

Joanna Rymaszewska

Pracownia Naukowa Psychiatrii Konsultacyjnej i Medycyny Behawioralnej,
Katedra i Klinika Psychiatrii, Akademia Medyczna we Wrocławiu

Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym

Streszczenie

Pobudzenie jest stanem psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności pacjenta. Jego przyczynami mogą być: zaburzenia psychiczne, zły stan somatyczny, używanie substancji psychoaktywnych lub ich odstawienie. Pobudzenie pacjenta jest stanem nagłym, który zwykle kończy się agresją (słowną, fizyczną) w stosunku do otoczenia lub autoagresją. Personel medyczny powinien być zaznajomiony z zasadami postępowania diagnostycznego i terapeutycznego w takich przypadkach.

Psychiatria w Praktyce Klinicznej 2008; 1, 2: 74–81

Słowa kluczowe: pobudzenie, agresja, postępowanie

Pojęcia

Z pacjentem pobudzonym można mieć do czynienia w każdej jednostce opieki zdrowotnej, dlatego znajomość zasad postępowania w takim przypadku jest niezwykle pomocna. Obejmują one wiedzę medyczną (przyczyny, diagnostyka i leczenie), prawną (odpowiednie przepisy regulujące postępowanie w stanach zagrożenia) oraz organizację pracy personelu medycznego i znajomość elementów technik psychologicznych redukujących napięcie i agresję.

Pobudzenie jest fizjologiczną i psychiczną reakcją organizmu, która wiąże się z zwiększonym napędem psychoruchowym, napięciem emocjonalnym i ograniczeniem lub brakiem kontroli impulsów. Pobudzenie wymaga opanowania, gdyż zwykle prowadzi do zachowań agresywnych i aktów przemocy.

Agresję można zdefiniować jako formę zachowania ukierunkowaną niezadowolone lub gniew na siebie (autoagresja), inne osoby (agresja słowna lub fizyczna) lub przedmioty z otoczenia. Nie należy utożsamiać agresji z agresywnością będącą cechą osobowości, a przejawiającą się stałą gotowością do

reagowania agresją w odpowiedzi na wywołujące ją bodźce. Wrogość z kolei oznacza negatywną, uogólnioną postawę wobec innych ludzi ze skłonnością do negatywnych ocen, uogólnionego gniewu i podejrzliwości w stosunku do społeczeństwa [1, 2].

Z psychiatrycznego punktu widzenia nagłe zachowania agresywne określa się także jako zaburzenia kontroli impulsów czy zaburzenia dysforyczne. Nie funkcjonują one jako odrębne jednostki diagnostyczne w klasyfikacji *International Classification of Disorders, tenth revision* (ICD-10), gdyż mogą występować w przebiegu różnych zaburzeń psychicznych oraz schorzeń somatycznych.

Stany dysforyczne są formą uzewnętrznienia przeżywanego nieadekwatnie do sytuacji negatywnych emocji, takich jak gniew, złość czy wściekłość, a formą ich ekspresji jest agresja słowna i/lub fizyczna. Stanom dysforycznym towarzyszy najczęściej ograniczenie krytycyzmu i zdolności do samokontroli [3].

Zaburzenia kontroli impulsów są definiowane przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w klasyfikacji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision* (DSM-IV-TR) jako niemożność powstrzymania impulsu, popędu lub żądzy popełnienia czynu szkodliwego dla innych lub siebie samego [4]. Występują w przebiegu różnych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zaburzeń osobowości (z pogranicza, dysocjalnej) związanych

Adres do korespondencji:
dr hab. med. Joanna Rymaszewska
Pracownia Psychiatrii Konsultacyjnej
i Medycyny Behawioralnej
Katedra i Klinika Psychiatrii, Akademia Medyczna
ul. Pasteura 10, 50–367 Wrocław
tel.: (071) 784 16 00, faks: (071) 784 16 02
e-mail: ankarym@psych.am.wroc.pl

