

ZVLÁDANIE AKÚTNEHO PSYCHOMOTORICKÉHO NEKLUDU A AGRESIVITY PACIENTA

MUDr. Marek Zelman¹, MUDr. Karol Holly², Mgr. Helena Bračoková²

¹Psychiatrické oddelenie Brezno n. o.

²Psychiatrická nemocnica Hronovce

Psychiat. pro Praxi; 2006; 4: 185–190

Základom každej správnej starostlivosti o rizikových pacientov a predchádzania potencionalných agresívnych incidentov je dobré klinické vyšetrenie pacienta, ktoré je nevyhnutnou zručnosťou každého liečebného tímu. Zmena spoločenského systému u nás (zrušenie trestného činu príživníctva, odstránenie nútennej protialkoholickéj liečby na základe výmeru ONV, sprísnenie nedobrovoľného zadržania, chýbanie legislatívy riešajúcej rozhranie medzirezortných kompetencií – ministerstiev zdravotníctva, spravodlivosti a vnútra...) a proces deinštitucionalizácie predstavuje vyšší počet potencionalne rizikových pacientov v spoločnosti, z ktorých niektorí nie sú v riadnej psychiatrickej starostlivosti. Podľa Clunings Inquiry (12) sú v psychiatrických zariadeniach okrem chýbajúcich lôžok pre tieto prípady nasledovné nedostatky: je málo konzultujúcich supervízorov, viazne výmena informácií medzi členmi tímov a ďalšími dôležitými osobami (medzirezortná spolupráca) vrátane príbuzných, personál je nedostatočne školený v stanovení rizika, nevhodné priestory a nedostatočný počet personálu.

Bezpečné (pre všetkých zúčastnených), zvládanie situácií, v ktorých dochádza k ohrozeniu zdravia alebo života pacienta samotného či jeho okolia, je v psychiatrickej praxi nevyhnutnosťou a navyše je potrebné venovať mu zvýšenú pozornosť i z hľadiska forenzného, z pohľadu ochrany práv a dôstojnosti pacienta a v neposlednom rade i pre riziko posilňovania negatívneho image psychiatrie pri medializácii prípadných incidentov.

Definícia pojmov

Agresia je manifestné, pozorovateľné chovanie vedené úmyslom poškodiť iný organizmus (človeka alebo zviera) alebo neživý predmet.

Agresívne správanie je spravidla pozorovateľné ako epizódy agresie. Každá epizóda má svoj jasný začiatok, jasný koniec a krátke trvanie (sekundy, minúty).

Násilie (violence) – je zameniteľný pojem s agresiou, ale je vymedzený pre interakciu medzi ľuďmi. Pojem agresia je viac používaný biológmi, zoológmi a pojem násilie skôr kriminológmi, sociológmi a politikmi.

Hostilita – najčastejšie sa používa vo význame nepriateľských postojov.

Diagnostické skupiny, u ktorých dochádza k psychomotorickej agitovanosti a agresivite

Pitie alkoholu a alkoholová intoxikácia sú častými korelátmi agresívneho správania. Tento vzťah však môže byť sprostredkovaný aj inými faktormi, napr. diagnózou antisociálnej poruchy osobnosti, najmä u II. typu alkoholizmu podľa Cloningera. Typ II. začína prv ako typ I., prenáša sa geneticky z otcov na synov a je spojený s antisociálnou poruchou osobnosti a zvýšenou agresivitou (4). U intoxikácie ide o zhoršenú funkciu frontálnych lalokov a zhoršením ich kognitívnej funkcie redukuje schopnosť inhibovať agresívne impulzy. Vzťah medzi hladinou alkoholu a agresivitou je nelineárny.

Ostatné drogy majú vplyv jednak svojou farmakologickou charakteristikou, ďalej podporou ekonomicko-kompulzívnu príčinou súvislosťou vo fáze získavania prostriedkov na drogu a nakoniec organizovanou zločinnosťou.

Impulzívna agresia

Najčastejším dôvodom je intermitentná explozívna porucha podľa DSM IV. Jej diagnostické kritériá sú: (a) diskretná epizóda, kedy zlyhala kontrola agresívnych impulzov a dôjde k závažnému násilnému útoku, (b) závažnosť útoku nie je úmerná provokácii, (c) inými duševnými poruchami nie je možné tento násilný útok vysvetliť. Páchatel – na rozdiel od antisociálnej poruchy osobnosti – máva po čine výčitky svedomia. Je tu istá podobnosť s epileptickými záchvatmi a páchatelia týchto činov majú zväčša EEG abnormality. Perzistujúce impulzívne agresívne správanie sa však vyskytuje aj pri iných psychických poruchách. Sklon k nemu je zvýšený u organických mozgových porúch a porúch osobnosti.

