

TERAPIE AKUTNÍHO NEKLIDU A AGRESE

MUDr. Vlasta Hanušková

Psychiatrická léčebna Opava

Akutní neklid a agrese může být průvodním jevem mnoha psychických poruch, musíme ale také odlišovat nepsychiatrické příčiny neklidu. Naším primárním úkolem je zajistit bezpečnost pacienta a ostatních přítomných osob. Farmakologická intervence bývá nezbytná, zkrátí dobu neklidu a eventuálního fyzického omezení.

Klíčová slova: agrese, farmakoterapie, fyzické omezení.

THERAPEUTICAL APPROACHES OF ACUTE AGITATION AND AGGRESSION

Acute agitation and aggression may occur as symptoms of many mental disorders, but non-psychiatric causes of agitation are also possible. The primary goal of intervention is to provide safety for patient and other present individuals. Pharmacological treatment is usually necessary to shorten the period of agitation or physical restraint of the patient.

Key words: aggression, pharmacotherapy, physical restraint.

Psychiat. pro Praxi, 2008; 9(4): 168–169

Úvod, vymezení základních pojmů

Neklid je stav, při kterém dominuje zvýšená a neúčelná psychomotorická aktivita. Je přítomna vysoká iritabilita, přecitlivělost ke stimulům, jež může vyústit až v agresivní chování.

Agrese je jednorázové a krátkodobé vybití vnitřního napětí násilným chováním, rozlišujeme agresi slovní (výčitky, nadávky), agresi vůči věcem (rozbíjení, demolování) a agresi proti lidem (brachiální útok).

Agresivita je navyklý způsob chování s tendencí reagovat dlouhodobě útočným, hostilním zaměřením, s vysokou pohotovostí k agresi.

Příčiny vzniku neklidu a agrese

Neklid a agrese mohou vzniknout prakticky v rámci všech psychických poruch – organických, návykových, schizofrenních, afektivních, úzkostných, u poruch osobnosti, u mentálních retardací, u poruch chování v dětství a dospívání.

Především v rámci konziliární psychiatrické praxe musíme odlišit nepsychiatrické příčiny neklidu. Neklidné chování jako projev somatogenních delirií může být způsobeno traumatem hlavy, neuroinfekcí, tumorem CNS, epilepsií, některými infekcemi (pneumonie, tyfus), generalizovanými nádory, metabolickými a endokrinními chorobami (urémie, dehydratace, jaterní selhání, hypoglykemie, iontová dysbalance atd.).

U polymorbidních pacientů musíme také vyloučit psychotické a deliriózní stavy navozené medikací (analgetika, anticholinergika, kortikoidy, antiparkinsonika, onkologické a antibakteriální léky, kardiaka a další jiné) a brát v úvahu lékové interakce.

Obecné zásady kontaktu s neklidným pacientem

Nejdříve se snažíme s pacientem hovořit o jeho problému, dáváme najevo empatii, nepolemizujeme s ním, hovoříme tichým hlasem. Při hrozící agresivitě se vyhýbáme situaci, kdy jsme s pacientem sami

v uzavřené místnosti. Na pracovištích, kde není vyloučena agrese klientů, je doporučováno, aby vyšetřující seděl blízko dveří, s možností útěku. Agresivních pacientů se nedotýkáme, vyhýbáme se dlouhému očnímu kontaktu, udržujeme bezpečnou vzdálenost (na délku paže), neobracíme se k nim zády, z okolí odstraníme předměty, které by mohly být použity jako zbraň. Musíme mít poblíž další pracovníky k zajištění fyzické převahy (v literatuře je nejčastěji doporučováno 5 členů personálu na zvládnutí 1 agresivního pacienta). Při vystupňovaném neklidu ukončíme pohovor.

Ke zvládnutí fyzicky zdatných agresivních pacientů voláme na pomoc příslušníky policie.

