

Leczenie chorych psychicznie w ośrodkach pomocy doraźnej

Scott L. Zeller, MD

- W Stanach Zjednoczonych stale rośnie liczba sytuacji nagłych w psychiatrii. Opracowano wiele metod diagnostycznych i terapeutycznych.
- Cele terapeutyczne psychiatrycznej pomocy doraźnej obejmują szybką stabilizację i opiekę nad pacjentami w relacji terapeutycznej bez stosowaniu przymusu.
- W psychiatrycznej pomocy doraźnej możliwa jest szybka i skuteczna interwencja u chorych z myślami samobójczymi, ostrymi stanami pobudzenia, psychozami, manią, lękiem i innymi objawami.

Streszczenie

W Stanach Zjednoczonych stale rośnie liczba chorych z ostrymi zaburzeniami psychicznymi zgłaszających się na oddziały pomocy doraźnej. Stanowią oni istotny odsetek wszystkich zgłaszających się na te oddziały. Prawo federalne wymaga zdiagnozowania i ustabilizowania stanu tych chorych lub ich hospitalizacji, co może być dużym wyzwaniem dla oddziałów pomocy doraźnej dysponujących ograniczonymi zasobami. W reakcji na to zapotrzebowanie psychiatryczna pomoc doraźna ewoluowała, przekształcając się w podspecjalizację. Pracujący w ten sposób lekarze próbują szybko i bez stosowania przymusu opanować kryzys psychiczny, dążąc do nawiązania współpracy z chorym, oraz odpowiadają za adekwatne i bezpieczne kierowanie do szpitala. W tym artykule omówiono różne ośrodki pomocy doraźnej i modele opieki, a także rodzaje interwencji wykorzystywanych u pacjentów doświadczających ostrych objawów w postaci myśli samobójczych, pobudzenia, objawów psychotycznych, manii, zatruć, lęku i innych.

Wprowadzenie

Nie wiadomo, czy z powodu odległych następstw deinstytucjonalizacji, niewystarczających zasobów środowiskowych, dużej liczby osób nieubezpieczonych, czy z innych przyczyn, liczba pacjentów z problemami psychicznymi zgłaszających się na oddziały pomocy doraźnej stale się zwiększa.¹ Dlatego leczenie ostrych stanów psychiatrycznych – ostrych zaburzeń myślenia, nastroju czy zachowania, wymagających bezzwłocznej interwencji² – stało się podspecjalizacją kierującą się swoimi własnymi prawami. Lekarze zajmujący się psychiatryczną pomocą doraźną mogą pomóc w ustąpieniu myśli samobójczych, opanowaniu pobudzenia, zmniejszeniu nasilenia objawów psychotycznych i maniackalnych oraz w ustabilizowaniu dokuczliwych objawów wielu innych kryzysów psychicznych.

Psychiatryczne stany nagłe, chociaż być może nie tak oczywiste dla laików jak urazy czy zatrzymanie akcji serca, są niewątpliwie wskazaniami do leczenia na oddziałach pomocy doraźnej. Najcięższe zaburzenia psychiczne leczone na tych oddziałach – stany, w których pacjenci stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla siebie lub innych – są zaliczane do „nagłych stanów medycznych” przez

Emergency Medical Treatment and Labor Act i muszą zostać opanowane lub zakończyć się hospitalizacją. Stan chorych nie jest uznawany za stabilny, dopóki są chronieni i powstrzymywani od zrobienia krzywdy sobie lub innym.³

Jednocześnie z rosnącą liczbą stanów kryzysowych w psychiatrii (inny termin opisujący psychiatryczne stany nagłe) opracowano wiele różnych strategii terapeutycznych. W tym artykule dokonano krótkiego przeglądu danych dotyczących częstości występowania psychiatrycznych stanów nagłych i omówiono różne modele przeprowadzania doraźnych interwencji psychiatrycznych, najważniejsze cele terapeutyczne w ostrych zaburzeniach psychicznych oraz najczęstsze postaci kryzysów psychiatrycznych.