Agresia u psychóz

Pacienti s diagnózou psychózy majú väčšiu prevalenciu agresívneho chovania v porovnaní so všeobecnou populáciou. Zvýšené riziko agresívneho správania je hlavne u tých psychotikov, ktorí pijú alkohol alebo berú drogy, a u tých, ktorí prerušili medikamentóznú liečbu. Pokiaľ sa u schizofrenika vyskytuje kombinácia paranoidných príznakov – ovládanie zlými silami + vkladanie myšlienok do hlavy + ostatní im chcú škodiť, teda syndróm „threat / control-override“ podľa Linka, tak je pravdepodobné agresívne chovanie. Agresívne správanie je časté aj u pacientov trpiacich Alzheimerovou chorobou, najmä tam, kde sa objavia bludy. 7% prevalencia agresívneho správania je vyššia ako u schizofrenie a porúch nálady. Asi 5% schizofrénnych pacientov vykazuje relatívne perzistentné agresívne správanie a je zodpovedných asi za 50% agresívnych incidentov v psychiatrických zariadeniach. Od ostatnej populácie schizofrénnych pacientov sa líšia tým, že majú nižší vek pri nástupe choroby, že sú relatívne rezistentní na typické antipsychotiká a že sa u nich dajú preukázať diskretné neurologické príznaky svedčiace pre difúziu mozgovú dysfunkciu (13).

Ciele intervencie

Krátkodobé:

- ochrana pacienta pred poškodením a sebapoškodením
- ochrana personálu a majetku pred poškodením
- umožniť hostilnému pacientovi vyjadriť sa bezpečným spôsobom
- vyvinúť úsilie o pokojnú diskusiu

Definitívne:

- docieľiť ukľudnenie pacienta
- zabezpečiť ďalšiu spoluprácu s cieľom predísť opakovaniu incidentu

Postup pri zvládání agresivního incidentu

1. vyhodnotenie situácie a zhodnotenie rizika (risk assessment)
2. deeskalácia násilia – verbálna intervencia
3. medikácia
4. fyzické obmedzenie

1. Vyhodnotenie situácie a zhodnotenie rizika (risk assessment)

Rizikové faktory spojené s násilím

Demografické charakteristiky, násilie v anamnéze, mladý muž, násilné vyhrážky, spojenie so subkultúrou, ktorá má tendenciu k násiliu.

Klinické premenné

Zneužívanie alkoholu a iných návykových látok, floridná symptomatika schizofrénie alebo mánie, bludy a halucinácie sú zamerané na konkrétnu osobu, pacient je zaujatý násilím, pacient má bludy o kontrole s násilnou témou, je agitovaný, hostilný, podozrievavý, malá spoľahlivosť pri navrhnutí liečby, antisociálne, explozívne a impulzívne osobnostné rysy, situačné faktory, rozsah sociálnej podpory, bezprostredná dostupnosť zbraní, vzťah k potencionálnej obeť.

Najrizikovejší sú pacienti, u ktorých ide o kombináciu bludov a závislosti od alkoholu tzv. Linkove trias: bludné ovládanie zlými silami + vkladanie myšlienok do hlavy + ostatní im chcú škodiť.

Udalosti signalizujúce vznik bezprostredného násilia

Pacientova agitácia a rozrušenie, fyzické obmedzenie pacienta ako súčasť rutínnej praxe režimu oddelenia, obmedzenie v usporiadaní prostredia, zamietnutie výhod, konflikt so spolupacientmi, provokácia spolupacientmi, príbuznými, návštevami, osobné problémy pacienta – rodinné, sociálne, finančné.

Varovné signály predpovedajúce bezprostredne hroziace násilie

Fyzické signály – prehnaná motorická aktivita, rozrušenie, nepokoj, prechádzanie hore dolu, svalové napätie, rigidné postoje, eretické pohyby, výhražné gestá a postoje, zlosť, lapanie po dychu, agresia voči predmetom – búchanie do stolu, stien, voči sebe – tlčenie hlavou

Signály z nálady – slovné vyhrážky, sťažnosti, požiadavky, odmietnutie komunikácie, hlasitý, naliehavý prejav

Signály z myslenia a vnímania – neschopnosť koncentrácie a vnímania informácií nejasný a zmätený myšlienkový proces, bizarné, paranoidné, perzekučné a násilné myšlienky a bludy, akútne halucinácie – obvykle auditívne, niekedy aj vizuálne myšlienky s násilnou tematikou, zmätenosť a dezorientácia

