

Intenzivna psihijatrijska skrb – hitna stanja u psihijatriji

Intensive psychiatric care – psychiatric emergencies

Joško Prološčić*, Sandra Blažević Zelić, Marija Vučić Peitl, Ivana Ljubičić Bistrović

Klinika za psihijatriju,
KBC Rijeka, Rijeka

Primljeno: 20. 3. 2013.
Prihvaćeno: 2. 7. 2013.

Sažetak. Intenzivna psihijatrijska skrb jest vrsta psihijatrijskog liječenja bolesnika koja se provodi na zatvorenom psihijatrijskom odjelu i po mogućnosti u jedinici intenzivnog liječenja, a sadržaji su joj dijagnostika, liječenje i opservacija hitnih stanja, odnosno bolesnika u psihijatriji. Uključuje sveobuhvatnu razinu skrbi, 24-satnu opservaciju te mogućnost fizičkog sputavanja i odvajanja bolesnika u slučaju gubitka kapaciteta za samokontrolu. Najčešća hitna stanja koja zahtijevaju intenzivnu psihijatrijsku skrb jesu suicidalnost, auto i hetero agresivnost i krizna stanja. Pregled bolesnika uključuje anamnezu, heteroanamnezu, opis psihijatrijskog statusa, opći somatski i neurološki pregled, laboratorijske pretrage, a ponekad CT i MRI mozga. U liječenju hitnog psihijatrijskog bolesnika upotrebljavaju se psihofarmakoterapija, psihoterapija (kratka, individualna dinamski orijentirana, ventilacija, *debriefing*, suportivna psihoterapija i obiteljska), te ponekad fizičko sputavanje i odvajanje bolesnika u izolacijsku prostoriju zbog moguće opasnosti za sebe i/ili okolinu. Članovi medicinskog tima su psihijatri te medicinske sestre i tehničari koji su stručno i posebno educirani u kliničkoj hitnoj psihijatriji i koji će odmah po prijemu bolesnika odrediti prioritete postupaka, dijagnostike i liječenja. Vrijeme provedeno u jedinici za intenzivnu psihijatrijsku skrb različito je, ali najčešće je od 2 do 6 dana. Po smirivanju akutne kliničke slike koja je i bila razlogom prijama u takvu jedinicu, bolesnika se premješta na odgovarajući psihijatrijski odjel sukladno njegovom općem psihofizičkom stanju i psihijatrijskoj dijagnozi. Iako se općenito misli da su postupci intenzivne psihijatrijske skrbi ponekad naglašeno specifični ili izvan okvira kompetencija osoblja koje radi u tim jedinicama, one su nužne i medicinski opravdane.

Gljučne riječi: agresivno ponašanje, hitna stanja u psihijatriji, psihijatrijska intenzivna skrb, suicidalno ponašanje

Abstract. Intensive psychiatric care is a type of psychiatric treatment of patients conducted in a closed psychiatric ward, and engages the diagnosis and treatment of psychiatric emergencies. Includes a comprehensive level of care, 24-hour observation, and the possibility of physical restraint and isolation of patients in the event of loss of capacity for self-control. Psychiatric disorders treated in such departments are deteriorating mental state within the various mental disorders. The most common emergencies that require intensive psychiatric care are suicide, auto and hetero aggressiveness and states of crisis. Examination of the patient includes medical history, heteroanamnesis, description of psychiatric status, general and neurological examination, laboratory tests, and sometimes CT and MRI of the brain. In order to take care of urgent psychiatric patients in use is pharmacotherapy, psychotherapy (brief, individual dynamically oriented, ventilation, debriefing, supportive and family psychotherapy), and sometimes physical restraint and isolation of patients in isolation room because of possible danger to himself and / or the environment. The principal members of the medical team are psychiatrists, nurses and technicians who are highly qualified and trained in clinical psychiatry emergency and will immediately determine procedure, diagnosis and treatment of the patient. Time spent in psychiatric intensive care unit varies, but is usually from 2-6 days. By calming the acute clinical picture which is the reason for admission to such department, the patient is transferred to other psychiatric wards in accordance with its general mental and physical condition and psychiatric diagnosis. Although it is generally thought that the procedures for intensive psychiatric care is sometimes too hard or beyond the competence of personnel working in such departments, they are medically necessary and justified.