Częstość występowania psychiatrycznych stanów nagłych

Między 1992 a 2001 rokiem w Stanach Zjednoczonych odnotowano 53 miliony zgłoszeń na psychiatryczne oddziały pomocy doraźnej, zwiększenie z 4,9 do 6,3% wszystkich zgłoszeń na oddziały pomocy doraźnej oraz wzrost liczby zgłoszeń z 17,1 do 23,6

Dr Zeller, chief of Psychiatric Emergency Services, Alameda County Medical Center, Oakland, Kalifornia.

Dr Zeller jest konsultantem Alexza Pharmaceuticals i współpracuje z biurami prasowymi firm Eli Lilly i Pfizer.

Adres do korespondencji: Scott L. Zeller, MD, Chief, Psychiatric Emergency Services, Alameda County Medical Center, 2060 Fairmont Dr, San Leandro, CA 94563, Stany Zjednoczone; e-mail: szellermd@gmail.com

na 1000 osób.⁴ W jednym badaniu⁵ oszacowano, że wyłącznie w szpitalach w stanie Nowy Jork każdego roku odnotowuje się 135 000 ostrych zgłoszeń psychiatrycznych. W Stanach Zjednoczonych, ze względu na częsty brak innych możliwości, oddziały pomocy doraźnej i psychiatryczne punkty pomocy doraźnej (psychiatric emergency services, PES) stały się podstawowymi ostrymi placówkami, w których chorzy poszukują pomocy psychiatrycznej.

Modele psychiatrycznej pomocy doraźnej

Ze względu na zwiększające się zapotrzebowanie na doraźną pomoc w psychiatrii opracowano różne – odpowiadające lokalnym potrzebom – modele psychiatrycznej pomocy doraźnej. Przy wyborze określonego modelu uwzględnia się takie czynniki, jak całkowita liczba badanych pacjentów psychiatrycznych, rejon geograficzny ośrodka pomocy doraźnej, dostępność psychiatrów i innych specjalistów psychiatrycznej opieki zdrowotnej, lokalną filozofię leczenia i przepisy regulujące leczenie psychiatryczne, a także ograniczenia ekonomiczne. Często, w miarę zmieniającej się liczby chorych, system może zmieniać wykorzystywany model.

Chociaż istnieją liczne wersje łączone lub swoiste, wyróżnia się trzy podstawowe modele psychiatrycznej pomocy doraźnej w ośrodkach stacjonarnych: konsultant psychiatra badający pacjentów na ogólnym oddziale pomocy doraźnej; wydzielona część ogólnego oddziału pomocy doraźnej, przeznaczona do leczenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, ze specjalnie przeszkolonym i odpowiednio dobranym personelem; oddzielne PES, jednostki niezależne od medycznego oddziału pomocy doraźnej, przeznaczone wyłącznie do leczenia chorych z ostrymi zaburzeniami psychicznymi.

Konsultant na oddziale pomocy doraźnej

Pierwszy model, w ramach którego psychiatra konsultuje pacjentów na oddziale pomocy doraźnej, jest najczęściej wykorzystywany w Stanach Zjednoczonych. Chociaż najlepiej byłoby, gdyby konsultantem był psychiatra, w wielu ośrodkach są nimi psycholodzy, przeszkolone dyplomowane pielęgniarki, pracownicy społeczni lub licencjonowani terapeuci małżeńscy czy rodzinni. Niektóre ośrodki zatrudniają nawet asystentów psychiatrycznych lub inne osoby z wykształceniem niższym niż magisterskie, chociaż opisywano, że jest to niewystarczający poziom opieki nad chorymi w kryzysie psychiatrycznym.⁶

Zaletami tego modelu są najmniejsze koszty i największa łatwość wprowadzenia

na oddziałach pomocy doraźnej. Wszyscy pacjenci są najpierw przesiewowo badani i leczeni przez lekarza udzielającego pomocy doraźnej. Dzięki temu przed konsultacją dokonuje się oceny objawów fizycznych i wykluczenia organicznych przyczyn zaburzeń psychicznych. Chorzy z zaburzeniami psychicznymi są leczeni w tym samym ośrodku co wszyscy pacjenci oddziału pomocy doraźnej, dzięki czemu ogranicza się możliwość stygmatyzacji i zmniejsza opóźnienia w leczeniu, które mogłyby być spowodowane rozdzieleniem pacjentów.

