

Stany nagłe

Andrzej Wakarow

Dariusz Maciej Myszka

Definicja

- Zachowanie pacjenta, które ze względu na swą niezwykłość, niezrozumiałość, niedostosowanie, gwałtowny charakter może stwarzać zagrożenie
- Kontakt z pacjentem w sytuacji nagłości wiąże się z silną reakcją emocjonalną lekarza, terapeuty

Stany nagłe

- Nasilony lęk
- Stany bezpośredniego zagrożenia dla otoczenia
 - Agresja, gwałtowne zachowania
- Samobójstwo
- Samouszkodzenie
- Zagrożenie z powodu braku krytycyzmu i zaniechania działania

Zaburzenia o podłożu organicznym

- Zaburzenia stanu psychicznego, somatycznego, neurologicznego
 - Zaburzenia świadomości
- Należy jak najszybciej zidentyfikować przyczynę i zastosować odpowiednie leczenie

Zaburzenia o podłożu organicznym

- Przyczyny
 - Hipoglikemia
 - Infekcje
 - Zatrucia
 - Urazy OUN
 - Zespoły abstynencyjne
 - Zaburzenia metaboliczne
 - Guzy OUN
 - Choroby układowe (niewydolność wątroby, nerek)
 - Zaburzenia wodno - elektrolitowe

Zaburzenia o podłożu organicznym

- Dokładne badanie somatyczne i neurologiczne oraz wywiad
- Możliwe zagrożenie życia pacjenta – ustalenie konieczności specjalistycznych konsultacji, przeniesienia do innego szpitala
- Ograniczenia podawania leków uspokajających
 - mogą nasilać zaburzenia świadomości
 - mogą maskować objawy choroby
 - pogarszać funkcje poznawcze
 - działać paradoksalnie pobudzająco

Zaburzenia o podłożu organicznym

- Leczenie po ustaleniu rozpoznania
- Leczenie choroby podstawowej
- Leki psychotropowe – Haloperidol, Risperidon, Olanzapina, Kwetiapina w małych dawkach
- Uwaga – neuroleptyki obniżają próg drgawkowy

Lęk

- **Wystąpienie lęku**
 - **Ocena przyczyny**
 - Zaburzenia lękowe
 - Zaburzenia osobowości
 - Intoksykacja
 - Stan po urazie
 - Stan po doznaniu przemocy, gwałtu, przestępstw
 - **Postępowanie**
 - Diagnoza
 - Farmakoterapia
 - Wsparcie psychoterapeutyczne, socjalne

Lęk

- Jeśli napad paniki – poza postępowaniem niefarmakologicznym można rozważyć podanie BZD
- Lęk psychotyczny – neuroleptyki (Haloperidol, Olanzapina, Ziprazidon i.m.)

Zachowania agresywne

- Oznaki zapowiadające agresję
- Niedawne zachowania agresywne (niszczenie mienia)
- Pogróżki słowne, gesty
- Trzymanie w ręku niebezpiecznych przedmiotów, które mogłyby być użyte w razie ataku
- Narastające pobudzenie psychoruchowe
- Zatrucia (alkohol, narkotyki, inne)
- Pojawienie się urojeń
- Nasilone omamy imperatywne - znaczne ryzyko
- Organiczne podłoże zaburzeń
- Pobudzenie katatoniczne
- Mania
- Depresja z pobudzeniem psychoruchowym (agitowana)
- Zaburzenia osobowości (zaburzona kontrola impulsów, wybuchów gniewu, agresji)

Zachowania agresywne

Ocena ryzyka agresji

- **Agresja wyrażana w**
 - Wypowiedziach
 - Planach
 - Dążeniach
 - Dostęp do narzędzi
 - Poczucie zagrożenia personelu, potrzeba personelu o zwrócenie się o pomoc
- **Czynniki demograficzne**
 - Mężczyźni
 - 15-24 lata
 - Niska pozycja społeczna
 - Słabe oparcie społeczne
- **Dane z wywiadu**
 - Agresja czynna
 - Zachowania antyspołeczne
 - Zaburzenia kontroli zachowania: hazard, nadużywanie substancji, samouszkodzenia, próby „S„
 - Zaburzenia psychotyczne
- **Sytuacja stresowa (konflikty z otoczeniem)**