Signály z vnímania hraníc – pocit narušovania jeho osobného priestoru alebo súkromia, trvalé narušovanie osobného priestoru druhých osôb, napr. nadbytočné približovanie, naliehanie na okamžité uskutočnenie aj nereálneho požiadavku

Signály z kontextu a minulosti pacienta – anamnéza násilných epizód, aktuálne správy od ošetrovateľov, ostatných pacientov a pacienta samotného o zlostiných pocitoch a nevyhovieňoch požiadavkách, akútne požitie zakázaných látok a alkoholu, nízka frustračná tolerancia a iné maladaptívne stratégie zvládania

Signály z terapeutického procesu – narušenie terapeutického vzťahu, odmietanie spolupráce, nedostatok povzbudzovania, obvykle zhoršujúci sa psychický stav, zlyhanie doposiaľ úspešných a vopred dohodnutých stratégií, napr. techniky skľudnenia, odlúčenia, ukľudňujúcich a upokojujúcich podporných techník

2. Deeskalácia násilia – verbálna intervencia (5)

Princípy neverbálnej komunikácie

Postoj tela nesmieme mať konfrontačný ani defenzívny – nesmú byť ruky v bok, skrížené na prsiach, musíme vedieť kontrolovať svoje gestá a postoje. S pacientom komunikujeme v rovnakej výške. Počas vyšetrenia je lepšie sedieť, aj keď sa vystavujeme vyššiemu riziku napadnutia. Mimika aj gestá musia byť v súlade s verbálnym prejavom. Od pacienta udržujeme vzdialenosť asi 1 m a pri slovnej agresii treba túto vzdialenosť zvýšiť trikrát. Pri znížení agresívnych prejavov pacienta sa znižuje aj náš odstup od neho. Agresívneho pacienta sa nesmieme dotýkať a aj po ukludnení treba dotyky zväziť. Stály a dobrý očný kontakt vyjadruje našu istotu a úprimnosť. Zásadne sa vyhýbame zastrašujúcim pohľadom.

Princípy verbálnej komunikácie

Základným princípom je kľudný a jasný tón hlasu. Tón hlasu musí zodpovedať energii komunikácie, nálade a výrazu tváre. Komunikáciu udržujeme plynulú. Pokiaľ nemáme s pacientom terapeutický vzťah, naviažeme s ním kontakt prostredníctvom osobného emočného prežitku, napr. sebaotvorením. V počiatočných fázach upokojenia vydávame jednoduché príkazy v jasne formulovaných vyjadreniach, napr.: „Poďte sa posadiť, pohovoríme si o tom, čo potrebujete.“ Osobnej konfrontácii sa vyhýbame prehliadaním slovných útokov a urážok na našu osobu, venujeme sa vecným témam. Počas počiatočnej fázy rozhovoru sa zameriame na hlavný problém, aj keď to môže byť náročné. Neprejavujeme odpor. Vystupujeme ako osoba schopná a ochotná pacientov problém vyriešiť a v prípade nevyhnutnosti prizveme ďalšieho odborníka (zásada áno – ale). Nevyjadrujeme sa žargónom. Presvedčíme pacienta o vplyve jeho správania na ostatných, napr.: „Svojím krikom ľudí desíte.“ Vystupujeme v roli toho, kto pomáha, pacienta neobmedzujeme. Niekedy nie je možné uviesť pacienta do úplného pokoja. Pokiaľ je zníženie agresívneho napätia viditeľné, zanecháme ďalšieho pôsobenia na pacienta, lebo by sme mohli vyvolať ďalšiu vlnu napätia.

Taktika vyjednávania - dosiahnutie rovnováhy štýlom výhra – prehra vs. výhra – výhra

Konflikt medzi záujmami pacienta a záujmami personálu obvykle vyústi do agresie, ktorá je reakciou na pocíťovanú stratu nenaplnenej požiadavky. Ide o rovnováhu výhra – prehra. Naším cieľom je dosiahnuť rovnováhu výhra – výhra.

Najbežnejšou situáciou, kedy nastane pravdepodobný výsledok výhra – prehra, je vyjednávanie s pacientom o nechcenej medikácii. Pokiaľ sa podá medikácia proti pacientovej vôli, pacient prehral a personál vyhral. To môže viesť ku agresii. Pri vyjednávaní treba hľadať spôsob, aby bol výsledok výhra – výhra. Jedna z metód, ktorou sa to dosiahne, je predstretie ďalších možností a umožniť tak pacientovi vybrať si z nich, tým mu dáme pocit kontroly nad situáciou (Ponúkané možnosti pritom môžu všetky viesť k želanému cieľu, napríklad „Môžem Vám dať tabletku alebo injekciu, vyberte si!“ „Pôjdeme sa najprv okúpať a potom zoberiete túto tabletku, alebo ju chcete zobrať teraz a potom sa pôjdeme okúpať?“) Treba mu dať aj čas, aby sa mohol rozhodnúť pre nami ponúkaný variant a docieľiť vytvorenie atmosféry, v ktorej sa bude cítiť – už či skutočne, alebo domnele, splnomocnený k rozhodovaniu.