Tabela 1. Somatyczne przyczyny pobudzenia psychoruchowego

Przyczyny pobudzenia	Najczęstsze rodzaje przyczyn pobudzenia
Upośledzenie umysłowe Otępienie	Typu Alzheimera, naczyniowe, mieszane, w przebiegu choroby Parkinsona, choroby Huntingtona
Organiczne zaburzenia osobowości Urazy, guzy mózgu, zapalenie mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych	Guz mózgu, stwardnienie rozsiane, toczeń trzewny, udar mózgu, uraz głowy
Zaburzenia świadomości Zaburzenia endokrynologiczne Zaburzenia metaboliczne	Majaczenie na różnym podłożu Szczególnie zaburzenia funkcji tarczycy Hipoglikemia, hipoksja, kwasica, niedobory witamin (np. wit. B12), porfiria (zaburzenia metabolizmu porfiryn, najczęstszy objaw — ostry brzuch)
Leki Zatrucie lub przewlekłe stosowanie	Sympatykomimetyki, cholinolityki, digoksyna Alkohol, amfetamina, kokaina i inne środki psychoaktywne
Zespół odstawienny (abstynencyjny)	Poalkoholowy, po nagłym odstawieniu leków psychotropowych, zwłaszcza benzodiazepin

z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzeń odżywiania, nastroju czy w schizofrenii. Klasycznym przykładem zaburzeń kontroli impulsów są zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne.

Przyczyny

Pobudzenie psychoruchowe może się wiązać z pogorszeniem stanu psychicznego lub fizycznego w przebiegu zaburzeń psychicznych, chorób somatycznych lub z powodu zażycia środków psychoaktywnych bądź ich odstawienia. Do przyczyn psychiatrycznych pobudzenia należą:

- zaburzenia psychotyczne (w tym ostre, przemijające zaburzenia psychotyczne, schizofrenia, zaburzenia schizoafektywne, zaburzenia urojeniowe);
- zaburzenia afektywne, czyli nastroju (szczególnie przebiegające z nasilonym lękiem);
- zaburzenia lękowe;
- dekompensacje w przebiegu zaburzeń zachowania u nieletnich;
- zaburzenia osobowości u dorosłych.

Pobudzenie może być wywołane silną reakcją na stres, jakim są różne poważne wydarzenia życiowe (reakcja adaptacyjna lub zespół stresu pourazowego). Zmiany organiczne zachodzące w ośrodkowym układzie nerwowym mogą wywołać zaburzenia zachowania i emocji u chorego, skutkujące silnym pobudzeniem i zachowaniami agresywnymi. Przyczyny

związane ze zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym wymieniono w tabeli 1 wraz z innymi somatycznymi przyczynami pobudzenia.

Diagnostyka

Znajomość objawów towarzyszących pobudzeniu u pacjenta umożliwia postawienie trafnej diagnozy i zastosowanie skutecznego postępowania.

Diagnostyka pobudzenia u chorego jest kilkustopniowa, a od jej wyników zależy dalsze postępowanie. Powinno się zastosować leczenie odpowiednie do stwierdzonego zespołu objawów (tab. 2).

Silne pobudzenie może wynikać z zaburzeń świadomości u chorego niedotlenionego z zaburzeniami oddychania lub poważnymi zakłóceniami pracy mięśnia sercowego. Zaburzenia zachowania z agresją mogą być spowodowane zaburzeniami metabolicznymi w przebiegu niewydolności wątroby, nerek, udaru mózgu i innych schorzeń [5].

Rozpoznanie przyczyny ma podstawowe znaczenie dla dalszego postępowania z chorym. Po wykluczeniu niewydolności oddechowo-kръżeniowej i zaburzeń świadomości powinno się zwrócić uwagę na obecność objawów wytwórczych, treści urojeniowych w wypowiedziach chorego, zachowań świadczących o doznaniach omamowych (halucynacji słuchowych, wzrokowych, dotykowych) bądź zachowania wskazującego na zaburzenia funkcji poznawczych (pamię-