Model ten ma jednak również potencjalnie wiele wad. Rozpoznanie i interwencja odbywają się dopiero po przybyciu konsultanta, na którego można czekać kilka godzin, a chory pozostaje całkowicie lub prawie bez leczenia. Decyzja konsultanta przeważnie ogranicza się do stwierdzenia, czy pacjent powinien być przyjęty do szpitala, czy wypisany, przy czym są małe szanse na obserwację wystarczającą do określenia, czy stan pacjenta uległ poprawie, czy się pogorszył, co mogłoby wpłynąć na decyzję, gdzie go dalej leczyć. Warunki oddziału pomocy doraźnej nie sprzyjają przedłużonemu leczeniu psychiatrycznemu ani obserwacji.

Warunki oddziału pomocy doraźnej, na którym panuje hałas i zamęt, a także mogą przebywać w nim pacjenci doznający silnego bólu lub wymagający zabiegów ratujących życie, powodują, że nie jest on najbardziej wspierającym i terapeutycznym miejscem dla chorych doświadczających psychicznego kryzysu. Otoczenie oddziału pomocy doraźnej z łatwym dostępem do narzędzi i różnego wyposażenia może nie stwarzać bezpiecznych warunków dla pacjentów z tendencjami samobójczymi. Ponadto na oddziałach pomocy doraźnej, jeżeli nie jest możliwa ciągła obserwacja, osoby z tendencjami samobójczymi często są unieruchamiane.

Co więcej, nierzadko personel oddziału pomocy doraźnej nie jest przeszkolony w zakresie chorób psychicznych, a część osób może nawet lekceważyć chorych psychicznie (nie traktując ich jako osób w „prawdziwych” stanach nagłych). Na oddziałach pomocy doraźnej, na których dużo się dzieje, może to prowadzić do bezdusznych postaw personelu i lekceważenia pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Skutkiem tego jest gorsza opieka i presja na szybkie skierowanie ich na zwykły otwarty oddział.

Wykorzystywanie konsultantów niebędących psychiatrami, chociaż wprowadza bardziej multidyscyplinarne podejście do leczenia, ogranicza możliwość zalecania leków czy swobodnego rozpoznawania takich stanów, jak np. majaczenie. Może dochodzić również do sytuacji, w której konsultanci są postrzegani przez lekarzy oddziału pomocy doraźnej jako mający mniejszy autorytet, co może im

utrudniać kwestionowanie decyzji lekarzy. Może to również dotyczyć częstej praktyki wykorzystywania rezydentów szkolących się w dziedzinie psychiatrii jako konsultantów psychiatrycznych oddziałów pomocy doraźnej, ponieważ lekarze w trakcie szkolenia mogą nie bez powodu obawiać się podważania opinii personelu oddziału pomocy doraźnej.

Czasami konsultacje psychiatryczne na niektórych oddziałach pomocy doraźnej są przeprowadzane przez wizytujący zespół szpitala rejonowego. Ponieważ pracodawcy członków zespołu odnoszą korzyści finansowe związane ze wzrostem liczby przyjęć, można kwestionować bezstronność podejmowanych przez zespół decyzji.