Odhaľovanie podstaty, taktika áno – ale

Pacient využíva agresiu na zdôraznenie svojho tvrdenia. Určíme jeho základnú potrebu, zbavíme ju emočného sprievodu a bezpodmienečne prijme jadro pacientovej sťažnosti. Príklad: Akcia: „Už ma neuveriteľne štie byť tu zamknutý, okamžite ma pustite domov!“ Reakcia: „To sa vám vôbec nečudujem, tiež by som sa tu cítil zle. Keďže ste v ochrannnej liečbe, prepustíť vás môže iba súd. Sadnime si a pohovorme si o tom, čo je treba k tomu, aby ste mohli ísť konečne domov.“ Všeobecným princípom je obrátiť zameranie pacientovej pozornosti z konfrontácie na diskusiu. Túto taktiku využívame hlavne v počiatočných fázach, kedy zaujmeme pacientovu pozornosť a poskytneme mu istotu svojej pomoci.

3. Medikácia

Bazálne informácie o pacientovi nevyhnutné pre rozhodovanie o type medikácie

- etiológia agresie resp. psychomotorického nekľudu: anamnéza duševnej poruchy, anamnéza somatického ochorenia, anamnéza úrazu (najmä trauma hlavy)
- možné interakcie: abúzus / intoxikácia medikamentmi, abúzus / intoxikácia alkoholom / inými ilegálnymi drogami
- prítomnosť kontraindikácie pre jednotlivé používané farmaká: kontraindikácie, alergie, anamnéza nežiadúcich účinkov

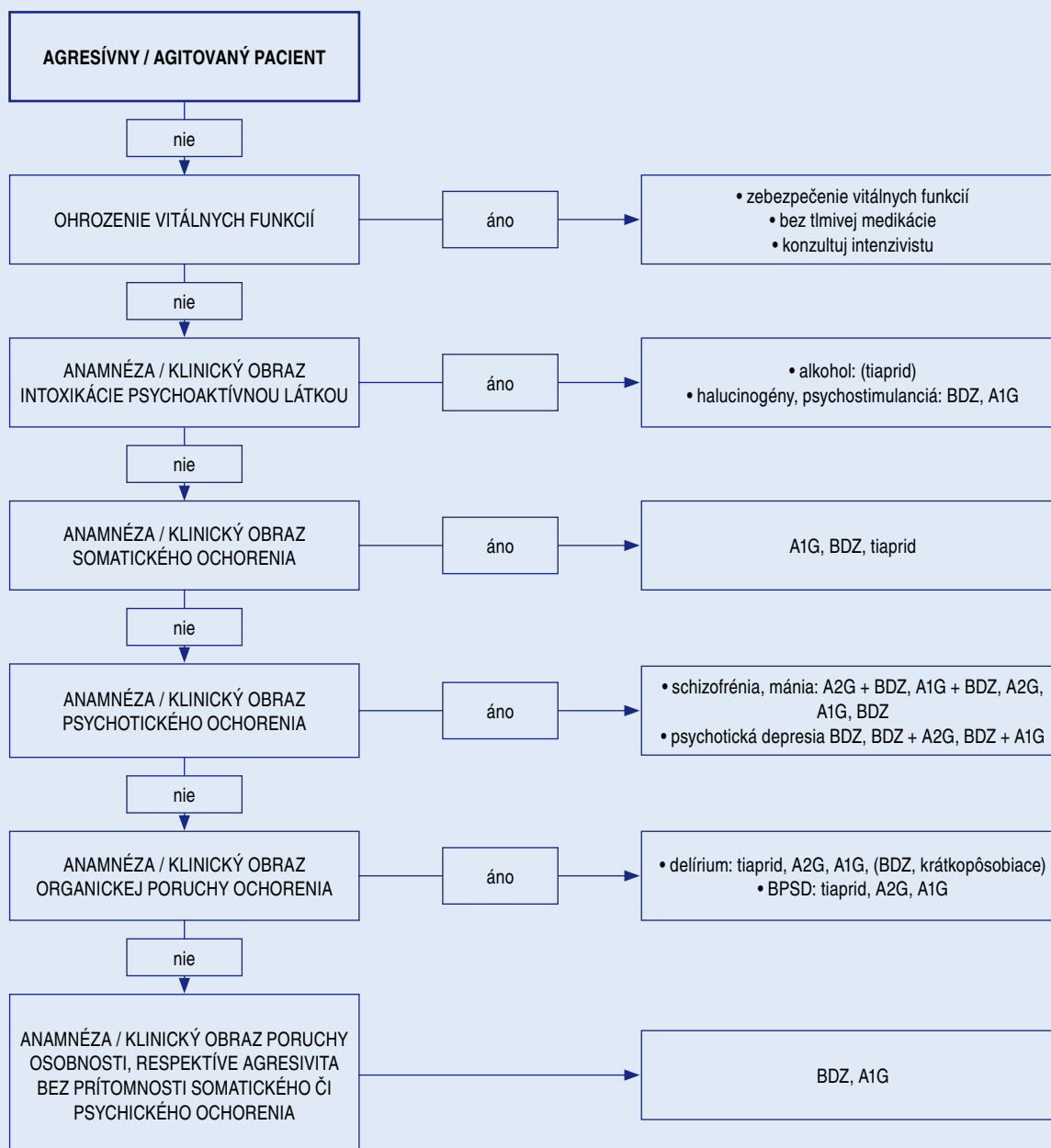
Ďalšie informácie nevyhnutné pre rozhodovanie o type medikácie