Tabela 2. Etapy postępowania diagnostycznego w przypadku pacjenta pobudzonego

Postępowanie diagnostyczne	Objawy
I. Wykluczenie poważnych zaburzeń funkcjonowania układu sercowo-naczyniowego i oddechowego	Zabezpieczenie podstawowych funkcji życiowych
II. Wykluczenie ostrego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (uraz głowy, udar mózgu, neuroinfekcja), padaczka skroniowa	Obwodowe i ośrodkowe objawy neurologiczne, ból głowy, zawroty głowy, nudności, gorączka
III. Wykluczenie jakościowych zaburzeń świadomości (majaczenie, splątanie)	Dezorientacja allopsychiczna (co do czasu, miejsca, sytuacji) Dezorientacja autopsychiczna (co do własnej osoby) Pobudzenie psychoruchowe Niepokój
IV. Wykluczenie ostrego zatrucia, zespołu abstynencyjnego	Objawy psychotyczne (urojenia, omamy)
V. Ocena objawów wskazujących na psychozę	Charakterystyczne objawy towarzyszące Urojenia, omamy, dezorganizacja myślenia, lęk, spłycenie afektu
VI. Ocena objawów wskazujących na otępienie	Odhamowanie, zaburzenia pamięci i uwagi, lęk, drażliwość, dysforia, chwiejność afektu
VII. Ocena objawów wskazujących na zaburzenia osobowości	Impulsywność, brak kontroli afektu, zachowania dysocjalne

ci, uwagi), co wskazywałoby na podłoże otępienne obserwowanych zmian w zachowaniu.

Zachowanie bezkrytyczne, odhamowanie, zmienność (huśtawki) nastroju, niepokój, lęk mogą wskazywać na zaburzenia związane z substancjami psychoaktywnymi. Na używanie pochodnych morfiny mogą wskazywać dodatkowo: zwężone źrenice, szkliste spojrzenie, bladeść skóry, na ich odstawienie natomiast: rozszerzenie źrenic, gęsia skórka, potliwość, łzawienie, wysięk z nosa, kichanie, ziewanie, nudności. Po zażyciu amfetaminy poza pobudzeniem pojawiają się rozszerzone źrenice, bezsenność, szybki oddech, a kokainy — dodatkowo krostki na zaczerwionym nosie. W każdym przypadku mogą dodatkowo wystąpić objawy psychotyczne.

Nagle odstawienie benzodiazepin grozi wystąpieniem niepokoju, pobudzenia, lęku, potów, łzawienia, nudności, wymiotów, drżenia i kurczów mięśni, a także napadów padaczkowych.

Narzędzia diagnostyczne

Skala Jawnej Agresji (OAS, *Overt Aggression Scale*) [6] umożliwia ocenę nasilenia agresji w czterech jej rodzajach:

- słownej;
- fizycznej skierowanej przeciwko przedmiotom;

- fizycznej skierowanej przeciwko sobie;
- fizycznej skierowanej przeciwko innym.

Każdy akt jest rejestrowany na jednym z czterech poziomów nasilenia (punktowane różnorodnie w skali 1–6 punktów). Stwierdzając agresję słowną, należy zaznaczyć, czy było to tylko mówienie podniesionym głosem, krzyk, czy formułowanie wyraźnych gróźb wobec innych lub siebie (np. „zabiję cię!”) (punktowane najwyżej — 4 pkt). Podobnie, w przypadku agresji fizycznej wobec innych osób należy zaznaczyć, czy było to tylko groźenie gestami, wymachiwanie, chwytywanie za ubranie, czy też atak powodujący poważne urazy (złamania, głębokie rany, wewnętrzne obrażenia), któremu przypisywano najwyższą wartość (6 pkt). Dodatkowo skala zawiera 11 rodzajów interwencji podjętej przez personel, uszeregowanych według stopnia ciężkości: od najłagodniejszej — rozmowy z pacjentem poprzez przytrzymanie, podanie leku aż po najpoważniejszą — natychmiastową pomoc medyczną udzieloną ofiarom napaści z obrażeniami. Każdy akt agresji odnotowują osoby z personelu medycznego, które są jego świadkami.