Wydzielony pododdział psychiatryczny na oddziale pomocy doraźnej

Model ten ma przewagę nad modelem konsultanta dzięki zapewnianiu wydzielonego miejsca, często stwarzającego większe możliwości opieki i uspokojenia. Zwykle zatrudnione są tam pielęgniarki lub inny personel dodatkowo przeszkolony w psychiatrii. Taki pododdział może umożliwić sprawowanie bardziej swoistej i odpowiedniej opieki nad osobami w kryzysie, dzięki czemu unika się niektórych pułapek, z którymi może spotkać się pacjent psychiatryczny na ogólnomedycznej izbie przyjęć. Ponieważ pododdział jest zlokalizowany w obrębie oddziału pomocy doraźnej, od chorych zbierany jest pełen wywiad medyczny i przeprowadzane jest badanie fizykalne. Jednocześnie, ze względu na oddzielny charakter ośrodka, mogą być wywierane mniejsze naciski na wypisywanie pacjentów, co daje czas potrzebny na zadziałanie leków i podjętych interwencji przed decyzją dotyczącą miejsca dalszego leczenia.

Ten model również ma jednak swoje ograniczenia. Rozmieszczenie pacjentów w oddzielnej przestrzeni umożliwia marginalizację i potencjalną stygmatyzację przez potraktowanie ich jako „innych” lub „szalonych”. W niektórych ośrodkach stosowano nawet zasadę ubierania pacjentów w kryzysie w określonego koloru piżamy (np. jaskrawoczerwone) w celu identyfikowania ich jako pacjentów psychiatrycznych. Biorąc pod uwagę ograniczoną przestrzeń wielu oddziałów pomocy doraźnej, w dniach, w których są one szczególnie obciążone, mogą pojawiać się żądania umieszczenia pacjentów niepsychiatrycznych w części psychiatrycznej lub skierowania personelu części psychiatrycznej do części ogólnej. Zbyt często takie pododdziały nie są niczym więcej niż poczekalnią lub „przechowalnią”, gdzie prawie nie stosuje się właściwego leczenia psychiatrycznego. Są one postrzegane jako sposób na utrzymanie chorych poza główną częścią oddziału

pomocy doraźnej do czasu przyjęcia na oddział psychiatryczny.

Model PES

PES przeważnie jest odrębnym programem, przeznaczonym wyłącznie do leczenia osób w kryzysie psychicznym. Takie punkty mogą mieć charakter zamknięty, otwarty lub wykorzystywać połączenie obydwu strategii. Mogą być zlokalizowane w szpitalu lub poza nim. Jeżeli mieszczą się w szpitalu, najlepiej, aby były zlokalizowane w pobliżu oddziału pomocy doraźnej.⁷

Typowy PES jest obsługiwany przez całą dobę przez pielęgniarki psychiatryczne i inne osoby z personelu psychiatrycznego, z psychiatrą dostępnym na miejscu lub łatwo osiągalnym. Dzięki temu rozpoznanie i leczenie mogą być zapewnione o wiele szybciej w porównaniu z sytuacjami, w których trzeba czekać na przybycie konsultanta. W ramach PES leczenie psychiatryczne może zacząć się bez opóźnienia, co stwarza możliwość szybkiego ustabilizowania stanu pacjentów.

Podczas gdy dwa pierwsze modele najczęściej opierają się na metodzie postępowania w psychiatrycznej pomocy doraźnej zwanej „modelem kwalifikacji”, obejmującym „szybką ocenę, zabezpieczenie i skierowanie”,⁸ w typowych PES wykorzystywany jest „model leczenia”, w którym dodatkowo wielu pa-

centów może być leczonych aż do ustabilizowania ich stanu.⁹ Jest to możliwe dzięki temu, że w wielu PES możliwa jest przedłużona obserwacja, co pozwala na leczenie pacjentów przez 24 godziny lub nawet dłużej. Często jest to czas wystarczający do ustabilizowania stanu wielu pacjentów, co pozwala na uniknięcie hospitalizacji.

