a nejčastěji užívaný typ medikace při řešení agitovanosti a neklidu v primární psychiatrické péči)
- haloperidol s promethazinem
- atypická antipsychotika (nižší potenciál k vyvolání vedlejších nežádoucích účinků)
- benzodiazepiny v kombinaci s atypickými antipsychotiky

Všechny výše uvedené léky podáváme buď per os nebo parenterálně dle klinického stavu a úrovně spolupráce s pacientem.

Pro monoterapii i pro kombinovanou léčbu platí, že velikost dávky léku se řídí jednak doporučeným dávkováním s definovanou maximální denní dávkou léku a také dosaženým klinickým efektem (zejména při opakované aplikaci neklidové medikace).

Pokud pacient nereaguje uspokojivě na léčbu agitovanosti a neklidu nebo je k ní rezistentní, je vhodný překlad do spádového lůžkového psychiatrického zařízení k hospitalizaci.

Farmaka ke zvládnutí agitovanosti a neklidu

Benzodiazepiny

Účinná látka (firemní název)	Aplikační forma	Běžné dávkování pro die	Maximální dávka pro die	Poznámka
diazepam (Diazepam TM , Apaurin TM)	p.o., i.m., i.v.	2–40 mg	40 mg	denní dávku rozdělit do 2–4 dílčích dávek
clonazepam (Rivotril TM)	p.o., i.m., i.v.	1–10 mg (i.m. a i.v.) 0,5–6 mg (p.o.)	10 mg (i.m. a i.v.) 20 mg (p.o.)	
midazolam (Dormicum TM , Midazolam TM)	p.o., i.v.	7,5–15 mg (p.o.) 3,5–7,5 mg (i.v.)	15 mg (p.o.) 7,5 mg (i.v.)	při i.v. aplikaci iniciální dávka 2–2,5 mg, titrační dávka 1 mg; rychlost podání max. 1 mg za 30 sekund
clorazepam (Tranxene TM)	p.o., i.m., i.v.	15–150 mg (p.o.) 20–200 mg (i.m., i.v.)	200 mg	maximální dávka pro dospělou osobu 100 mg i.m. nebo i.v.
bromazepam (Lexaurin TM)	p.o.	1,5–9 mg	60 mg	denní dávku rozdělit na 3–4 dílčí dávky
alprazolam (Neuro TM , Xanax TM , Frontin TM)	p.o.	0,25–6 mg	10 mg	denní dávku rozdělit do 4–5 dílčích dávek
oxazepam (Oxazepam TM)	p.o.	10–120 mg	120 mg	denní dávku rozdělit na 3–5 dílčí dávky s odstupem nejméně 4 hodiny
flunitrazepam (Rohypnol TM , Rohypnol INJ TM)	p.o., i.m., i.v.	0,5–1 mg	2 mg	

Klasická antipsychotika

Účinná látka (firemní název)	Aplikační forma	Běžné dávkování pro die	Maximální dávka pro die	Poznámka
haloperidol (Haloperidol TM , Apo-haloperidol TM)	p.o., i.m., i.v.	1,5–20 mg (p.o.) 5–40 mg (i.m., i.v.)	100 mg (p.o.) 60 mg (i.m., i.v.)	p.o. denní dávku rozdělit do 3–4 dílčích dávek; 5–10 mg i.m. nebo i.v. opakovat každou hodinu až do dosažení efektu nebo do maximální denní dávky
chlorpromazin (Plegomazin TM)	p.o., i.m.	75–600 mg (p.o.) 25–200 mg (i.m.)	1000 mg	
levomepromazin (Tisercin TM)	p.o., i.m.	25–400 mg (p.o.) 75–100 mg (i.m.)	600 mg (p.o.) 380 mg (i.m.)	
zuclopenthixol (Cisordinol TM , Cisordinol acu- tard TM)	p.o., i.m.	10–75 mg (p.o.) 50–150 mg/3 dny (i.m.)	150 mg (p.o.) 400 mg max. ve 4 injekcích ne déle než 2 týdny (i.m.)	nikdy nepodat jako lék první volby u pacienta, který nebyl nikdy v minulosti medikován antipsychotiky!
tiaprid (Tiapridal TM)	p.o., i.m., i.v.	600–1200 mg	1800 mg	denní dávku rozdělit do 4–6 dílčích dávek

Atypická antipsychotika

Účinná látka (firemní název)	Aplikační forma	Běžné dávkování pro die	Maximální dávka pro die	poznámka
olanzapin (Zyprexa TM , Zyprexa Velotab TM , Zyprexa Intramuscular TM)	p.o., i.m.	5 – 20mg	20mg	při i.m. aplikaci možno 10mg znovu aplikovat s odstupem 2 hodin; max. 3 injekce za den; vypracována metoda rychlé trankvilizace p.o. s dávkou 40 mg pro die
ziprasidon (Zeldox TM , Zeldox I.M. TM)	p.o., i.m.	80 – 160mg (p.o.) 10 – 20mg (i.m.)	160mg (p.o.) 40mg (i.m.)	léčba i.m. ne delší než tři dny; při i.m. aplikaci možno 10 mg znovu aplikovat s odstupem 2 hodin a 20 mg je možno znovu aplikovat s odstupem 4 hodin
risperidon (Risperdal TM , Risper TM)	p.o.	2 – 6mg	16mg	
amisulprid (Solian TM)	p.o.	400 – 800mg	1200mg	