W celu oceny nie tylko odrębnych aktów przemocy, ale także agresywnego nastroju i bardziej pasywnych zachowań związanych z agresją można stosować

bardzo popularną w krajach skandynawskich 11-punktową Skalę Dysfunkcji Społecznej i Agresji (SDAS, *Social Dysfunction and Aggression Scale*). Agresję ocenia się retrospektywnie przez podawanie kolejnych związanych z nią zachowań, relacjonowanych przez osoby badające i/lub pacjenta [7].

Wskazane jest używanie powyższej skali łącznie z operującą prostszymi pojęciami Skalą Agresji Obserwowanej przez Personel (SOAS, *Staff Observation Aggression Scale*) [8], stanowiącą metodę rejestrowania liczby i ciężkości zachowań agresywnych. W 1999 roku zaproponowano skorygowaną wersję Skali Agresji Obserwowanej przez Personel (SOAS-R), która jest bardziej precyzyjna od pierwotnej w klinicznej ocenie agresji [9]. Uproszczona procedura wypełniania tych skal czyni z nich łatwe i wiarygodne narzędzie, pozwalające jednocześnie na rozróżnienie odrębnych form agresji.

Postępowanie

Personel każdej jednostki opieki medycznej powinien być przeszkolony w zasadach postępowania z pacjentem pobudzonym, tak by działania podjęte przez jego członków były spójne i harmonijne, a nie chaotyczne i wzajemnie się wykluczające.

Pobudzenie pacjenta wywołane poważnym stanem somatycznym zagrażającym jego życiu jest w większości przypadków krótkotrwałe, gdyż stan chorego gwałtownie się pogarsza, a zachowania impulsywne są chaotyczne, więc pacjent nie może zwykle wyrządzić osobie drugiej większej krzywdy. Należy jak najszybciej uspokoić chorego oraz podjąć działania diagnostyczne i terapeutyczne związane z jego stanem somatycznym.

W każdym innym przypadku pobudzenia i zachowań agresywnych należy pamiętać o kilku podstawowych zasadach postępowania.

Jeśli osoba pobudzona i zachowująca się agresywnie nie jest w stanie somatycznym zagrażającym życiu, należy przede wszystkim podjąć działania zapewniające bezpieczeństwo personelu (w tym własne) oraz innych pacjentów:

- unikać przebywania z osobą agresywną w zamkniętym pomieszczeniu;
- unikać zbliżania się na bliską odległość (wyciągniętych ramion);
- jak najszybciej powiadomić pozostałych członków personelu o zagrożeniu i wezwać pomoc;
- ograniczyć pacjentowi dostęp do niebezpiecznych przedmiotów (naczynia szklane, sztuczce, strzykawki, nożyczki itd.).

Do technik słownych i bezsłownych przeciwdziałających pobudzeniu i agresji należą [3, 10]:

- nieprzejawianie konfrontacyjnych zachowań, unikanie sporów, zachowań prowokacyjnych;
- zachowanie spokoju i opanowania, ale bez okazywania strachu;
- mówienie łagodnym, spokojnym tonem;
- przedstawienie się (brak anonimowości obniża napięcie);
- przekonanie pacjenta o chęci działania na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa wszystkim obecnym;
- zadeklarowanie o chęci pomocy, a jednocześnie niedopuszczenia do zachowań agresywnych;
- starania o odroczenie zachowań zagrażających poprzez nawiązanie kontaktu z pacjentem agresywnym;
- ukierunkowanie agresji fizycznej na przedmiot bądź dopuszczenie do słownej ekspresji agresji redukującej napięcie i obniżającej ryzyko agresji fizycznej;
- zaproponowanie na przykład rozmowy, dostępu do telefonu w celu odwrócenia uwagi pacjenta i rozładowania jego napięcia.

W związku z zachowaniami agresywnymi chorego konieczne może być mechaniczne zabezpieczenie pacjenta lub zastosowanie innych środków przymusu bezpośredniego. Są to działania, które umożliwiają dalsze postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne wobec pobudzonej osoby. Zasady ich stosowania reguluje jasno Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (UOZP) z 1994 roku z późniejszymi poprawkami [11].