Key words: aggressive behavior, psychiatric emergencies, psychiatric intensive care, suicidal behavior

Adresa za dopisivanje:
* Mr. sc. Joško Prološčić, dr. med.
Klinika za psihijatriju, KBC Rijeka,
Krešimirova 42, 51 000 Rijeka,
e-mail: josko.proloscic1@ri.t-com.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Intenzivna psihijatrijska skrb jest vrsta psihijatrijskog liječenja bolesnika koja se provodi na zatvorenom psihijatrijskom odjelu i po mogućnosti u jedinici intenzivnog liječenja, a bavi se dijagnostikom, liječenjem i opservacijom hitnih stanja, odnosno bolesnika u psihijatriji. Uključuje multidisciplinarnu i sveobuhvatnu razinu skrbi, 24-satnu opservaciju, te mogućnost fizičkog sputavanja i odvajanja bolesnika u slučaju gubitka kapaciteta

Intenzivna psihijatrijska skrb je dijagnostika i liječenje na zatvorenom odjelu uz 24-satnu opservaciju, te mogućnost fizičkog sputavanja i odvajanja bolesnika. Hitna stanja koja zahtijevaju ovakav oblik liječenja su suicidalnost, agresivnost i krizna stanja. Medicinski tim čine psihijatri i specijalizirano medicinsko osoblje.

za samokontrolu. Psihijatrijski poremećaji koji se najčešće liječe u takvim jedinicama su shizofrenija, poremećaj raspoloženja (depresija i manija), poremećaj osobnosti i ponašanja, intoksikacije psihoaktivnim supstancijama, od kojih su najčešće one s alkoholom. Najučestalija hitna stanja koja zahtijevaju intenzivnu psihijatrijsku skrb su suicidalnost, auto i hetero agresivnost, krizna stanja, panične atake, akutno opito stanje, delirantna stanja i nuspojave psihofarmakološkog liječenja (akutna diskinezija, akatizija, maligni neuroleptički sindrom). Bolesnici koji zahtijevaju ovakav tip liječenja hospitaliziraju se preko akutne psihijatrijske ambulante, centra za hitnu medicinu i premještajem s drugih klinika. Bolesnici mogu sami tražiti liječenje ili ih dovode članovi obitelji, hitna medicinska pomoć i/ili policijski djelatnici. Liječenje može biti dragovoljno ako je bolesnik sposoban dati pristanak, odnosno suglasnost, ili, ako to nije sposoban, onda je prisilno, a sve sukladno Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama¹. Članovi tima intenzivne psihijatrijske skrbi su: psihijatar, specijalizirane medicinske sestre i tehničari, klinički psiholog, njegovatelj, fizioterapeut, socijalni radnik. Razlozi dolaska bolesnika u jedinicu hitne psihijatrijske skrbi mogu biti psihijatrijski, neurološki ili neki drugi poremećaji i bolesti. Pregled bolesnika uključuje ana-

mnezu, heteroanamnezu, opis psihijatrijskog statusa, opći somatski i neurološki pregled, laboratorijske pretrage, a ponekad i CT te MRI mozga. U liječenju hitnog psihijatrijskog bolesnika primjenjuje se psihofarmakoterapija i suportivna psihoterapija, te ponekad fizičko sputavanje i odvajanje bolesnika u izolacijsku prostoriju.

INTENZIVNA PSIHIJATRIJSKA SKRB

Jedinica intenzivne psihijatrijske skrbi (engl. *psychiatric intensive care unit*) pojavljuje se kao zasebna psihijatrijska jedinica od 1970-ih u Velikoj Britaniji i od 1980-ih u Sjedinjenim Američkim Državama, Australiji i Kanadi. U našoj zemlji takve jedinice postoje od 1990-ih, u KBC-u Rijeka posljednjih desetak godina.

