

Поведение при пациенти с психомоторна възбуда, силна тревожност, агресия, суицидни идеи/поведение

Доц. Д-р Калоян Стойчев, д.м.

Катедра „Психиатрия и медицинска психология“, МУ-Плевен

Пациенти с психомоторна възбуда и/или агресия

- Въпреки че преобладаващия брой психиатрични пациенти не са опасно агресивни, 5-10% от тях могат да покажат тежка агресия, особено в острите стадии на болестта.
- Най-честите причини за психомоторна възбуда са:
 - Органични психични разстройства: Organic psychiatric disorders
 - Делир
 - Деменция
 - Wernicke-Korsakoff синдром
 - Неорганични психични разстройства:
 - Шизофрения и други психотични разстройства
 - Шизофреноформно разстройство
 - Кататонна шизофрения
 - Параноидна шизофрения
 - Остри и преходни психотични разстройства

Пациенти с психомоторна възбуда и/или агресия

- Мания: въпреки че психомоторната възбуда е честа при тези пациенти, обикновено изблици на агресия се проявяват само при възпрепятстване на изпълнението на планирани дейности, или при наличие на раздразнителност/дисфория (т. нар. дисфорична мания или смесени епиподи).
- Депресия: ажитианата депресия може да се прояви с психомоторна възбуда
- Разстройства дължащи се на употреба на алкохол и други психоактивни вещества:
 - Интоксикация
 - Абстиненция
 - Коморбидни психиатрични разстойства (напр. алкохолна зависимост и биполарно разстройство у един и същ пациент)

Пациенти с психомоторна възбуда и/или агресия

- Епилепсия
 - Комплексни парциални припадъци
 - Постприпадъчна обърканост
- Остри стресови реакции, вкл. реактивни психотични състояния
- Тревожни разстройства
 - Паническо разстройство с или без агорафобия
- Импулсивно агресивно поведение
 - Гранично личностово разстройство
 - Антисоциално личностово разстройство

Пациенти с психомоторна възбуда и/или агресия

- Мерките, които могат да се предприемат при психомоторна възбуда са:
 - *Вербално успокояване*: в спешните случаи то рядко помага, но задължително трябва да се опита като първа мярка.
 - *Седация*: Diazepam 5-10 mg бавно вензно (или лоразепам 1-2 mg бавно вензно). При наличие на психотични симптоми се прилагат 5-10 mg халоперидол i.m. С или без диазепам 5-10 mg или хлоразин 50-100 mg. Ако възбудата не е толкова тежка, пероралните антипсихотици са за предпочитане, особено при пациенти, които никога преди това не са получавали невролептична терапия.

Пациенти с психомоторна възбуда и/или агресия

- *Физическо ограничаване*: то винаги следва да е последно средство на избор, но когато се налага, използването му не трябва да се бави. Винаги трябва да се прилага по възможно най-хуманния начин, по възможност след информиране на съответните компетентни лица (близки, родители, настойници и др.). Когато е възможно е добре да се вземе предвид и второ мнение от друг психиатричен специалист, преди да се прибегне до физическо ограничаване.
- *Физическото ограничаване* обикновено се последва от принудителна хоспитализация и парентерална медикация. Рядко се налага продължаването му за повече от няколко часа и снемането му трябва да стане при първа възможност.

Грижа за пациенти с фиксация

- Физическото ограничение (фиксация) е медицинска процедура, която цели да ограничи физическите движения на пациент с тежка психомоторна възбуда или агресия с оглед сигурността на персонала и самия пациент.
- Фиксацията дава възможност за изпълняване на лечебни и диагностични манипулации без опасност от непредвидени действия от страна на пациента.
- Фиксацията не трябва да се използва като замяна на наблюдението и грижите.