- kompletne psychiatrické i somatické vyšetrenie
- toxikologické vyšetrenie
- laboratórne a zobrazovacie vyšetrenia

Predikcia odpovede

- efekt medikácie pri výskyte agresívneho správania v minulosti
- typ agresie (predátorská, impulzívna...)

Algoritmus 1.



Krátkodobá farmakoterapia (1, 8)

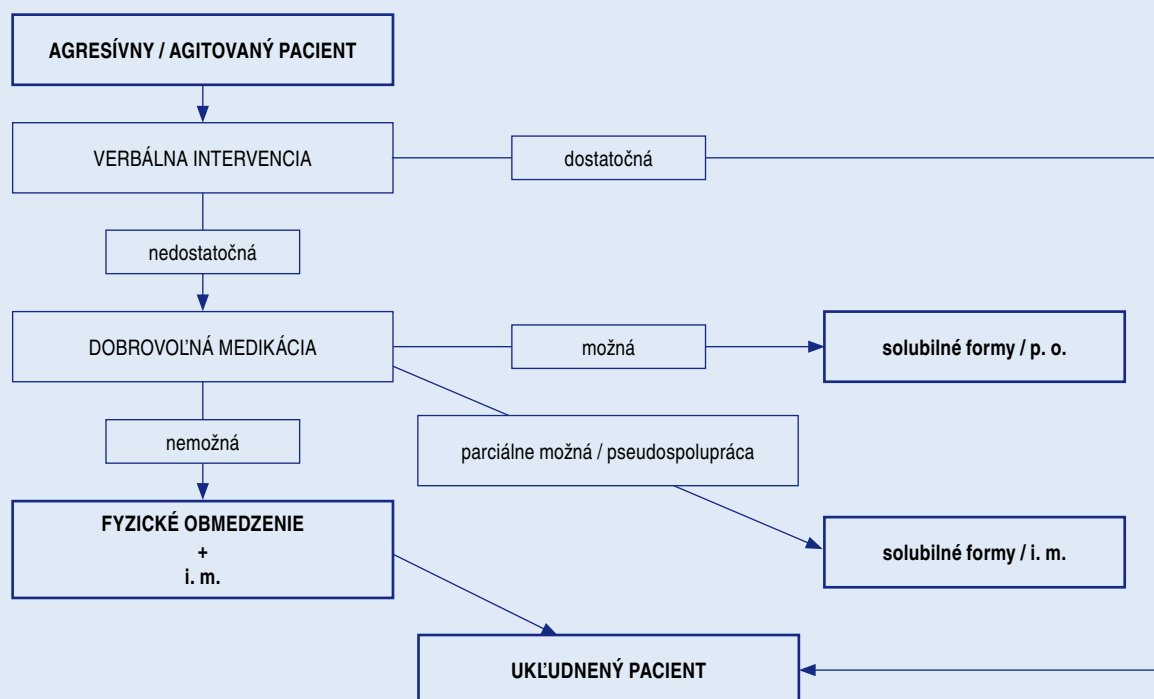
Etiológia	1. línia	2. línia
Somatické ochorenie	-	A1G BDZ A1G + BDZ tiaprid