Artykuł 18 UOZP mówi o warunkach użycia przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, który można stosować tylko wtedy, gdy osoby te:

- dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu;
- dopuszczają się zamachu przeciw życiu lub zdrowiu innej osoby;
- dopuszczają się zamachu wobec bezpieczeństwa powszechnego;
- w gwałtowny sposób niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu;
- poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Przed zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego należy o tej decyzji zawiadomić osobę, wobec której mają one być podjęte. Zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymywaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji. Może on trwać jedynie do czasu ustąpienia powodów zabezpieczenia. Lekarz (wyjątkowo pielę-

niarka) jest zobowiązany do osobistego zlecenia przymusu, nadzoru jego wykonania oraz odnotowania tego w dokumentacji medycznej, natomiast personel średni, sanitariusze mają obowiązek zastosowania się do wskazówek lekarza. Możliwa jest pomoc członków ochrony, jeśli jest to ujęte w regulaminie szpitala. Pogotowie ratunkowe, policja oraz straż pożarna są zobowiązane do udzielania lekarzowi pomocy na jego żądanie.

Szczegóły stosowania przymusu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 1995 roku [12]. Po zabezpieczeniu mechanicznym, najczęściej pasami skórzanymi, kończyn górnych, górnych i dolnych lub założeniu kaftanu bezpieczeństwa konieczne jest sprawdzanie przez pielęgniarkę co 15 minut stanu psychofizycznego chorego i odnotowywanie tego w odpowiedniej karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji (załącznik 1). Obowiązuje ścisły nadzór. Zabezpieczenie nie może trwać dłużej niż 4 godziny, ale może być przedłużone ponownie przez lekarza po wykonaniu badania chorego o kolejne okresy 6-godzinne (załącznik 1). Nie rzadziej niż co 4 godziny pielęgniarka powinna na krótko uwolnić pacjenta, aby umożliwić mu zmianę położenia ciała lub zaspokojenie potrzeb fizjologicznych.

Lekarz zlecający jeden ze środków przymusu bezpośredniego zawiadamia pisemnie kierownika jednostki o tym fakcie (załącznik 2) lub, w przypadku zakładów opiekuńczych, konsultanta wojewódzkiego (załącznik 3).

Farmakoterapia

Należy pamiętać, że efekt podania leków jest odroczony w czasie (od kilku do kilkunastu minut od podania). Przy wyborze leku należy się kierować aktualnym stanem psychosomatycznym pacjenta, dotychczasowym przebiegiem choroby i schorzeniami współistniejącymi, stosowanymi wcześniej lekami i tego typu czynnikami.

Jeśli sytuacja na to pozwala, należy pobudzonemu pacjentowi zaproponować doustne przyjęcie leku — okazanie szacunku i włączenie chorego w proces decyzyjny może zredukować napięcie. Zastosowanie formy pozajelitowej zapewnia z kolei szybszy efekt działania leku.

Przy występowaniu pobudzenia u osoby cierpiącej na zaburzenie psychotyczne lekiem z wyboru jest neuroleptyk, natomiast w przypadku pobudzenia niepsychotycznego — lek uspokajający z grupy benzodiazepin.

Najsukuteczniejszym i najpowszechniej stosowanym lekiem neuroleptycznym jest haloperidol, dostępny zarówno w tabletkach, kroplach, jak i ampułkach do

iniekcji domięśniowych [13]. W uzasadnionych przypadkach może być podawany także dożylnie (np. istniejący dostęp dożylny przy jednoczesnych zanikach mięśniowych u osób w starszym wieku). Haloperidol jest lekiem bezpiecznym dla układu sercowo-naczyniowego, który nie wywołuje poważniejszych objawów niepożądanych przy krótkim stosowaniu. Niezależnie od podanej dawki zawsze istnieje ryzyko wywołania ostrego zespołu poneuroleptycznego (szczególnie u młodych mężczyzn) czy wystąpienia objawów pozapiramidowych (ostre dystonie, np. napady wejrzeniowe okoruchowe) i akatyzi. Haloperidol podaje się w dawce dostosowanej do wieku i masy ciała pacjenta (tab. 3), a przy braku efektu co 30–40 minut powtarza się dawkę, aż do uspokojenia pacjenta.