Jedinica intenzivne psihijatrijske skrbi, prema dostupnoj literaturi, u pravilu je smještena na zatvorenom psihijatrijskom odjelu i predviđena je za dijagnostiku, liječenje i opservaciju bolesnika koji su svojim psihičkim stanjem i/ili ponašanjem visoko rizični po sebe i/ili svoju okolinu. Postoji velika zablude u javnosti, ali i kod većine takvih bolesnika, da je smještaj na takvom odjelu neka vrsta kazne te da ih sama jedinica podsjeća na zatvor, što vrlo često i verbaliziraju. Ciljevi rada takvih jedinica su provođenje medicinske dijagnostike i liječenja, poboljšanje sigurnosti bolesnika te povoljniji ishod liječenja. Prema literaturi, tipični bolesnici na takvim odjelima su mlađi muškarci, samci, nezaposleni, oboljeli od shizofrenije ili manije, osobe sklone zlouporabi alkohola i psihoaktivnih supstancija, koje imaju i poremećaj osobnosti, a najčešći razlog hospitalizacije je agresivnost. Čest razlog prijama je pokušaj samoubojstva i samoozljeđivanje u okviru mnogih psihijatrijskih poremećaja, te krizna stanja. Kod približno trećine bolesnika istodobno je prisutna i neka tjelesna bolest, najčešće bolesti srca i pluća, ali i ozljeda dijela tijela. Jedinice za intenzivnu psihijatrijsku skrb osmišljene su za stvaranje sigurnog i kontroliranog okruženja za smirivanje izrazito psihomotorno uzbuđenih psihijatrijskih bolesnika u kratkom periodu, s visokoeduciranim kadrom i ograničenim brojem kreveta. Smjernice su da broj djelatnika bude isti kao i broj kreveta bolesnika, odnosno u omjeru 1:1. Članovi medicinskog tima su psihijatri i medicinske sestre i

tehničari koji su stručni i posebno educirani u kliničkoj hitnoj psihijatriji, koji će odmah po prijemu bolesnika odrediti prioritete dijagnostike i liječenja².

Ako je bolesnik nasilnog, nepredvidivog i potencijalno opasnog ponašanja po sebe i/ili okolinu, tada će biti potrebno tjelesno sputavanje te možda izolacija bolesnika u posebnu prostoriju do smirivanja. U postupku fizičkog sputavanja bolesnika mogu asistirati pozvani djelatnici policije sukladno Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Nakon sputavanja, bolesniku se fiksiraju ruke i noge kožnim ili platnenim remenjem za krevet. Desetljećima korištene psihijatrijske stezule ili košulje smatraju se opsoletnima. Prije, za vrijeme i poslije tjelesnog sputavanja bolesnika potrebno je pokušati verbalno smiriti i ukazati mu na besmislenost njegova nasilnog ponašanja. Bolesnik treba što kraće vrijeme biti imobiliziran, odnosno – sve do trenutka njegova smirivanja. Potreban je stalni nadzor vitalnih funkcija i cirkulacije u sputanim ekstremitetima, opća somatska njega, provjera osnovnih laboratorijskih parametara, psihofarmakoterapija i suportivna, kratka i k problemu usmjerena psihoterapija.

Vrijeme provedeno u jedinici za intenzivnu psihijatrijsku skrb je različito, ali najčešće je od 2 do 6 dana, no može biti i znatno dulje, preko 30 dana, što je doista rijetkost. Po smirivanju akutne kliničke slike koja je i bila razlogom prijama u takvu jedinicu bolesnik se premješta na odgovarajući psihijatrijski odjel sukladno njegovom općem psihofizičkom stanju i psihijatrijskoj dijagnozi³.

AGRESIVNOST

Vrlo je teško predvidjeti nastup agresivnog i nasilnog ponašanja, a najbolji prediktori, koji mogu biti i uzročnici ili precipitanti takvog stanja, su konzumacija alkohola ili drugih psihoaktivnih supstancija, podaci o prethodnim nasilnim aktivnostima prema ljudima i predmetima, paranoidnost i slušne imperativne obmane, katatona agitacija, razdražljiva manija, agitirana depresija, agresivni poremećaj osobnosti. Postoji cijeli niz stanja i bolesti koje mogu rezultirati agresivnim ponašanjem prema okolini: alkoholni delirij i psihoza; konzumacija amfetamina i sličnih supstancija, kokaina, heroina, steroida, levodope, konzumacija

raznih neorganskih i organskih toksina; encefalitis, apsces mozga, tumori mozga, kraniocerebralna trauma, intrakranijalna krvarenja; postiktalno sumračno stanje nakon epileptičkog napada, sumračno stanje u hipoglikemiji i drugo.

