

616.39-039.74

URGENTNÍ POMOC V PSYCHIATRII

JANATKA J., SVOBODA O.

Zájem o problematiku urgentní psychiatrické pomoci souvisí s rozvojem mimonemocniční lůžkové péče, která vytváří nové možnosti v léčbě a doléčování duševních poruch. U akutních duševních poruch je z prognostického hlediska mnohdy rozhodující včasnost

a účelnost psychiatrické intervence. Hospitalizace je jen jednou z možných léčebných alternativ, a to, že ji omezíme na nezbytné případy a že její trvání zbytečně neprodlužujeme, má velmi příznivé terapeutické, sociální a ekonomické důsledky.

V prvním plánu se urgentní psychiatrická pomoc zabývá regulací chování s cílem zabránit všem škodám a komplikacím, ke kterým by mohlo dojít v situaci, kdy se u některého jedince objeví náhlé a závažné příznaky duševní poruchy. Typickým příkladem je neklidný nemocný ohrožující sebe nebo své okolí, u něhož se vyskytují tzv. auto- či heteroagresivní tendence.

V širším smyslu a pozitivně formulováno je cílem včasné a intenzivní psychiatrické péče zvládnout či vyléčit krátkodobým cíleným zásahem akutní duševní poruchu nebo vytvořit předpoklady pro úspěšnou následnou dlouhodobou léčbu, a zlepšit tak prognózu vzniklé duševní poruchy.

Urgentní psychiatrická pomoc nedisponuje žádnými novými léčebnými metodami, nový je zejména způsob organizace psychiatrické služby, důraz je kladen na interdisciplinární přístup, počítá se se sociálními faktory a institucemi. Ukazuje se, že moderní organizační opatření představují v současné době pro psychiatrii stejný pokrok, jakým bylo před 25 lety zavedení psychofarmak do klinické praxe.

Urgentní psychiatrická pomoc využívá řady organizačních forem. V rámci psychiatrických lůžkových zařízení jsou vytvářeny jednotky intenzivní péče, které mají podobnou náplň činnosti jako stejná zařízení v somatických oborech medicíny. Soustřeďují intenzivní dohled, intenzivní ošetrovatelskou péči a léčbu u vybraných nemocných. V psychiatrické léčebně Opava zahájila JIP činnost k 1. 9. 1976, jde o třílůžkovou relativně samostatnou stanicí s vlastním středně zdravotnickým personálem a dostatečným přístrojovým vybavením, která byla vytvořena na příjímáckém psychotickém oddělení. Došlo k podstatnému zlepšení atmosféry oddělení, snížení počtu mimořádných příhod a ke zkrácení průměrné ošetrovací doby.

Součástí psychiatrické pohotovostní služby bývají návštěvy v bytech nebo zařízeních pro krátkodobou hospitalizaci. Zásah ve vlastním prostředí nemocného přináší řadu výhod z hlediska diagnostiky i terapie, pracovník psychiatrického týmu může takto získat informace, ke kterým by jinak neměl přístup, může zaměřit svůj zásah na patologické vztahové struktury (např. rodinné), jejichž fungování je přímým svědkem. S pohotovostní službou jsou u nás dobré zkušenosti v Ostravě, která nemá vlastní psychiatrická lůžka a kde je ke krátkodobé hospitalizaci využívána záchranná stanice. Podařilo se tak výrazně snížit počet převozu do poměrně vzdáleného spádového lůžkového zařízení v Opavě.

Telefonickou první pomoc poskytují tzv. „Linky důvěry“. V ČSR jsou tato střediska v Praze, Brně, Příbrami, Třebíči, Mostě, Ostravě, Mladé Boleslavi a v dalších městech a jedním z jejich hlavních cílů je prevence sebe-

vražedného chování. Kromě telefonního rozhovoru mohou „Linky důvěry“ pozvat klienta k osobní návštěvě, eventuálně i s přenocováním bez následného administrativního opatření. První středisko telefonické první pomoci v socialistických státech vzniklo v Praze při psychiatrické klinice v roce 1964.

Na psychiatrickém oddělení Ústřední vojenské nemocnice je urgentní psychiatrická pomoc zajišťována nepřetržitou pohotovostní službou, která provádí ambulantní vyšetření akutních případů pro spádové území, indikuje hospitalizaci a poskytuje také telefonické konzultace. Vzhledem k relativně malému počtu nemocných, kteří vyžadují intenzivní péči mimo běžný režim oddělení, by nebylo z ekonomického hlediska účelné zřizovat samostatnou jednotku intenzivní péče s vlastním středně zdravotnickým personálem. Pro tyto nemocné jsou vyčleněny dva oddělené jednolůžkové pokoje a kromě osobního dohledu je zajištěno jejich průběžné sledování průmyslovou televizí z inspekčního pokoje. Průmyslová televize byla instalována na podzim roku 1979, avšak již dnes lze říci, že se pro tyto účely plně osvědčila.

V rámci první psychiatrické pomoci zcela vystačíme s diagnostikou na syndromologické úrovni. Prvním krokem by mělo být zjištění, zda se vůbec jedná o psychopatologii, zda jde o skutečnou duševní poruchu nebo např. o v podstatě fyziologickou reakci na krizovou životní situaci, a zda je tedy na místě medicínského řešení. V mnoha případech je psychiatrická pomoc vyžadována zbytečně a pak je nejlepším řešením aktivní intervenci odmítnout, omezit úlohu psychiatra na poskytnutí konzultace a přenechat kompetenci velitelským orgánům, rodině, justici apod. Za druhé je pak nutno vyloučit sekundární psychopatologické příznaky, tj. případy, kdy je nutná urgentní pomoc nějakého somatického oboru.