Spośród neuroleptyków dostępnych w polskich szpitalach stosuje się nadal chlorpromazynę, ale nie jest ona zalecana, podobnie jak inne fenotiazyny, ze względu na ich niekorzystne działania niepożądane, w tym na układ sercowo-naczyniowy (spadki ciśnienia, zaburzenia przewodzenia), i efekt cholinolityczny.

Neuroleptyki nie są wskazane w przypadku wzrostu temperatury oraz podawania ich samodzielnie w zespołach abstynencyjnych, gdyż obniżają próg drgawkowy.

W pobudzeniu psychotycznym stosuje się neuroleptyk o silnym działaniu uspokajającym — klopiksol.

Coraz częściej w schematach postępowania u pacjentów pobudzonych pojawiają się neuroleptyki atypowe (risperidon, olanzapina, ziprasidon, kwetiapina, aripiprazol). W Polsce poza risperidonom (ampułki i płyn) i ziprasidonom (ampułki) są one dostępne jedynie w formie tabletek. Risperidon w formie domięśniowej jest preparatem o przedłużonym działaniu, więc nie ma zastosowania w stanach nagłych, a oba leki w formie ampułek nie są refundowane. Należy podkreślić, że stosowanie atypowych leków przeciwpsychotycznych u osób w starszym wieku wymaga dużej ostrożności (ryzyko nagłej śmierci, udaru mózgu).

Benzodiazepiny są skutecznymi lekami, cechującymi się małym ryzykiem skutków ubocznych. Poza efektem uspokajającym i przeciwłękowym mają działanie zwiotczające mięśnie i zapobiegają ewentualnym napadom drgawkowym (w przypadku uzależnienia, zespołu abstynencyjnego itp.). Mogą być podawane doustnie bądź domięśniowo. Najczęściej stosuje się klonazepam lub diazepam, choć ten ostatni działa deprywacyjnie na ośrodek oddechowy w pniu mózgu. Klonazepam powinien być podawany w powolnym wstrzyknięciu dożylnie lub za pomocą wlewu dożylnego, podawanie domięśniowe można rozważać jedynie, gdy zastosowanie dożylnie nie jest możliwe.

Tabela 3. Leki i dawki stosowane w opanowaniu pobudzenia

Lek	Dawka jednorazowa (u osób w podeszłym wieku)	Maksymalna dawka dobową (u osób w podeszłym wieku)
Haloperidol Tabletki 1, 5, 10 mg Krople 2 mg/ml Roztwór do iniekcji Ampułki 1 ml (5 mg/ml)	1–5 mg <i>p.o.</i> (0,25–1 mg) 2,5–5 mg <i>i.m.</i> lub <i>i.v.</i>	30 mg (20 mg)
Zuklopentiksol Tabletki 10, 25 mg Octan zuklopentiksolu Ampułki 1 ml (50 mg/ml) Dekanian zuklopentiksolu Ampułki 1 ml (200 mg/ml)	10–25 mg 50–150 mg <i>i.m.</i> 200–400 mg <i>i.m.</i>	10–50 mg (10–25 mg) Maksymalna dawka 2-tygodniowa — 400 mg <i>i.m.</i> w 4 dawkach
Risperidon Tabletki 1, 2, 3, 4 mg	0,5–2 mg (0,25–1 mg)	6–10 mg
Olanzapina Tabletki 5, 7,5, 10 mg	2,5–10 mg	20–30 mg
Klonazepam Tabletki 0,5 i 2 mg Ampułki 1 mg	0,5–2 mg (0,25–1 mg)	2–20 mg (1,5–8 mg)
Lorazepam Tabletki 1 i 2,5 mg	1–2,5 mg <i>p.o.</i> (0,5 mg)	10–15 mg
Klorazepat Tabletki 5, 10 mg Ampułki 20, 50, 100 mg	5–20 mg (5 mg)	20–200 mg
Klometiazol Tabletki 300 mg	300–1200 mg (300 mg)	3600 mg (900 mg)

Klorazepat jest lekiem o działaniu przeciwlękowym, uspokajającym, przeciwdrgawkowym i miorelaksacyjnym. Powinien być podawany głęboko domięśniowo lub dożylnie, także we wlewie w roztworze soli fizjologicznej lub glukozy co 3–4 godziny, aż do uzyskania efektu uspokojenia.