Stabilizacja stanu chorego w PES zamiast niepotrzebnej hospitalizacji jest korzystna dla chorego, który jest na drodze do wyzdrowienia, dzięki szybkiej i bardziej swoistej interwencji, a także dla systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej ze względu na obniżanie kosztów przy jednoczesnym zaoszczędzeniu dostępnych łóżek szpitalnych. PES z możliwością przedłużonej obserwacji może radykalnie zmniejszyć liczbę przyjęć do szpitala w porównaniu z wykorzystywaniem „modelu kwalifikacji”. W jednym z badań wykazano zmniejszenie hospitalizacji z 52 do zaledwie 36%.¹⁰

PES mogą być również bardzo korzystne dla lokalnych oddziałów pomocy doraźnej, dzięki rozładowywaniu tłoku. Umożliwiają skierowanie pacjentów na ocenę i leczenie, zamiast czekania na konsultanta lub wolne łóżko szpitalne. Wiele programów PES zajmuje się również pacjentami przywozonymi przez karetki pogotowia, policję i zgłaszającymi się samodzielnie, pozwalając chorym

w kryzysie na całkowite uniknięcie kontaktu z oddziałem pomocy doraźnej. Gdy głównym problemem jest zbytne obciążenie oddziałów pomocy doraźnej,¹¹ stworzenie regionalnych PES może umożliwić skierowanie pacjentów wymagających doraźnej pomocy psychiatrycznej do miejsca, gdzie otrzymają właściwą pomoc.

Głównym ograniczeniem PES są większe koszty w porównaniu z innymi modelami opieki, co jest związane z utrzymywaniem personelu 24 godziny na dobę, przez 7 dni w tygodniu oraz utrzymywaniem własnego ośrodka. Z tego względu utrzymywanie PES przeważnie opłaca się tylko w ośrodkach zajmujących się co miesiąc dużą liczbą pacjentów w ostrych stanach psychiatrycznych. W takich ośrodkach utrzymywanie PES może być opłacalne z powodu ograniczenia niepotrzebnych hospitalizacji i skrócenia czasu pobytu w szpitalu.

Cele terapeutyczne w psychiatrii doraźnej

Wykluczenie somatycznych przyczyn objawów

Ponieważ objawy wielu chorób somatycznych mogą przypominać objawy endogennej psychozy, manii czy innych ostrych stanów

psychiatrycznych, przed rozpoczęciem leczenia psychiatrycznego podstawowe znaczenie ma wykluczenie przyczyn somatycznych (tab. 1). Szczególnie ważne jest odróżnienie zaburzeń świadomości od psychozy, ponieważ błędne rozpoznanie majaczenia jako psychozy i leczenie zgodnie z tym rozpoznaniem może stwarzać zagrożenie życia.

U znacznego odsetka chorych zgłaszających się na oddziały pomocy doraźnej z objawami zaburzeń psychicznych współwystępują zaburzenia somatyczne lub nierozpoznane choroby somatyczne.¹² Brak prawidłowego rozpoznania tych zaburzeń może prowadzić do poważnych powikłań,^{13,14} w tym zapalenia mózgu.¹⁵

Zebranie wywiadu i ocena wykwalifikowanego pracownika równoległe z badaniem objawów życiowych często są wystarczające do określenia, że mamy raczej do czynienia z ostrym stanem somatycznym niż potrzebą interwencji psychiatrycznej. U chorych, u których w wywiadzie nie stwierdza się zaburzeń psychicznych lub niedawno wystąpiły one po raz pierwszy, zalecana może być również tomografia komputerowa głowy i badania laboratoryjne. Pacjenci, których stan somatyczny wydaje się niestabilny, muszą zostać przebadani i leczeni przez lekarzy oddziałów pomocy doraźnej, zanim można będzie skierować ich na badanie psychiatryczne.