Грижа за пациенти с фиксация

- След като целта на процедурата е отразена в И.З. от лекар, се преминава към изпълнението и.
- Фиксацията се осъществява от екип (лекар, мед. сестра/фелдшер и помощен персонал), които имат съответната теоретична и практическа подготовка.
- В условията на остро отделение най-често се използва фиксация на четирите крайника със специални за целта маншони. При необходимост и по преценка на лекаря през гърдите на пациента се поставя колан за фиксация.
- Бременните се поставят на лявата половина на тялото като под дясното бедро се поставя възглавница, за да се предотврати смущение в кръвообръщението в коремната аорта.

Грижа за пациенти с фиксация

- На фиксирания пациент трябва разбираемо да се обясни, че това се прави в негов интерес, за неговата и на околните безопасност, че за него ще се грижат и наблюдават и когато може да управлява действията си сам, ще бъде разфиксиран.
- Положението на тялото на фиксирания пациент трябва периодично да се променя чрез обръщане от медицинската сестра/акушерка и помощен персонал.
- Медицинската сестра/акушерка подпомага фиксирания пациент при хранене и прием на лекарства и течности.

Пациенти с тревожност

- Мед. сестра/акушерка се среща с тревожни пациенти и семействата им в широк спектър от ситуации, като например преди хирургична намеса, в спешните отделения и отделенията по интензивна медицина, амбулаторните и стационарни структури на различните медицински специалности и т.н.
- Първото и най-важно нещо е да се оцени нивото на тревожност (*леко, умерено, силно* или *паника*), защото то определя какви интервенции биха били ефективни:
 - Лека тревожност - тя е даже предимство за пациента и не изисква интервенции. Хората с лека тревожност могат да се обучават и да решават проблеми и дори сами търсят информация. Затова приучаването им към определен лечебен режим/поведение става много лесно.
 - Умерена тревожност - сестрата/акушерката трябва да се убедят, че клиентът изпълнява това, което му казва. Вниманието на пациента/клинета може да блуждае и той/тя може да изпитва трудности да се концентрира. Говоренето с къси, прости и ясни за разбиране изречения е ефективно. Сестрата/акушерката трябва да прави регулярни паузи, за да се увери, че пациентът възприема информацията коректно. Ако пациентът се отклони от темата, сестрата/акушерката трябва да го връща към нея.

Пациенти с тревожност

- Силна тревожност - клиентът не е в състояние да фокусира вниманието си и да възприема нова информация. Целта на сестрата/акушерката трябва да бъде да сведе нивото на тревожност до умерено или леко, за да може да се продължи с каквито и да било други интервенции. От ключово значение е сестрата/акушерката да стои с пациента/клиента, тъй като тревожността му е вероятно да се засили, ако той/тя бъде оставен сам. Говоренето с нисък, спокоен и утешаващ глас може да помогне. Ако пациентът не може да стои спокойно на едно място, разхождането с него, съпровождащо разговора може да е полезно. Това, което сестрата/акушерката казва е от по-малко значение от това как го казва. Подсещането и помагането на пациента да си поема диша дълбоко и равномерно също може да помогне за намаляване на тревожността.
- Паническа тревожност - безопасността/сигурността на пациента е основна задача. Той/тя не може да възприема потенциалните рискове и може да е загубил способността си за рационално мислене. Сестрата/акушерката трябва непрекъснато да говори на пациента по успокояващ начин, дори и ако той не може да асимилира това, което му се казва. Отвеждането на пациента в по-малко, тихо и нестимулиращо пространство може да помогне за снижаване на тревожността. Добре е сестрата/акушерката периодично да уверява пациента, че това е просто тревожност, че тя ще отmine и че той/тя (пациента) се намира на сигурно място. Сестрата/акушерката трябва да остане с клиента докато паниката отmine. Паническата тревожност не може да продължи безкрайно и се ограничава най-често в рамките на 5-30 минути.