Lorazepam jest stosowany standardowo w Stanach Zjednoczonych, ale w Polsce, jak dotąd, jest dostępny tylko w formie tabletek (z możliwością powtórzenia dawki co 30–60 min).

Klometiazol jest lekiem silnie uspokajającym i nasennym, mającym działanie spazmolityczne, który bywa stosowany w majaczeniu alkoholowym, pobudzeniu w zespołach abstynencyjnych i u osób

w starszym wieku (pobudzenie, zaburzenia snu). Jest przeciwwskazany u osób ze współistniejącym schorzeniem dróg oddechowych, gdyż zwiększa ilość wydzieliny w oskrzelach i istnieje ryzyko zachłyśnięcia. W związku z tym pacjent nie powinien leżeć płasko na wznak.

W przypadkach pobudzenia bądź agresji z objawami psychotycznymi korzystne jest podanie neuroleptyku łącznie z lekiem z grupy benzodiazepin, gdyż szybki efekt uspokojenia można uzyskać przy zastosowaniu mniejszych dawek leków z obu grup. Benzodiazepiny redukują ryzyko napadów drgawkowych i akatyzji, a neuroleptyki — odhamowania po benzodiazepinach i działają przeciwpyschotycznie.

PIŚMIENICTWO

1. Podlasińska R. Próba zdefiniowania zjawiska agresji. *Lider* 2001; 12: 6–8.
2. Stanik J.M. Wybrane techniki diagnostyki klinicznej. Wydawnictwo UŚ, Katowice 1980.
3. Heitzman J. Postępowanie w stanach dysforycznych i zaburzeniach kontroli impulsów. *Psychiatr. Pol.* 2007; 6: 926–931.
4. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. American Psychiatric Association. Wciórka J. (red. wyd. pol.). Wyd. 1. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
5. Rymaszevska J. Zagadnienia i ogólne zasady w psychiatrii konsultacyjnej. *Psychiatr. Prakt. Ogólnolek.* 2007; 1: 1–7.
6. Yudovsky S.C., Silver J.M., Jackson W. i wsp. The overt aggression scale: an operationalized rating scale for verbal and physical aggression. *Am. J. Psychiatry* 1986; 143: 35–39.
7. Tryzna M., Kiejna A., Rymaszevska J. Agresja u osób z zaburzeniami psychicznymi — wybrane teorie, mechanizmy i narzędzia

8. Palmstierna T., Wistedt B. Staff observation aggression scale, SOAS: presentation and evaluation. *Acta Psychiatr. Scand.* 1987; 76: 657–663.
9. Nijman I.L.H., Palmstierna T. Measuring aggression with the staff observation aggression scale-revised. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 106 (supl. 412): 101–102.
10. Petit J.R. Psychiatria ratunkowa. Sidorowicz S. (red. wyd. pol.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007; 28–45.
11. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r. (Dz.U. z dn. 20.10.1994) zm. 01.01.2006 Dz.U.05.141.1183 art. 1, Dz.U.05.175.1462. art. 9.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz.U. z dn. 08.09.1995 r.).
13. Kaplan H.I., Sadock B.J. Pocket handbook of emergency psychiatric medicine. Williams & Wilkins, Baltimore 1993.

Załącznik nr 1

KARTA ZASTOSOWANIA UNIERUCHOMIENIA LUB IZOLACJI

.....
(całkowity czas trwania)

ZLECENIE

Pacjent: Historia choroby nr:

Powód zastosowania:

— rodzaje unieruchomienia:

— izolacja:

Początek data godzina	Przedłużenie data godzina	Koniec data godzina	Zlecający: czytelny podpis, pieczęćka	Przedłużający: czytelny podpis, pieczęćka

Lekarz*
(czytelny podpis, data)

PODSUMOWANIE

Całkowity czas trwania przymusu: godziny minuty

Uwagi lekarza

(podpis, pieczęćka, data)

*1 Wypełnić w przypadku zlecenia przez pielęgniarkę.