Psychotické ochorenia		
Schizofrénia	A2G + BDZ A1G + BDZ	A2G A1G
Mánia	A2G + BDZ A1G + BDZ	A2G A1G
Psychotická depresia	A1G + BDZ BDZ	A2G + BDZ A1G BDZ A2G
Bez údajov	BDZ	A2G + BDZ A1G + BDZ
Poruchy osobnosti	-	BDZ + A1G
PTSD	BDZ	BDZ + A1G
Intoxikácia psychoaktívnymi látkami:		
Alkohol	-	BDZ Tiaprid
Halucinogény	BDZ	BDZ + A1G
Psychostimulanciá	BDZ	BDZ + A1G
Opioidy	nie sú údaje	nie sú údaje
Neznáma substancia	nie sú údaje	nie sú údaje
Delírium alkoholovej genézy	tiaprid BDZ A1G	-
Organické duševné poruchy		
Delírium	tiaprid BDZ A1G	-
Behaviorálne poruchy pri demenciách	tiaprid A1G A2G	-

Dlhodobá (preventívna) farmakoterapia (1, 9)

Etiológia	1. línia	2. línia	3. línia
Impulzívna agresivita	ES	AD (serotonínerné)	(BDZ) β-blokátory
Somatické ochorenie	kauzálna liečba	tiaprid A1G	(BDZ)
Psychotické ochorenia			
Schizofrénia	A2G A1G ECT	ES	(BDZ) AD
Mánia	ES A2G ES + A2G ES + A1G, ECT		(BDZ)
Psychotická depresia	AD AD + A1G AD + A2G ECT		(BDZ)
Poruchy osobnosti	ES	AD (serotonínerné)	(BDZ) β-blokátory
Psychotická porucha alkoholovej genézy	A1G Tiaprid		(BDZ)
Psychotická porucha pri iných psychoaktívnych látkach	A1G		(BDZ)
Organické duševné poruchy			
Behaviorálne poruchy pri demenciách	kauzálna liečba AAH	tiaprid A2G A1G	(BDZ)
Sexuálne motivovaná agresivita	antiandrogény		

Algoritmus 2.



Farmaká používané pri rýchlej trankvilizácii

Parenterálne formy: Podávanie psychofarmák i.v. je indikované, ak ich podáva špecialista na intenzívnu medicínu!

Benzodiazepíny (2) – pri predávkovaní resp. pri útlme dychového centra je možné ich účinok blokovať flumazenilom

Diazepam – Riziká: útlm dychového centra (pri rýchlom i. v. podaní), pri podaní i. v. tromboflebitída (podávať do veľkých vén)
Dávkovanie: 10 mg pomaly i. v. (i. m.) možné opakovanie 1–2 krát v odstupe 30 minút (rýchla trankvilizácia) do dávky 40 mg / 24 hod.
CAVE: podávanie i. m. je nevhodné pre dlhú a nepravidelnú absorpciu

Midazolam – ultrakrátky polčas, predvídateľné vstrebávanie po i. m. aplikácii, registrovaný ako hypnotikum
Riziká: paradoxné reakcie, anterográdna amnézia

Lorazepam – na Slovensku ani v Čechách nie je dostupný

Klasické neuroleptiká (2, 8)

Výhodné používanie v kombinácii s benzodiazepínmi, ktoré umožňujú znížiť celkovú dávku neuroleptika, rovnako môžu kupírovať nežiaduce účinky neuroleptík ako extrapyramídové príznaky či znižovanie záchvatového prahu. Možno kombinovať „vysokopotentné“ neuroleptiká s nízkymi dávkami sedatívnych (napr. levomepromazín).
Riziká požívania klasických neuroleptík: najmä extrapyramídové príznaky, nesmú sa používať pri podozrení na psychózu vyvolanú fencyklidínom (anticholinérgné delírium)

Haloperidol – hlavná indikácia – neklud pri psychotických stavoch, relatívne dobrá kardiovaskulárna znášanlivosť aj u starších ľudí, je indikovaný aj pri neklude, keď sú vo všeobecnosti kontraindikované tlmiace farmaká (intoxikácia alkoholom a sedatívami)
Dávkovanie: iniciálne 5–10 mg i. m., opakovanie 1–2 krát po 30 minútach do dávky 50 mg za 24 hodín.