Пациенти с тревожност

- При работа с тревожен пациент сестрата/акушерката трябва да е наясно с нейното собствено ниво на тревожност, тъй като е доста лесно то да започне да се увеличава. Запазването на спокойствие е от ключово значение, ако тя иска да продължи да работи ефективно с пациента.
- Краткосрочната тревожност може да се овладее с анксиолитици. Повечето от тези медикаменти са бензодиазепини, които имат висок потенциал за изграждане на злоупотреба или зависимост и затова употребата им не трябва да продължава повече от 4-6 седмици. Тези лекарства са предназначени да облекчават тревожността, така че пациентът да може по-ефективно да се справи с кризисната/причиняващата стрес ситуация. За съжаление много хора виждат в тях „лек“ за тревожността и продължават употребата им вместо да усвоят по-ефективни умения за справяне или да направят необходимите промени в живота си.

Пациенти със суицидни идеи/поведение

- Самоубийството дефинирано като *умишлено себепричинена смърт* е причина за над 800 000 смъртни случая годишно (804 000 през 2012 г.). Това съответства на глобална възрастово стандартизирана честота на самоубийства от 11.4 на 100 000 души население за същата година (15.0 за мъжете и 8.0 за жените), малко по-висока в развитите в сравнение с развиващите се и слабо развитите държави. На всеки суицид съответстват около 15-20 неуспешни суицидни опита.
- В България за периода 2008-2013 г. броят на самоубийства се движи в диапазона 10-12/100 000 души население (между 700 и 800 души годишно) , като честотата им е трикратно по-висока при мъжете в сравнение с жените – съотношението за 2012 г. е 16.6/100 000 срещу 5.3/100 000. Селските жители извършват повече самоубийства от градските.
- По-високата честота на самоубийства при мъжете се дължи поне отчасти на избирания метод - обесването, скачането от високо и използването на огнестрелно оръжие са най-честите суицидни методи при мъжете, докато отравянето с медикаменти преобладава при жените.
- Във възрастово отношение самоубийствата се най-многобройни сред хората над 70 г. и за двата пола в почти всички региони на света.

Пациенти със суицидни идеи/поведение

- 90% от извършилите самоубийство имат психично разстройство, независимо дали то е било диагностицирано или не. Най-висок суициден риск има при пациентите с депресия, биполарно разстройство, шизофрения, злоупотреба/зависимост към психоактивни вещества, посттравматично стресово разстройство и гранично личностово разстройство.
- С висок суициден риск са и пациентите с хронични соматични заболявания, като онкологични, СПИН, диабет, сърдечно-съдови заболявания, травми на главата и гръбначния стълб и др.
- Фактори на средата, които увеличават суицидния риск са изолацията, наскоро преживяна загуба, липса на социална подкрепа, безработица, случили се критични житейски събития и наличие на фамилен анамнез за депресия и суицид.

Пациенти със суицидни идеи/поведение

- Суицидните идеи се дефинират като *мислене за самопричиняване на смърт*. Те могат да бъдат:
 - Пасивни: когато пациентът мисли за това, че иска да умре, има желание да е мъртъв, но няма конкретни планове за причиняване на собствената си смърт.
 - Активни: когато се съчетават с търсене на начини за извършване на самоубийство. Хората с активни суицидни идеи се смятат за по-заstraшени от самоубийство.
- Опитът за самоубийство се дефинира като неуспешен или незавършен суициден акт. Причината за незавършен суициден опит може да бъде:
 - Някой разпознава суицидния опит като зов за помощ и взема необходимите мерки
 - Пациентът е открит и спасен на време

Пациенти със суицидни идеи/поведение

- Самоубийството винаги е свързано с вътрешна амбивалентност (противоречие, раздвоеност). Много фатални инцидента биха могли да са всъщност импулсивни самоубийства (когато след дълго и мъчително вътрешно противоречие и борба, пациентът взема внезапно решение за самоубийство).
- Има много митове и неправилни схващания за самоубийствата, с които медицинските сестри/акушерки трябва да са наясно, както и с предупредителните сигнали за суициден риск.