Nakon psihijatrijske kliničke procjene primjenjuje se tjelesno sputavanje i imobilizacija bolesnika, ako je to nužno, potom potrebne pretrage sukladne kliničkoj slici (laboratorijske pretrage krvi i urina, test na droge i lijekove, RTG, CT, MRI i drugo) i medikamentozna terapija. Ako se radi o tjelesnom stanju ili bolesti koja je uzrokom agresivnog ponašanja, tada je potreban interdisciplinarni pristup u daljnjim postupcima dijagnostike i liječenja u suradnji s liječnicima specijalistima drugih struka. Od psihofarmaka koji se najčešće upotrebljavaju u akutnom liječenju i smirivanju agresivnog bolesnika tu su antipsihotici te anksiolitici iz reda benzodiazepina koji se daju parenteralno i to najčešće intramuskularno, zbog potrebne brze anksiolize i sedacije. Najviše upotrebljavani lijekovi su haloperidol u dozi od 5 do 10 mg i diazepam 10 mg intramuskularno višekратно dnevno. Mogu se upotrijebiti i drugi antipsihotici za parenteralnu aplikaciju kao što su promazin, levomepromazin, zuclopentixol, olanzapin i sulpirid^{4,5}.

SUICIDALNOST I SAMOOZLJEĐIVANJE

Suicidalni bolesnik jest prototip psihijatrijskog hitnog stanja. Takve bolesnike je katkad teško identificirati, što može biti problem kod daljnjeg postupka. Bolesnik kod kojeg se sumnja na moguću suicidalno ponašanje, ili u slučaju pokušaja samoubojstva i počinjenog samoozljeđivanja, zahtijeva liječenje u jedinici intenzivne psihijatrijske skrbi.

Statistički podaci o počinjenim suicidima i pokušajima suicida vrlo su različiti u svijetu s obzirom na dob, spol, bračni status, rasu, etničku pripadnost, kulturu, vjeroispovijest, obrazovanje, ekonomski status, zanimanje, postojanje duševnog poremećaja i tjelesne bolesti, godišnje doba i drugo. Općenito se može reći da muškarci češće počinju suicid u odnosu na žene u omjeru 3 : 1, ali žene otprilike četiri puta češće pokušaju suicid. Pri tome muškarci češće rabe više nasilničke metode (vatreno oružje, vješanje, skok s visine) u odnosu na žene (trovanje lijekovima i otrovima).

Pokušaji suicida i suicidi su češći u adolescenciji i ranoj odrasloj dobi, te starijoj životnoj dobi. Visoke stope suicida zabilježene su među narodima istočne Europe, skandinavskih zemalja i Japana, te u imigranata, a nešto niža stopa je kod katolika i muslimana u odnosu na protestante i Židove. S obzirom na godišnje doba, suicidi su nešto češći u proljeće i jesen. Suicidalni rizici su nedavni pokušaj ili nagovještaji u anamnezi, razrađen plan i postupanje prema planu za suicid, mnogobrojni pokušaji suicida tijekom života, opetovana maštanja

Mjere intenzivne psihijatrijske skrbi povremeno su nužne.

o suicidu. Velika većina osoba koje su počinile ili pokušale samoubojstvo imale su dijagnozu nekog duševnog poremećaja, i to najčešće depresivnog poremećaja, potom bipolarnog poremećaja, psihotičnog poremećaja (najčešće shizofrenija), alkoholizma i zloupotrebe droga, antisocijalnog poremećaja ličnosti, graničnog poremećaja ličnosti, demencije. Povećani rizik za pokušaj suicida jesu i tjelesne bolesti praćene jakim bolom, neoplazme bolesnika u terminalnim stanjima, nedavni stresori poput smrti bliske osobe praćene emocionalnom patnjom, rastavljeni, samci, nezaposlenost i loše financijsko stanje, počinjena samoubojstva u obiteljskoj anamnezi, nesređene obiteljske prilike i drugo. Simptomi iz psihičkog statusa mogu jasno upozoriti na suicidalni rizik poput slušnih obmana koje naređuju bolesniku da počinii suicid, aspekt prisutnosti osjećaja beznađa, psihičke patnje, kao i verbalizacija suicidalnih ideja (namjere, plana, metode, sredstva, letalnosti, izvršenja i slično).