Zapobieganie zachowaniom agresywnym

Jeżeli istnieje ryzyko agresji

- Gotowość do wysłuchania i zrozumienia pacjenta
- Ostrzec pacjenta, że agresja jest niedopuszczalna
- Traktować pacjenta ze spokojem i łagodnością, nie grozić
- Rozproszyć obawy i uspokoić pacjenta, pomóc mu zrozumieć sytuację
- Nie przyjmować postawy osądzającej, nie traktować dosłownie zachowania pacjenta (ale jako objaw)
- Unikać nierealnych oczekiwań (np.: że pacjent natychmiast się uspokoi)
- Nie przybierać groźnych postaw, gestów, min, unikać przedłużającego się kontaktu wzrokowego
- Unikać przekrzykiwania się z pacjentem
- Zaproponować podanie leku
- Jeżeli jesteśmy sam na sam zapewnić sobie drogę ewakuacji, jak również nie dawać pacjentowi do zrozumienia, że znalazł się w pułapce
- Dać pacjentowi do zrozumienia, że zdajemy sobie sprawę z jego agresywnych skłonności
- Poinformować pacjenta, że jeżeli trzeba, to zostanie unieruchomiony (umieszczony w izolatce)
- Zademonstrować siłę (grupę osób gotowych do działania)
- Dokładna obserwacja po unieruchomieniu

Postępowanie w stanach nagłych

- Przymus bezpośredni
- Farmakoterapia
- Hospitalizacja
- Leczenie schorzeń somatycznych
- Interwencja kryzysowa

Zasady badania pacjenta

- **Ochrona własnej osoby**

- Maksimum informacji
- Przeszkolony personel (unieruchomienie)
- Zachować czujność
- Warunki bezpieczeństwa (drzwi, niebezpieczne przedmioty)
- Osoby trzecie w czasie badania
- Inne osoby w pobliżu
- Nawiązanie porozumienia z pacjentem

- **Zapobieganie niebezpieczeństwu**

- Zapobieganie samobójstwu lub samouszkodzeniu
- Zapobieganie agresji wobec innych

Przymus bezpośredni

Zasady stosowania przymusu bezpośredniego:

- **Zastosowanie środków przymusu jest interwencją terapeutyczną:**
 - Służy leczeniu, nie karaniu
 - Np.: pomoc w odzyskaniu samokontroli
- **Cierpliwe dążenie do dialogu, informowanie pacjenta o podejmowanych działaniach i ich podstawach:**
 - Poinformować, że zgodnie z obowiązującym prawem lekarz przejmuje odpowiedzialność za osobę, jeżeli stwierdza zagrożenie dla jej życia lub zdrowia innych osób
- **Zdecydowana postawa w realizacji podjętych decyzji**
 - Spokój
 - Brak wahania
- **Gotowość do odstąpienia od środków przymusu**
 - Często pacjent, widząc nieuchronność umieszczenia go w szpitalu, izolacji, podania leku, biernie godzi się z zaleceniami
 - Rzeczowe wyjaśnienie sytuacji, połączone z okazaniem współczucia a zarazem zdecydowanie w realizacji działania powodują bierną zgodę
- **Przygotowanie interwencji**
 - Odpowiednia liczba osób
 - Jedna osoba kieruje
 - W pobliżu inne osoby gotowe udzielić pomocy
- **Trening personelu**

- **Pacjent stwarzający bezpośrednie zagrożenie – podstawy prawne**

(Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego)

- Art. 21 - badanie psychiatryczne
- Art. 18 - przymus bezpośredni
- Art. 23 - osoba chora psychicznie
- Art. 24 - podejrzenie zaburzeń psychicznych
- Art. 28 - zmiana kwalifikacji