Prevence agresivních stavů

V případech, kdy je to možné, se nejdříve snažíme verbálně, s empatickým přístupem, zvládnout situaci. Standardním postupem je omezení zevních iritačních stimulů, poskytnutí prostoru pacientovi k vyjádření jeho pocitů. Situace ale bývá nepředvídatelná, i když se personál v rámci možností (s ohledem na bezpečnost pacienta a jeho okolí) snaží agresivnímu pacientovi vyhovět, může agresivní chování gradovat. Někdy postačí takzvaná prezence síly, přizvání dalšího, především mužského zdravotnického personálu.

Pokud se agresivní chování stupňuje, je nutno přistoupit k dalším opatřením.

Farmakologická intervence

Cílem farmakoterapie je zvládnutí akutního neklidu, agresivního chování a zmírnění rizika sebe-poškození. Současně se zkracuje doba nutnosti fyzického omezení a tím i strádání pacienta.

Od farmakoterapie očekáváme rychlý nástup účinku, navození mírné sedace. Po zklidnění pacienta máme další prostor pro stanovení diagnózy a dalších terapeutických postupů (například vyloučení či potvrzení organické příčiny neklidu po provedených vyšetřeních, nerealizovatelných u neklidných pacientů).

I když při farmakoterapii preferujeme podávání medikace per os (p. o.), při nespolupráci pacienta se neobejdeme bez parenterálního podávání psychofarmak, intramuskulárně (i. m.), eventuálně intravenózně (i. v.). Nevýhody léčby p. o. mohou být sníženy použitím rychle rozpustných tablet nebo roztoku léku.

Pro farmakoterapii neklidu jsou vhodné benzodiazepiny, klasická i atypická antipsychotika, antihistaminika (promethazin). Upřednostnit bychom měli farmaka s rychlým nástupem účinku a krátkou dobou působení. U agresivních pacientů bývá výběr psychofarmak omezen na ta, která jsou k dispozici i pro parenterální aplikaci. Obecně platí, že antipsychotika druhé generace dostupné v parenterální formě mají rychlejší nástup účinku, kratší poločas a méně nežádoucích účinků než klasická antipsychotika.

Farmaka musíme volit podle aktuální psychiatrické symptomatiky. U úzkostných stavů preferujeme benzodiazepiny, u agitované deprese nevolíme incizivní a depresogenní antipsychotika, nejvhodnější je zde kombinace antipsychotik druhé generace a benzodiazepinů. Těžkou volbu máme u neklidných pacientů, u kterých je podezření na intoxikaci, kde jsou de facto všechna psychofarmaka kontraindikována. Pokud nepostačí jen fyzické omezení, je lékem volby ke zvládnutí neklidu haloperidol, který je méně sedativní než jiná níže uvedená psychofarmaka.

Agitovanost u úzkostných stavů – preferujeme benzodiazepiny:

- diazepam (Diazepam, Apaurin), aplikační forma p. o., i. m., i. v., do 40 mg denně, jeho nevýhodou je dlouhý poločas vylučování, pomalé vstřebávání při i. m. aplikaci
- clonazepam (Rivotril), aplikační forma p. o., i. m., i. v., do 20 mg denně
- clorazepat (Tranxene), aplikační forma p. o., i. m., i. v., do 200 mg denně
- lorazepam (Tavor), aplikační forma p. o., i. m., do 6 mg denně, má krátký vylučovací poločas,

dobře se vstřebává i z i. m. aplikace, ale bohužel je v současné době v ČR nedostupný

- alprazolam (Neurol, Xanax, Frontin), aplikační forma p. o., do 10 mg denně
- oxazepam (Oxazepam), aplikační forma p. o., do 30 mg denně

Psychotická agitovanost:

- levopromazin (Tisercin), i. m. do 375 mg, p. o. do 600 mg denně
- haloperidol (Haloperidol), p. o., i. m., i. v., i když maximální denní dávka je uváděna do 60–80 mg, není racionální překračovat 12 mg denně, ve vysokých dávkách se nezvyšuje terapeutický účinek, ale je vysoké riziko výskytu extrapyramidových příznaků
- chlorpromazin (Plegomazin), p. o., i. m., do 1 000 mg denně
- zuclopenthixol (Cisordinol), p. o. do 75 mg denně, i. m. do 150 mg za 3 dny
- olanzapin (Zyprexa), p. o. i ve formě rychle rozpustných tablet, i. m., do 20 mg denně
- risperidon (Risperdal a nejméně 10 dalších generik), p. o., i ve formě rychle rozpustných tablet a roztoku, do 16 mg denně
- ziprasidon (Zeldox), p. o. do 160 mg denně, i. m. do 40 mg denně
- aripiprazol (Abilify), p. o., do 30 mg denně, připravuje se injekční forma
- quetiapin (Seroquel), p. o., do 800 mg denně
- vysoké dávky benzodiazepinů
- kombinace antipsychotik s benzodiazepiny

U déletrvajících nevladatelného psychotického neklidu, kde se pacient ohrožuje na životě, je možno aplikovat elektrokonvulzivní terapii.

Odvykací stavy:

- benzodiazepiny ve vysokých dávkách, například oxazepam do 120 mg denně, diazepam do 80 mg denně, clonazepam do 20 mg denně
- tiaprid (Tiapridal, Tiapra), p. o., i. m., i. v., do 800 mg denně
- clomethiazol (Heminevrin), p. o., do 4 800 mg denně, kontraindikován u respiračních insuficiencí, nemá se kombinovat s jinými tlumivými léky (benzodiazepiny, antipsychotika)
- risperidon, p. o., do 16 mg denně
- kombinace benzodiazepinů a antipsychotik

Agitovanost u geriatrických pacientů, somatogenní deliria

Samozřejmostí a naší primární povinností je upravit vnitřní prostředí, vyloučit intrakraniální příčinu neklidu, propátrat farmakologickou anamnézu. Dávkování medikace je velmi variabilní, obecně nižší než u odvykacích delirií a psychotických neklidů.

- tiaprid, p. o., i. m., i. v., do 400 mg denně
- melperon (Buronil), p. o., do 200 mg denně
- risperidon, p. o., výhoda jemného titrování roztoku, do 2 mg denně
- haloperidol, p. o., i. m., i. v., několik mg denně
- quetiapin, p. o., do 300 mg denně

Fyzické omezení

Používání omezovacích prostředků v psychiatrii se v posledních letech stalo medializovanou záležitostí, často jsme byli prezentací názorů i rádob odborníků na tuto problematiku v médiích pobouřeni. Pozitivní stránkou medializace této otázky bylo vytvoření doporučených postupů v používání omezovacích prostředků, koordinátorem byl prim. MUDr. Pavel Baudiš, CSc.

Fyzické omezení používáme pouze v případě, kdy pacient bezprostředně ohrožuje sebe nebo své okolí a vyčerpalí jsme jiné prostředky k jeho zklidnění. Za fyzické omezení považujeme:

- manuální fixaci (omezení pacienta ošetřujícím personálem, provádí ji 3–5 vyškolených pracovníků, kteří pacienta drží ve stoje nebo na zemi po dobu několika minut)
- upínací popruhy na lůžku (kurty)
- svěrací kazajku
- síťové lůžko, které je uzavřeno
- izolační místnost, která je uzavřena.

Názory na používání jednotlivých omezovacích prostředků nejsou v zemích Evropské unie sjednoceny, co je považováno za etické v jedné zemi, je neetické v jiné státě. Například ve Velké Británii považují za neetické síťové lůžka a preferují manuální fixaci, i když při tomto způsobu pacifikace může dojít k úrazu nebo usmrcení pacienta.