Пациенти със суицидни идеи/поведение

Митове

- Хората, които говорят за самоубийство никога не го извършват
- Няма начин да се помогне на някой, който иска да се самоубие

Факти

- Суицидните пациенти често изпращат дискретни или ясни сигнали, разкриващи техните мисли за безнадеждност и самоунищожение.
- Суицидните пациенти имат смесени чувства (амбивалентност) по отношение на желанието си да умрат. Амбивалентността често индуцира „зов за помощ“, проявяващ се с дискретни или ясни намеци/сигнали. Интервенцията може да помогне на пациента да получи подкрепа и помощ в конкретната ситуация, да избере да живее, да научи нови методи за справяне и в крайна сметка да подобри живота си.

Пациенти със суицидни идеи/поведение

Митове

- Суицидните пациенти искат да наранят само себе си
- Не споменавайте думата „самоубийство“ пред човек, който подозирате в суицидни идеи, защото това може да го подтикне към действия

Факти

- Въпреки че насилието спрямо себе си при суицидните индивиди показва гняв насочен навътре, същия може да се насочи и навън, към другите, под формата на планирано или импулсивно действие. Така например психотичните пациенти могат да действат в отговор на „вътрешни гласове“, които ги командват да убият другите преди да посегнат на себе си. Пациент с депресия, който е решил да се застреля с пистолет, може импулсивно да застреля, този, който се опитва да му отнеме пистолета и да предотврати самоубийството. Съществува и т. нар. „разширено меланхолно самоубийство“ при пациентите с депресия, при което те убиват заедно със себе си и своите близки, за да ги „спасят от страдание“. Самоубийствата могат да причинят и психическа вреда на другите (чувство на вина), като някои суициди са специлно планирани от жертвите с тази цел.
- Суицидните пациенти вече са обмислили идеята за самоубийство и може дори да са започнали да правят конкретни планове. Питането за суицидни идеи или планове не провокира такива у индивиди, които ги нямат.

Пациенти със суицидни идеи/поведение

Митове

- Пренебрегването на вербалните заплахи за самоубийство или предизвиквайки пациента да осъществи своите суицидни планове ще намали подобно поведение.
- Веднъж суициден риск, винаги суициден риск

Факти

- Заплахите не трябва да се пренебрегват, нито пък пациентите трябва да се предизвикват да ги изпълнят. Всички планове, заплахи и жестове трябва да се вземат насериозно и да се предоставя незабавно помощ насочена към проблема, заради който пациентът е суициден.
- Вярно е, че повечето пациенти, които са извършили самоубийство имат поне един предходен суициден опит. Въпреки това мнозинството от индивидите със суицидни идеи могат да постигнат положително разрешаване на суицидната криза. С правилна подкрепа намирането на нови начини за решаване на проблемите помага на пациентите да постигнат емоционална сигурност и да не смятат самоубийството за единственото им решение.

Пациенти със суицидни идеи/поведение: оценка

- Анамнезата за предходни суицидни опити повишава риска от суицид. Първите две години след неуспешен суициден опит са най-рисковия период и особено първите три месеца. Индивидите с роднина, който е извършил самоубийство също са с повишен риск и той нараства успоредно със степента на родство.
- Много хора с депресия и суицидни идеи нямат необходимата енергия, за да изпълнят суицидните си планове. Смята се, че естествено обусловения прилив на енергия, който придружава увеличението на слънчевата светлина през пролетта обяснява концентрацията на болшинството от самоубийствата именно в този сезон (и най-вече месец април). Повечето самоубийства се извършват в понеделник сутрин, когато мнозинството от хората се връщат към работа (отново обяснението и повишената енергия във връзка с това).