Samoozljeđivanje je također relativno često hitno psihijatrijsko stanje. Otprilike je tri puta češće u žena, a 50 puta češće u psihijatrijskih bolesnika nego u općoj populaciji, prosječno u dvadesetim godinama života. Obično se upotrebljavaju žileti, nož ili razbijeno staklo, a bolesnici se režu po koži zapešća, ruku i nogu, dok rjeđe po licu, grudima ili trbuhu. Većina bolesnika tvrdi da nisu osjećali bol dok su se ozljeđivali, da na taj način izražavaju ljutnju i bijes prema sebi ili drugima te da tako umanjuju psihičku napetost ili manifestiraju želju

za smrću. Većina je prethodno već pokušala suicid, ima poremećaj osobnosti i ponašanja i konzumira sredstva ovisnosti.

U liječenju suicidalnog bolesnika primjenjuje se neprekidni nadzor zbog mogućnosti počinjenja suicida na odjelu, psihofarmakoterapija, psihoterapija, uključivanje članova obitelji u proces liječenja, savjetovanje. Od lijekova upotrebljavaju se u početku, s obzirom na kliničku sliku, anksiolitici iz reda benzodiazepina, pa i antipsihotici, ako postoji jaka tjeskoba, psihomotorna uznemirenost ili rizik od agitacije, te antidepresivi⁶⁻⁹.

KRIZNA STANJA

Vrlo česti oblici psihijatrijskih hitnosti su krizna stanja bolesnika koja se javljaju iznenadno nakon nekog događaja koji remeti psihološku ravnotežu ličnosti. Posebni događaj u pojedinca naziva se stresor, koji može izazvati stres, odnosno krizno stanje. Stresori su uzročnici stresa, a psihički i somatski odgovor, odnosno stanje koje je stresor izazvao jest stres. Krizno stanje je odgovor osobe na iznenadni nepovoljni životni događaj. Nema takvog događaja na koji bi sve osobe jednako reagirale. Smatra se da oko 50 % osoba ima dovoljno vlastitih kapaciteta da brzo uspostave psihičku ravnotežu, pa i nakon najtragičnijeg događaja. Oko 10 % pojedinaca trebat će stručnu pomoć, dok će za druge pomoć biti dostatna na razini podrške iz okruženja, obično obiteljskog. Vulnerabilna skupina kod koje postoji veći rizik za pojavu kriznog stanja su bolesnici koji već boluju od nekog anksioznog poremećaja, *borderline* strukture osobnosti i drugi poremećaj ličnosti. Uzroci kriznih stanja mogu se podijeliti na one koji istodobno zahvaćaju velik broj pojedinaca, poput potresa, požara, poplava, vulkanskih erupcija, rata, te na one koji zahvaćaju samo jedinu osobu i njezino najuže društveno okruženje, izazivajući gubitak psihosocijalnog integriteta. Izrazito stresni životni događaji su smrt djeteta, dugotrajno odvajanje djeteta od roditelja, iskustvo odbacivanja/neprihvatanja, bolest ili smrt roditelja ili bračnog partnera, razvod, teška bolest ili ozljeda tijekom života, promjena mjesta stanovanja ili škole, gubitak posla, iskustvo rata, izbjeglištvo i prognostvo.