Szybkie opanowanie ostrego kryzysu

Po ustabilizowaniu stanu somatycznego pacjenta należy podjąć działania zmierzające do ustąpienia ostrego kryzysu (tab. 1). Często obejmuje to stosowanie leków. Szybkie poradnictwo kryzysowe również może sprzyjać stabilizacji. Pacjenci, których stanu nie uda się ustabilizować na oddziale pomocy doraźnej, mogą wymagać hospitalizacji. W dalszej części artykułu omówiono stabilizację stanów kryzysowych spowodowanych różnymi przyczynami.

Unikanie przymusu, leczenie w jak najmniej restrykcyjnych warunkach, tworzenie związku terapeutycznego

Lekarze oddziału pomocy doraźnej często są pierwszym kontaktem pacjenta z psychiatryczną opieką zdrowotną (tab. 1). Złe doświadczenia na tym etapie mogą prowadzić do długotrwałych problemów. Chorzy mogą odczuwać strach, brak zaufania lub niechęć do psychiatrów i innych osób z personelu. Takie odczucia mogą zaburzać ich pragnienie uzyskania pomocy, kontynuowania leczenia i przyjmowania leków. Na wczesnym etapie ostrego zaburzenia psychicznego nawet krótkie interakcje mogą mieć utrwalony negatywny wpływ na możliwości funkcjonowania pacjenta i zdrowienia.

Dysponując tą wiedzą, można stwierdzić, że bardzo ważne jest, aby personel uczestniczący w opanowywaniu kryzysu przyjmował postawę wspierającą, opiekuńczą i nastawioną interpersonalnie, budując z pacjentem związek terapeutyczny.

Związek terapeutyczny najprościej można opisać jako opartą na współpracy relację między lekarzem a pacjentem. Pracownik psychiatrycznej opieki zdrowotnej, zamiast próbować stawiać się ponad chorym czy dyktować mu, co ma robić, powinien starać się stworzyć opartą na empatii więź z pacjentami, traktując ich w partnerski sposób. Może to prowadzić do wspólnej pracy z pacjentami i dzieleniu odpowiedzialności za osiągnięcie celów terapeutycznych w ostrych ośrodkach, co często daje lepsze wyniki leczenia. W jednym badaniu¹⁶ wykazano, że im lepsza wczesna współpraca terapeutyczna, tym mniejsze ryzyko gwałtownych zachowań podczas hospitalizacji psychiatrycznych.

Praca zgodnie z ideą związku terapeutycznego oznacza również unikanie stosowania przymusu, w tym używania siły lub gróźb do skłonienia pacjentów do robienia różnych rzeczy wbrew ich woli. W psychiatrycznej pomocy doraźnej obejmuje to stosowanie leków doustnych po uzyskaniu świadomej zgody, w przeciwieństwie do przymusowych iniekcji; wykorzystywanie technik werbalnej de-

eskalacji u chorych pobudzonych, zamiast stosowania fizycznych ograniczeń oraz w miarę możliwości nienaruszanie praw pacjentów lub naruszanie ich w niewielkim stopniu. Innym sposobem unikania przymusu jest wybór jak najmniej restrykcyjnego sposobu zapewniania opieki.

Im bardziej restrykcyjny sposób opieki, tym większa możliwość doświadczeń związanych ze stosowaniem przymusu i mniejsza szansa na zbudowanie związku terapeutycznego. Najbardziej restrykcyjną formą opieki jest stosowanie unieruchomień lub izolatek; w następnej kolejności wykorzystywanie oddziałów dla osób leczonych wbrew woli i ośrodków zamkniętych, następnie otwartych oddziałów szpitalnych, dla pacjentów leczących się z własnej woli. Najmniej restrykcyjną formą opieki są poradnie, do których chorzy mogą dowolnie przychodzić i z nich wychodzić zgodnie ze swoim życzeniem. Ponieważ większość chorych osiąga najlepsze wyniki, krótko- i długoterminowe przy wyborze odpowiedniego sposobu leczenia, który jest jak najmniej restrykcyjny, cel psychiatrycznej pomocy doraźnej w postaci unikania przyjęcia do szpitala jest słuszny.