Пациенти със суицидни идеи/поведение: оценка

- Предупреждения за суицидни намерения: както бе посочено по-горе, повечето хора със суицидни идеи изпращат послания за намеренията си. Присъщата на суицидните пациенти амбивалентност (вътрешно противоречие между желанията да умрат и да потърсят помощ) често може да се изрази в недиректност/дискретност на тези послания, които никога не трябва да се пренебрегват от мед. сестри/акушерки. Примери за такива са:
 - „Просто искам да заспя и да не мисля повече.“
 - „Искам с това да се свърши веднъж завинаги.“
 - „Това просто ще бъде краят на историята.“
 - „Ти си ми добра приятелка. Нали ще ме помниш?“
 - Ако някой някога му се наложи да узнае това, завещанието ми и другите ми документи са в горното чекмедже на шкафчето ми.“
 - „Повече не мога да понасям тази болка.“
 - „Скоро всички ще се почувстват зле.“
 - „Би било по-добре за всички, ако мен ме няма.“

Пациенти със суицидни идеи/поведение: оценка

- Рискови поведения: някои пациенти действат импулсивно, възползвайки се от ситуация, която им позволява да изпълнят желанието си да умрат. Примери за това се шофирането с висока скорост при обилен заслепяващ дъжд или под въздействието на психоактивни вещества.
- Оценка на леталността: когато даден индивид признае за желанието си да умре, следващата стъпка е да се определи потенциалната леталност (опасност от смърт). Оценката за това се прави чрез задаване на следните въпроси:
 - Пациентът има ли план? Планът специфичен ли е?
 - Налице ли са необходимите средства за осъществяване на суицидния план на пациента? (така например, ако пациентът планира да се застреля, има ли той достъп до огнестрелно оръжие и муниции?).
 - Ако пациентът изпълни суицидния си план, каква е вероятността той да доведе до смърт? (така например план за вземане на 10 аспирини не е летален, докато вземането на двуседмична доза трициклични антидепресанти е).
 - Извършил ли е пациентът приготовления във връзка с предстоящата си смърт, като изготвяне на завещание, писане на предсмъртно писмо или последни разговори с приятелите си?
 - Къде и кога пациентът възнамерява да изпълни плана си?
 - Планираното време на извършване явява ли се специална дата или годишнина, която е със специално значение за пациента?

Пациенти със суицидни идеи/поведение

- Идентифициране на възможните резултати: суицидната превенция обикновено включва лечение на подлежащото разстройство, като например афективно разстройство или психоза, с психоактивни медикаменти. Основните цели са първо да се осигури безопасността за пациента/клиента и след това да му се помогне за развиване на нови умения за справяне, които не включват самонараняване. Другите резултати могат да се отнасят до активностите на ежедневиия живот, хигиената на съня и храненето, както и специфични проблеми на кризата като стабилизация на психиатричното заболяване/симптоми.
- Пример за възможните резултати при суициден пациент са:
 - Пациентът е обезопасен по отношение на възможността да нарани себе си или другите
 - Пациентът се ангажира в терапевтична връзка
 - Пациентът се включва в договор за неизвършване на самоубийство
 - Пациентът си създава лист от позитивни стимули
 - Пациентът си генерира, тества и оценява реалистични планове за адресиране на подлежащите си проблеми

Пациенти със суицидни идеи/поведение: интервенция

- Използване на авторитарна роля: интервенцията при суицид и суицидна идеация е основен приоритет на сестринската/акушерска грижа. Сестрата приема авторитарна роля, за да помогне на клиента да остане в безопасност. В кризисната ситуация, в която се намират, пациентите виждат малко или никакви други алтернативи за решаване на проблемите си. Сестрата/акушерката показва на пациентите/клиентите, че тяхната безопасност е главната цел, която има приоритет пред други нужди или желания. Така например пациентът може да иска да бъде оставен насаме в стаята си, за да може да „обмисля“ ситуацията. Това обаче не е позволено, докато суицидният риск е повишен.
- Осигуряване на безопасна среда: При суицидните клиенти/пациенти персонала трябва да отстранява всякакви предмети, които биха могли да се използват за самоубийство, в това число:
 - Връзки на обувки
 - Остри и режещи предмети (вилници, ножове и др.)
 - Колани
 - Запалки
 - Клечки
 - Запалки
 - Моливи и химикалки
 - Облекла с пристягащи се връзки
- За суицидните пациенти с малък риск персонала трябва да извършва мониторинг на всеки 10 минути. При пациентите с висок суициден риск се осигурява директно непрекъснато наблюдение и те трябва да са на не повече от няколко метра от персонала при всичките си дейности, включително посещения в банята. Тъй като подобно наблюдение може да е смущаващо и дискомфортно за пациентите, целта му трябва да им се обяснява толкова често колкото се налага.