Od používání síťových lůžek i v našich psychiatrických zařízeních upouštíme. Nejsou vhodná pro omezení agresivních pacientů, ale řada psychiatrů zastává názor, že jsou alternativou pro gerontopsychiatrické pacienty, u kterých by vyšší medikace nebo znehybnění jinými metodami vedly k somatickým komplikacím.

Za fyzické omezení se nepovažuje pobyt v síťovém lůžku a izolační místnosti, pokud nejsou uzavřeny, připoutání končetiny při aplikaci infuze, fixace v křesle pro udržení stability, zábrany u lůžka.

Fyzické omezení má trvat co nejkratší dobu, rozhoduje o něm lékař, který jasně definuje a dokumentuje důvody vedoucí k omezení a jeho délku. Fyzicky omezenému pacientovi je třeba věnovat zvýšenou ošetrovatelskou péči, kontrolovat jeho životní funkce, dbát o jeho hydrataci, sledovat prokrvení končetin (v intervalu 20 minut). Lékař musí kurtovaného pacienta každé 2–3 hodiny kontrolovat a rozhodnout

o dalším postupu, případné další omezení znovu naordinovat a popsat důvody. Pacient také musí být srozumitelně svému stavu informován o důvodech fyzického omezení.

Užití prostředků fyzického omezení musí být řádně písemně dokumentováno. Vždy musí být popsán důvod, proč jsme k omezení pacienta přistoupili, uveden čas počátku a konce omezení, zápisy ošetrovatelské intervence, podpisy lékaře a ošetřujícího personálu. V průběhu léčby neklidu je třeba stále hodnotit aktuální stav pacienta a podle něj upravovat a měnit použité léčebné prostředky.

Při déletrvajícím fyzickém omezení je třeba věnovat pozornost prevenci dekubitů a tromboembolie, umožnit pravidelný příjem tekutin a potravy, hygienu.

Personál oddělení, kde jsou omezovací prostředky používány, musí být minimálně jednou ročně o této problematice proškolen.

Pokud pacient do 24 hodin od začátku fyzického omezení nepodepíše souhlas s fyzickým omezením, musí být zahájeno řízení dle § 23 a § 24 zákona 20/1966.

Závěr

Agitovaný a neklidný pacient je běžnou součástí psychiatrické praxe a naší povinností je tyto často dramatické stavy profesionálně zvládat. Bohužel se ještě ve většině psychiatrických zařízení potýkáme s nedostatkem kvalifikovaného a fyzicky zdatného personálu a s nevyhovujícím prostředím.

Pro praxi je nejdůležitější rychle diferencovat etiologii agrese, podle toho zvolit taktiku verbálního zklidnění a farmakoterapii. Pokud je neklidem ohrožen pacient a osoby v jeho okolí, nevyhneme se použití omezovacích prostředků, i když je jejich používání laickou veřejností kritizováno. Ve většině těchto případů pacient nespolupracuje a terapie a fyzické omezení se musí uskutečnit i proti jeho vůli. Dodržování doporučených prostředků při nutnosti fyzického omezení a podání přiměřené medikace zaručuje nejen poskytnutí nejlepší péče nemocným, ale slouží i jako právní ochrana zdravotnického personálu.

MUDr. Vlasta Hanušková

Psychiatrická léčebna Opava
Olomoucká 88, 746 01 Opava
e-mail: hanuskova@tiscali.cz

Literatura

1. Baudiš P a kol. Psychiatrie, Doporučené postupy psychiatrické péče II, Praha, Infopharm, 2006, 152–162.
2. Doubek P. Jak můžeme řešit agitovanost a neklid v ambulantní psychiatrické praxi? Psychiatr. pro Praxi 2004, 3: 139–141.
3. Herman E, Praško J, Seifertová D. Konziliární psychiatrie, Praha, Medical Tribune, 2007, 198–203, 204–212.
4. Mohr P. Antipsychotika druhé generace v léčbě akutní psychotické agitovanosti. Psychiatr. pro Praxi 2003, 2: 62–65.