Właściwe kierowanie i plan dalszej opieki

W psychiatrycznej pomocy doraźnej obowiązki personelu psychiatrycznego nie kończą się całkowicie wraz z ustąpieniem kryzysu (tab. 1). Duże znaczenie ma zaoferowanie pacjentowi odpowiedniego planu dalszej opieki, włącznie z umówieniem (jeżeli jest to możliwe) z lekarzem w poradni, skierowaniem do poradni psychiatrycznej lub do uczestnictwa w programach leczenia uzależnień oraz poinstruowaniem go, co robić w razie nawrotu objawów kryzysu. Często elementem planu dalszej opieki może być pomoc w znalezieniu mieszkania, podobnie jak koordynacja współpracy z bliskimi lub opiekunami.

Adekwatny plan dalszej opieki może być bardzo korzystny w długotrwałej stabilizacji stanu pacjentów i pomaga zapobiegać nawrotom. Wykazano, że osoby, które nie odbyły wizyty ambulatoryjnej po wypisie, w ciągu roku są dwukrotnie częściej hospitalizowane psychiatrycznie w porównaniu z osobami, które zgłosiły się na co najmniej jedną wizytę ambulatoryjną.¹⁷

Rodzaje psychiatrycznych stanów nagłych

Biorąc pod uwagę miliony interwencji w ramach psychiatrycznej pomocy doraźnej w Stanach Zjednoczonych każdego roku, można stwierdzić, że liczba obrazów kryzysu jest niezliczona. Najczęstsze postacie wymieniono w tabeli 2. Chociaż rozpoznawanie

i leczenie każdego zaburzenia zasługuje na obszernie, osobne omówienie, w tym artykule skoncentrowano się na skrótowym omówieniu określonych koncepcji interwencji na oddziale pomocy doraźnej.

Próby/myśli samobójcze

Być może najczęściej spotykany psychiatryczny stan nagły, niestety zdarzający się coraz częściej, polega na występowaniu myśli i zachowań samobójczych. W Stanach Zjednoczonych w latach 1992-2001 liczba zgłoszeń do izb przyjęć pacjentów po próbach samobójczych i samookaleczeniach zwiększyła się o 47%, tzn. z 0,8 do 1,5 wizyty na 1000 mieszkańców.¹⁸

Chorzy mogą zgłaszać się na oddziały pomocy doraźnej po nieudanej próbie samobójczej, po tym, jak zostali powstrzymani przed popełnieniem samobójstwa, po wypowiedzeniu gróźb samobójczych lub po tym, jak zgłaszali myśli samobójcze.

Chociaż tendencje samobójcze same w sobie mogą stanowić wskazanie do hospitalizacji psychiatrycznej, po zażegnaniu kryzysu samobójczego można uniknąć leczenia w warunkach szpitalnych. Zgodnie z wytycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego „Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors”,¹⁹ pacjenta po próbie samobójczej lub z myślami samobójczymi można wypisać z oddziału pomocy doraźnej, niekierując go jednocześnie do szpitala, pod warunkiem że tendencje samobójcze stanowią reakcję na konkretny czynnik wywołujący (np. niepowodzenie na egzaminie, problemy w związkach), szczególnie jeżeli sposób postrzegania tej sytuacji przez pacjen-

ta uległ zmianie, plany i zamiary samobójcze niosły ze sobą niewielkie ryzyko śmierci, pacjent jest w stabilnej sytuacji życiowej i ma wsparcie oraz jest w stanie współpracować w zakresie ustaleń dotyczących dalszej opieki.

Zgodnie z tymi wytycznymi osoby przejawiające przewlekłe tendencje samobójcze lub dokonujące samookaleceń, bez wcześniejszych poważnych z medycznego punktu widzenia prób samobójczych, których sytuacja życiowa jest bezpieczna, a wsparcie dostępne, mogą odnieść większe korzyści z leczenia ambulatoryjnego niż z hospitalizacji.¹⁹

Inne sytuacje, np. myśli samobójcze sformułowane lub zgłaszane w celu osiągnięcia wtórnych korzyści albo występujące w przebiegu zatrucia substancjami psychoaktywnymi lub po ich odstawieniu, które ustępują po detoksykacji, często mogą umożliwiać wypisanie pacjenta z oddziału pomocy doraźnej.