Пациенти със суицидни идеи/поведение: интервенция

- В някои страни се използват т. нар. „Договори за не-суицид“, в които пациентите изразяват съгласието си да поддържат собствената си безопасност и да уведомяват персонала (или обгрижващите ги лица, ако са у дома) при всеки възникнал импулс за себенараняване. Тези договори обаче не дават гаранция за сигурността на пациентите и затова употребата им често е критикувана.
- Никога и по никакъв начина сестрата/акушерката не трябва да приема, че пациента е безопасен за самия себе си само въз основа на подобен договор. За тази цел е необходима пълна оценка и задълбочена дискусия със самия пациент.

Пациенти със суицидни идеи/поведение: интервенция

- Създаване на списък с възможните източници на подкрепа: суицидните пациенти често нямат надеждни източници на социална подкрепа като например роднини, приятели, религиозни, професионални или други групи за подкрепа. Този липса може да е резултат от социалното оттегляне дължащо се на психичното или соматично заболяване или пък от преместване на пациента в друг град поради училищни, професионални или семейни причини.
- Медицинската сестра/акушерка трябва да оцени подкрепящите системи и типа помощ, който може да получи всеки един клиент – психиатрични здравни заведения и спешни центрове, горещи телефонни линии, студентски служби за помощ, групи за самопомощ от типа на „Анонимни алкохолици“ и т.н.
- Тя изготвя списък съдържащ имена и институции и го предоставя на клиента. Много суицидни пациенти биха могли да се лекуват успешно с помощта на институции за социална подкрепа, без да се налага да бъдат хоспитализирани.

Пациенти със суицидни идеи/поведение: интервенция

- При работа с клиенти със суицидни идеи или опити сестрата/акушерката трябва да проявява безусловно положително отношение, не по отношение на суицидните действия, а спрямо пациента и неговото разстроено емоционално състояние. Поведението на сестрата/акушерката трябва да носи послание, че на пациента може да му бъде оказана помощ и че той може да се развие и промени.
- Опитът да накараме пациентите да се чувстват виновни за това, че са мислели за или са опитали самоубийство не е от полза – пациентите и без това се възприемат като некомпетентни (малоценни), безполезни и са обзети от чувство за безнадеждност. Затова мед. сестра/акушерка не трябва да обвинява клиентите/пациентите или да показва осъдително отношение, докато ги разпитва за детайли относно планирано самоубийство. Вместо това трябва да използва неназидателен тон на гласа и да наблюдава лицевата си експресия и езика на тялото за възможна проява на отношение на неприязън или обвинение.

Пациенти със суицидни идеи/поведение: интервенция

- Мед. сестраа/акушерка е убедена, че един човек може да промени живота на друг. Това убеждение трябва да се излъчва към суицидните пациенти/клиенти при работа с тях.
- Въпреки това мед. сестра/акушерка трябва да си дава сметка, че независимо от това колко компетентни и грижовни са интервенциите, винаги ще има макар и малък брой пациенти, които в крайна сметка ще извършат самоубийство. Ссамоубийството на пациент може да има опустошителен ефект върху членовете на персонала, особено ако е имало тесен и продължителен контакт между него, пациента и семейството му. Дори и след премината психотерапия, някои от членовете на персонала, преживели суицид на близък пациент, впоследствие напускат работното си място или дори сменят професията си.