Antihistaminika

Účinná látka (firemní název)	Aplikační forma	Běžné dávkování pro die	Maximální dávka pro die	Poznámka
promethazin (Promethazin TM)	p.o., i.m.	25–100 mg	200 mg	i.m. dávku 25 mg opakovat s odstupem 2 hodin

V průběhu léčby agitovanosti a neklidu je třeba stále a podrobně diferenciatně diagnosticky hodnotit aktuální stav pacienta a podle toho pak dále upravovat a měnit použité léčebné prostředky a přístupy. Nesmíme zapomínat na to, že aktuální stav je výsledkem psychopatologie základního onemocnění, léčebných účinků nefarmakologické intervence, léčebných účinků podané medikace a také nežádoucích vedlejších účinků podané medikace. Všechny tyto faktory je pak nutné zohlednit při rozhodování o použité léčebné strategii agitovanosti a neklidu, která má v ambulantní psychiatrické praxi své hranice, po jejichž překročení je třeba pacienta odeslat k hospitalizaci do lůžkového psychiatrického zařízení.

Literatura

1. Alferder BS, Allen MH: Treatment of Agitation in Bipolar Disorder Across the Life Cycle. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (suppl 4): 3–9.
2. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, et al. Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Behavioral Emergencies. *Postgrad Med Special Report* 2001; (May): 1–88.
3. Baker RW, Kinon BJ, Maguire GA, Liu H, Hill AL. Effectiveness of rapid initial dose escalation of up to forty milligrams per day of oral olanzapine in acute agitation. *J Clin Psychopharmacol.* 2003 Aug; 23 (4): 342–348.
4. Brook S, Lucey JV, Gunn KP. Intramuscular ziprasidone compared with intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychosis. *J Clin Psychiatry* 2000 Dec; 61 (12): 933–941.
5. Buchanan A, Leese M. Detention of people with dangerous severe personality disorders: a systematic review. *Lancet* 2001; 358: 1955–1959.
6. Currier GW, Simpson GM: Risperidon liquid concentrate and oral lorazepam versus intramuscular haloperidol and intramuscular lorazepam for treatment of psychotic agitation. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 153–157.
7. Daniel DG, Potkin SG, Reeves KR, Shift RH, Harrigan EP. Intramuscular ziprasidone 20mg is effective in reducing acute agitation associated with psychosis: a double-blind, randomised trial. *Psychopharmacology (Berl)*. 2001 May; 155 (2): 128–134.
8. Dorevitch A, Katz N, Zemishlany Z, Aizenberg D, Weizman A. Intramuscular flunitrazepam versus intramuscular haloperidol in the emergency treatment of aggressive psychotic behaviour. *Am J Psychiatry*. 1999; 156: 142–144.
9. Fenton M, Countinho ES, Campbell C. Zuclopenthixol acetate in the treatment of acute schizophrenia and similar serious mental illnesses. *Cochrane Databáze Syst Rev* 2001; (3): CD000525.
10. Hughes DH, Kleespies PM. Treating Aggression in the Psychiatric Emergency Service. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (suppl 4): 10–15.
11. Hughes D. Suicide and violence assessment in psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* 1996; 18: 416–421.
12. Keck PE Jr, Versiani M, Potkin S, West SA, Giller E, Ice K. Ziprasidone in Mania Study Group: Ziprasidone in the treatment of acute bipolar mania: a three-week, placebo-controlled, double-blind, randomized trial. *Am J Psychiatry*. 2003 Apr; 160 (4): 741–748.
13. Meehan K, Zhang F, David S, Tohen M, Janicak P, Small J, Koch K, Rizk R, Walker D, Tran P, Breier A. A double-blind, randomized comparison of the efficacy and safety of intramuscular injections of olanzapine, lorazepam, or placebo in treating acutely agitated patients diagnosed with bipolar mania. *J Clin Psychopharmacol.* 2001; 21: 389–397.
14. Mohr P. Antipsychotika druhé generace v léčbě akutní psychotické agitovanosti. *Psychiatr. pro Praxi* 2003; 2: 62–65.
15. Puech A, Fleurot O, Rein W. Amisulpride, and atypical antipsychotic, in the treatment of acute episodes of schizophrenia: a dose ranging study vs. Haloperidol. *Acta Psychiatr Scand.* 1998; Jul; 98 (1): 65–72.
16. TREC Collaborative Group. Rapid tranquilisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. *BMJ* 2003 Sept www.bmj.com; Vol. 327: 708.
17. Wright P, Birkett M, David SR, Meehan K, Ferchland I, Alaka KJ, Saunders JC, Krueger J, Bradley P, San L, Bernardo M, Einstein M, Breier A. Double-blind, placebo-controlled comparison of intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2001 Jul; 158 (7): 1149–1151.