**OBSERWACJE
 OZNACZENIA (KOD):**

- | | | | |
|-------------------------|---------------|---------------------|-------------------------------|
| 1. szarpie się (uderza) | 4. płacze | 7. mamrocze | 10. oddał mocz (stolec) |
| 2. wykrzykuje | 5. śmieje się | 8. podawane posiłki | 11. chwilowe zwolnienie |
| 3. spokojny (śpi) | 6. śpiewa | 9. podawane płyny | 12. inne |
| | | | 13. bez zaburzeń psychicznych |

godzina, kod, podpis	godzina, kod, podpis	godzina, kod, podpis	godzina, kod, podpis
12.00	18.00	24.00	06.00
12.15	18.15	00.15	06.15
12.30	18.30	00.30	06.30
12.45	18.45	00.45	06.45
13.00	19.00	01.00	07.00
13.15	19.15	01.15	07.15
13.30	19.30	01.30	07.30
13.45	19.45	01.45	07.45
14.00	20.00	02.00	08.00
14.15	20.15	02.15	08.15
14.30	20.30	02.30	08.30
14.45	20.45	02.45	08.45
15.00	21.00	03.00	09.00
15.15	21.15	03.15	09.15
15.30	21.30	03.30	09.30
15.45	21.45	03.45	09.45
16.00	22.00	04.00	10.00
16.15	22.15	04.15	10.15
16.30	22.30	04.30	10.30
16.45	22.45	04.45	10.45
17.00	23.00	05.00	11.00
17.15	23.15	05.15	11.15
17.30	23.30	05.30	11.30
17.45	23.45	05.45	11.45

Załącznik 1.

(niezobowiązująco) (data)

Kierownik:

Zwołanie
o zastosowaniu przymusu bezpośredniego
na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

1. W dniu o godz.
wobec Pana(Pani)
z odtądka

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie

3. Z powodu

4. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał

Załącznik 2.

(niezobowiązująco) (data)

Lekarz specjalista
w dziedzinie psychiatrii
(upoważniony przez wojewodę)

Zwołanie
o zastosowaniu przymusu bezpośredniego
na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego

1. W dniu o godz.
wobec Pana(Pani)
zastosowano przymus bezpośredni w formie

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie

3. Z powodu

4. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał

Załącznik 3.

Pytania

1. Agresja jest:

- A. zachowaniem ukierunkowanym na otoczenie
- B. zachowaniem wyrażającym gniew, złość
- C. wrogością
- D. poprawne A i B

2. Zaburzenie kontroli impulsów:

- A. jest tożsame z nerwicą natręctw
- B. to zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne
- C. może występować w różnych zaburzeniach psychicznych
- D. może występować w różnych zaburzeniach psychicznych i somatycznych

3. W przypadku pacjenta agresywnego należy przede wszystkim:

- A. zapewnić bezpieczeństwo sobie i innym osobom z otoczenia

- B. zastosować techniki odprężające
- C. podać lek uspokajający
- D. zabezpieczyć mechanicznie chorego

4. Mechaniczne zabezpieczenie pacjenta pobudzonego:

- A. jest formą przymusu bezpośredniego
- B. wymaga podania leku
- C. wymaga zgłoszenia do sądu rodzinnego
- D. wymaga zgłoszenia kierownikowi jednostki

5. Postępowanie terapeutyczne wobec pacjenta agresywnego wiąże się z:

- A. podaniem neuroleptyku domięśniowo
- B. uwzględnieniem okoliczności i stanem psychofizycznym chorego
- C. podaniem leku uspokajającego
- D. rozmową rozładowującą napięcie

Dr hab. med., prof. nadzw. Joanna Rymaszewska

Kierownik Pracowni Psychiatrii Konsultacyjnej i Medycyny Behawioralnej Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz profesor nadzwyczajny Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Od wielu lat zajmuje się problematyką psychiatrii konsultacyjnej i jest autorką licznych publikacji z tej dziedziny. Członek European Association for Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatics oraz sekcji psychiatrii konsultacyjnej w European Psychiatry Association.