Levomepromazín – pre silný iniciálny útlm indikované v stavoch ťažkého psychomotorického nepokoja
Dávkovanie: iniciálne 25–50 mg i. m. (nie i. v.), opakovanie 1–2 krát v odstupe 30 minút do dávky 200 mg za 24 hodín

Cisklopentitol acetát – semidepotný preparát s pôsobením 72 hodín, problematická je predikcia nástupu (20 min – 3 hod) a trvania účinku. Dávkovanie: 50–150 mg každé 1–3 dni

Atypické antipsychotiká

Majú priaznivejší profil nežiadúcich účinkov najmä v riziku výskytu extrapyramídových komplikácií. Ich ďalšou výhodou je plynulý prechod na perorálne formy pri pokračovacej terapii

Olanzapín (6) – Dávkovanie: iniciálne 10 mg i. m., opakovanie po min. 2 hod do celkovej dávky 20 mg pro die

Ziprasidon (7) – Dávkovanie: iniciálne 10–20 mg do maximálnej dávky 40 mg denne, dávku 10 mg je možné podávať každé 2 hodiny; dávku 20 mg každé 4 hodiny. Riziká: predĺženie QTc intervalu (2–7 %) pacientov – nutné opatrenia na monitorovanie QT intervalu

Tiaprid – najmä pri liečbe závislosti od alkoholu a na ňu nasadajúcich stavov, stavy nekludu v starobe (10)
Dávkovanie: 600–1200 mg pro die i. m. alebo i. v. rozdelené do dávok každých 4–6 hodín, pri agitovanosti v starobe 200–400 mg pro die. Riziko: pri feochromocytóme možné provokovanie krízy

Solubilné formy tabliet a perorálne roztoky:

Výhodné u parciálne spolupracujúcich (respektíve pseudospolupracujúcich) pacientov, kde zvyšuje istotu skutočného užitia potrebného farmaka, rovnako i u starších pacientov pri problémoch s prehĺtaním.

Amisulpirid (perorálne kvapky) – dávkovanie: 400–800 mg pro die

Risperidon (perorálny roztok, rýchlorozpustné tablety) – dávkovanie: 4–6 mg pro die

Olanzapín (rýchlorozpustné tablety) – dávkovanie: 10–20 mg pro die

Farmaká používané pri dlhodobej liečbe agresívneho správania (9)

V rámci dlhobodej liečby respektíve prevencie agresívneho správania je kruciálnou kauzálna liečba základného ochorenia.

Emočné stabilizátory

Lítium – potvrdená lítium indukovaná redukcia agresivity so stupňom dôkazov 1. (metaanalýzy respektíve replikované randomizované kontrolované štúdie) u porúch osobnosti, mentálnej retardácii, depresii, akútnej i chronickej agitácii a drogovej závislosti.

Kyselina valproová – účinok valproátu sodného bol preukázaný v limitovaných štúdiách u hraničnej poruchy osobnosti, traume hlavy, BPSD pri demencii, a hostilitate pri chronickej schizofrénii.

Karbamazepín – účinok karbamazepínu na redukcii agresivity bol preukázaný u hraničnej poruchy osobnosti, atypickej psychózy s epizodickou hostilitou, u schizofrénnych pacientov s abnormálnymi temporálnymi lalokov a u BPSD pri demenciách.

Antidepresíva (3, 9)

SSRI – účinok fluoxetínu bol preukázaný v štúdiách u hraničnej poruchy osobnosti, mentálnej retardácii, hospitalizovaných adolescentných pacientov, u setralínu bol preukázaný efekt u pervazívnych vývojových poruch. Štúdie teda potvrdzujú empiricky racionálne stanovený predpoklad antiagresívneho pôsobenia tejto skupiny.

Buspiron – efekt bol preukázaný v redukcii agresivity v štúdiu u podmienene prepustených väzňov, anekdotické správy existujú aj o jeho účinku na redukcii agresívneho správania u osôb so zaostávaním vývoja, pri zatvorení poranení hlavy, autizme, demencie a Huntingtonovej choroby.

Benzodiazepíny

Využitie benzodiazepínov pri dlhodobej liečbe agresívneho správania je limitované ich potenciálom zvyšovania tolerance a vzniku závislosti. Osobitnú opatrnosť pri ich používaní je potrebné v skupinách so zaznamenanými poruchami kontroly správania, kam agresivita určite patrí.

Pravidlá podávania BDZ: nekombinovať jednotlivé preparáty, riziko vzniku závislosti (podávanie čo najkratší čas v najnižšej účinnej dávke), v senu: prednosť majú BDZ s krátkym polčasom pre riziko akumulácie dávky, používať nižšie dávky, riziko vzniku paradoxného účinku.

Beta-blokátory – propranolol a pindolol boli sledované v indikácii agresivity po poranení mozgu a nadolol pri farmakorezistencii schizofrénii, kde v limitovaných štúdiách dochádzalo k redukcii agresivity.