Při farmakoterapeutickém zásahu ovlivňujeme obvykle tyto hlavní cílové příznaky: psychomotorický neklid, úzkost, kvalitativní poruchy vědomí a poruchy spánku.

Na následující tabulce jsou uvedena psychofarmaka vhodná pro první pomoc, která jsou dostupná v injekční formě (bez hypnotik) z hlediska hlavních indikací, dávek, mohutnosti účinku a vedlejších příznaků.

U spolupracujících nemocných dáváme přednost aplikaci psychofarmak per os, u nespolupracujících a tam, kde je žádoucí větší intenzita a rychlejší nástup účinku, je pak na místě injekční forma léku. Intravenózně podáváme psychofarmaka v akutních případech jen velmi zřídka, rozdíl v nástupu účinku ve srovnání s i.m. aplikací nemá zásadní význam, vznikají technické obtíže u neklidných nemocných a u některých psychofarmak (např. Diazepamu) jsou popisovány i závažné komplikace po jejich podání i.v.

Nejčastěji v rámci urgentní psychiatrické

Tab. 1

Přehled psychofarmak pro urgentní psychiatrickou pomoc

Název		Indikace a stupeň účinku	Jednorázová terapeutická dávka	Vedlejší účinky
generický	firemní			
CENTROFENO-XIN	Cetrexin Lucidril	kvalit. poruchy vědomí ++ anxiozita ∅ psychomotorický neklid ∅	250 – 500 mg i.m. i.v.	—
DIAZEPAM	Diazepam Faustan Valium	anxiozita ++ psychomotorický neklid + kvalit. poruchy vědomí ∅	10 – 20 mg i.m. i.v.	+
CHLORPRO-MAZIN	Chlorpromazin Largactil Plegomazin	psychomotorický neklid +++ anxiozita ++ kvalit. poruchy vědomí ∅	25 – 100 mg i.m. i.v.	++
CHLORPRO-TIXEN	Chlorprotixen Taractan	psychomotorický neklid ++ anxiozita ++ kvalit. poruchy vědomí ∅	50 – 100 mg i.m.	+
LEVOPROMA-ZIN	Levopromazin Tisercin	psychomotorický neklid +++ anxiozita +++ kvalit. poruchy vědomí ∅	25 – 75 mg i.m. i.v.	++
PERFENAZIN	Peratsin Perfenazin Trilafon	psychomotorický neklid ++ anxiozita + kvalit. poruchy vědomí ∅	5 – 15 mg i.m.	++
PROMETHA-ZIN	Protazin	psychomotorický neklid ++ anxiozita + kvalit. poruchy vědomí ∅	50 – 100 mg i.m.	+

pomocí ordinujeme neuroleptika, anxiolytika, hypnotika a látky nootropní, při zvládání neklidu a anxiozity pak volíme ty preparáty, u kterých je nejvíce vyjádřen sedativně somnolentní účinek.

Před ordinací psychofarmaka je nutno vědět, jaké léky před tím nemocný užíval a upozornit nemocného nebo jeho okolí na nežádoucí vedlejší účinky. Absolutní kontraindikací je vlastně jen kritický somatický stav s prohlubující se poruchou vědomí. Vždy je nutno mít na zřeteli možnou interakci s některými farmaky a toxiny, která by mohla mít i letální důsledky. Výjimečně a s vědomím možných komplikací proto ordinujeme psychofarmaka tam, kde je neklid průvodním jevem nějaké intoxikace, dobře známá je např. nežádoucí vzájemná interakce a potenciace účinku v kombinaci s alkoholem.

K psychologickému přístupu a využití psychoterapeutických technik lze obecně říci, že je vhodné, aby lékař při svém zásahu zachovával nezaujatost, nevytvářel např. koalice s některými členy rodiny, byl zdrženlivý ve svých výrociích, a aby dal svým chováním najevo porozumění a sympatie. Někdy celou záležitost vyřeší jen to, když tolerantně a trpělivě vyslechně problémy nemocného. Uží-

vají se techniky patřící k tzv. krátkodobé psychoterapii, k psychoterapii racionální a vysvětlující, s rozbohem hodnotové orientace. Jde tedy především o ovlivnění postojů a nikoliv hlubších osobnostních mechanismů.

Souhrn

Včasná a účelná psychiatrická intervence má rozhodující význam pro prognózu akutních duševních poruch. Pro urgentní psychiatrickou pomoc jsou charakteristické nové organizační formy, např. jednotky intenzivní péče, psychiatrická pohotovostní služba, telefonická první pomoc a zařízení krátkodobé hospitalizace. Důraz je kladen na interdisciplinární přístup a na využití sociálních faktorů a institucí. Diagnostická rovnováha probíhá obvykle na syndromologické úrovni, s cílem najít co nejrychleji optimální řešení. Je nutno vyloučit nemocné vyžadující neodkladnou péči somatického oboru a případy, u nichž lékařský zásah není žádoucí.

Je podán stručný přehled o indikacích a dávkování psychofarmak a uvedeny obecné zásady psychologického přístupu v rámci urgentní psychiatrické pomoci.