Kliničkom slikom u početku dominiraju stanje šoka ili "ošamućenosti", sužena pažnja i polje svijesti, djelomični prekid veze s okolinom, dezorijentacija, rastresenost, nevjerica, tjeskoba, očaj, ljutnja, depresija. U pojedinim bolesnika javlja se jaka psihomotorna uznemirenost praćena besmislenim aktivnostima, lutanjima, bijegom, ili se pak javlja povlačenje iz okoline sve do disocijativnog stanja stupora. Izrazita anksioznost praćena je neurovegetativnim simptomima poput tahikardije, znojenja, drhtanja, crvenila ili bljedila lica, učestalog mokrenja. Krizno stanje, pa tako i intenzivna psihijatrijska skrb, vremenski traje kratko, od 1 – 2 sata do 48 sati, ili najdulje do 72 sata. Intervencija u kriznom stanju mora uslijediti što prije, po mogućnosti odmah nakon stresogenog događaja. U početku se preporučuju anksiolitici iz reda benzodiazepina (alprazolam, lorazepam, diazepam) za kupiranje tjeskobe i sedaciju, eventualno antidepresivi, te potom psihoterapija (ventilacija, *debriefing*, kratka psihodinamski orijentirana psihoterapija, persuazija, metoda sugestivnog djelovanja i druge)¹⁰.

ZAKLJUČAK

Predmet i sadržaj rada intenzivne psihijatrijske skrbi su dijagnostika, liječenje i opservacija hitnih stanja, odnosno bolesnika u psihijatriji, te uključuje kontinuiranu multidisciplinarnu suradnju s liječnicima drugih specijalnosti. Predmetom hitne psihijatrijske skrbi najčešće su bolesnici koji su suicidalni, auto i hetero agresivni, u kriznim stanjima, akutno opitim stanjima, delirantnim stanjima i stanjima uzrokovanim nuspojavama psihofarmakološke terapije. Najčešći psihijatrijski poremećaji koji se liječe u takvim jedinicama u okviru pogoršanja i akutizacije su shizofrenija, poremećaji raspoloženja (manija i depresija), poremećaji osobnosti i ponašanja. Vrijeme provedeno u jedinici za intenzivnu psihijatrijsku skrb najčešće je 2 do 6 dana. Česte i nužne mjere koje se

provode u intenzivnom psihijatrijskom liječenju su tjelesno sputavanje, imobilizacija, parenteralna psihofarmakoterapija i psihoterapija, uz opće medicinske mjere. Iako je percepcija javnog mnijenja da su ponekad takve mjere prestroge ili da se njima uskraćuju osnovna ljudska prava, one su nužne i medicinski opravdane, kao što su i zakonom predviđene.

LITERATURA

1. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. 1998. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. 1999. Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. 2002. Narodne novine 79.
2. Bowers L, Jeffrey D, Bilgin H, Jarrett M, Simpson A, Jones J. Psychiatric intensive care units: a literature review. *Int J Soc psychiatry* 2008;54:56–68.
3. Dolan A, Lawson A. Characteristics and outcomes of patients admitted to a psychiatric intensive care unit in a medium secure unit. *The Psychiatrist* 2001;25:296–9.
4. Mavrogiorgou P, Brune M, Juckel G. The management of psychiatric emergencies. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108:222–30.
5. Lepping P. The use of emergency psychiatric medication: a survey from 21 countries. *J Clin Psychopharmacol* 2013;33:240–2.
6. Links PS, Hoffman B. Preventing Suicidal Behavior on a General Hospital Psychiatric Service: Priorities for Programming. *Can J Psychiatry* 2005;50:490–6.
7. Naumann U, Mavrogiorgou P, Pajonk FG, Juckel G. The emergency treatment of the psychotic patient. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 2012;47:382–90.
8. Bienvenu OJ, Neufeld KJ, Needham DM. Treatment of four psychiatric emergencies in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2012;40:2662–70.
9. Chang B, Gitlin D, Patel R. The depressed patient and suicidal patient in the emergency department: evidence-based management and treatment strategies. *Emerg Med Pract* 2011;13:1–23.
10. Muičević V i sur. Psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada, 1995;291–7.
11. Passamar M, Tellier O, Vilamot B. Psychomotor agitation, pharmaceutical sedation and psychiatric emergency in psychotic patients. *Encephale* 2011;37:448–56.
12. Kaplan Sadock Psychiatry. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Eighth edition. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins, 2005;2442–71.