Antiandrogény – pri sexuálne deviantnom správaní sprevádzanom agresivitou. Niekedy sa využívajú aj ako variant trestu v rámci ochranných sexuologických liečieb či ako podmienka na prepustenie z väzenia či z ochrannej liečby. Ich podávanie musí byť nevyhnutne podmienené získaním informovaného súhlasu pacienta.

Elektrokonvulzívna terapia v indikácii agresivity (12)

ECT je výkon, ktorý si vyžaduje informovaný súhlas pacienta. V indikácii akútneho agresívneho správania je však takýto súhlas obvykle nezískateľný. Vo vitálnej indikácii je možné ECT podať bez súhlasu pacienta, ak nie je iná možnosť zvládnutia symptómov, podľa britského Mental Health Act je prípustné podanie 1–2 stimulácií vo vitálnej indikácii bez súhlasu pacienta po porade s ďalším lekárom. Podávanie ECT v udržovacej terapii by malo podliehať súhlasu pacienta s takouto liečbou.

4. Fyzické obmedzenie

Fyzické (manuálne) obmedzenie personálom – nevýhoda – len krátkodobé, vhodné pri nútenom podávaní medicíny

Prípútanie k posteli – nevýhoda: totálne obmedzenie pohybu, riziko komplikácií z imobilizácie

Izolačná miestnosť – nevýhoda: totálna izolácia, totálna senzorická deprivácia pacienta

Ochranné lôžko (sieťová posteľ) – výhoda: parciálne obmedzenie pohybu, minimálna senzorická deprivácia pacienta

Podmienky používania fyzického obmedzenia

- správna indikácia (ohrozovanie seba alebo okolia, nie trest!) – indikovanie lekárom
- pravidelná kontrola psychického i fyzického stavu pacienta
- použitie len na nevyhnutnú dobu trvania ohrozenia
- nesmie suplovať nedostatok personálu
- potrebná evidencia použitia – záznam podľa platnej legislatívy
- vhodné je používanie presných interných štandardov jednotlivých zariadení (forenzná dôvody, ochrana ľudských práv a dôstojnosti pacienta)

Zoznam skratiek:

BDZ – benzodiazepíny

AD – antidepresíva

ES – emočné stabilizátory

A1G – antipsychotiká prvej generácie

A2G – antipsychotiká druhej generácie

AAH – antialzheimeriká

ECT – elektrokonvulzívna terapia

Literatúra

1. Allen MH, et al. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. Postgrad Med. 2001, (Spec No):1–88. <http://www.psychguides.com>
2. Benkert O, Hippus H. Príručka psychiatrickej farmakoterapie, 2002, Vydavateľstvo F, Trenčín.
3. Citrome L. Current treatments of agitation and aggression. Medscape Psychiatry Clinical Update, May 2002, <http://www.medscape.com/viewprogram/1866>.
4. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S. Inheritance of alcohol abuse. Cross-fostering analysis of adopted men. ArchGenPsych, 1981, 38, 861–868.
5. Dix R. Techniky zklidnění (deeskalace). In: Beer DM, Pereira SM, Paton C. Intenzivní péče v psychiatrii. Grada publishing, Praha 2004, 39–45.
6. FDA Psychopharmacological Drugs Advisory Committee. Briefing document for Zyprexa IntraMuscular (olanzapine for injection). Jan 11, 2001, http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/01/briefing/3685b1_01_lilly.pdf
7. FDA Psychopharmacological Drugs Advisory Committee. Briefing document for ziprasidone mesylate for intramuscular injection. Feb 15, 2001. http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/01/briefing/3685b2_01_pzifer.pdf
8. Feifel D. Psychopharmacology in the acute setting: review and proposed guidelines. Psychiatric Times. 2001, XVIII. <http://www.psychiatrictimes.com/p010537.html>
9. Glancy A, Knott TF. Psychopharmacology of Long-Term Aggression: An Evidence-Based Algorithm. CPA Bulletin 2002, 34(6): 13–8 and 19–24, 35(1):13–8. <http://www.cpa-apc.org/Publications>.
10. Jiráček R et al. Demence, 1999, Maxdorf, Praha.
11. Mikro-verze AISLP SR 2004.2 pro MS Windows, <http://www.aislp.cz>
12. Pereira SM, Lipsedge M. Hodnocení a zvládnutí rizika. In: Beer DM, Pereira SM, Paton C. Intenzivní péče v psychiatrii. Grada publishing, Praha 2004, 183–196.
13. Volavka J. Agrese a násilí. In: Höschl et al.: Psychiatrie, Tegis, Praha 2002, 160–171.

MUDr. Marek Zelman

Psychiatrické oddelenie NsP Brezno
e-mail: zelman@inmail.sk