Nawet w najcięższych i uderzających sytuacjach, w których występują myśli i tendencje samobójcze, w wytycznych nie stwierdza się, że pacjent „zawsze musi” być przyjęty do szpitala. Zamiast tego lekarzom oprowadzającym kryzys zostawia się pole manewru w postaci wyboru między kategorią „przeważnie zaleca się przyjęcie do szpitala” oraz „przyjęcie do szpitala może być konieczne”.¹⁹ Doświadczony i wykwalifikowany lekarz powinien być w stanie zebrać różne informacje; uzyskać dodatkowe dane od rodziny, przyjaciół i opiekunów oraz innych zainteresowanych stron; uważnie słuchać; rozważyć stresory i czynniki ryzyka oraz pracować terapeutycznie z pacjentami. Tylko po przejęciu przez wszystkie te etapy lekarz może podjąć empatyczną decyzję dotyczącą planu

TABELA 1
Cele terapeutyczne w psychiatrii doraźnej

- Wykluczenie somatycznych przyczyn objawów
- Szybkie opanowanie ostrego kryzysu
- Unikanie stosowania przymusu
- Leczenie w jak najmniej restrykcyjnych warunkach
- Tworzenie związku terapeutycznego
- Właściwe kierowanie i plan dalszej opieki

Zeller SL, *Primary Psychiatry*. Vol 17, No 6. 2010.

TABELA 2
Rodzaje psychiatrycznych stanów nagłych

- Próby/myśli samobójcze
- Pobudzenie, gwałtowne lub destrukcyjne zachowania
- Psychozy prowadzące do niebezpiecznych zachowań lub myśli
- Mania
- Zatrucia
- Lęk
- Inne częste objawy i trudne sytuacje

Zeller SL, *Primary Psychiatry*. Vol 17, No 6. 2010.

leczenia, z uwzględnieniem tego, czy chory będzie wymagał hospitalizacji. Znowu należy wykorzystać podejście wyboru najmniej restrykcyjnej, ale najodpowiedniejszej formy opieki, zawsze traktując jako priorytet bezpieczeństwo chorego.

Pobudzenie, gwałtowne lub destruktcyjne zachowania

Pobudzenie najlepiej i najzwięźleż można opisać jako „nadmierną ekspresję werbalną lub behawioralną”.²⁰ Pobudzenie w zaburzeniach psychicznych może być głównym problemem na oddziałach pomocy doraźnej, ponieważ stwarza zagrożenie przemocą i uszkodzeniem ciała pacjenta, personelu i innych osób. Szacuje się, że być może 20-50% wszystkich zgłoszeń w sytuacjach nagłych w psychiatrii może dotyczyć pacjentów z ryzykiem pobudzenia.²¹ Do 10% pacjentów spotykanych w ośrodkach pomocy doraźnej może być pobudzonych lub przejawiać gwałtowne zachowania podczas badania.²² Nawet 1,7 miliona osób zgłaszających się każdego roku na oddziały pomocy doraźnej mogą stanowić pacjenci z pobudzeniem.²³

Tradycyjną reakcją na ciężki stan pobudzenia na wielu oddziałach pomocy doraźnej jest unieruchamianie i wywoływanie przymusowej sedacji przez stosowanie silnie działających leków. Takie podejście ma liczne wady: jest bardzo represyjne, pacjenci w stanie nadmiernej sedacji nie mogą uczestniczyć w leczeniu ani nie można zdecydować o miejscu ich dalszego leczenia, wiele stosowanych w powyższych sytuacjach leków może wywierać poważne lub nieprzyjemne działania niepożądane zakłócające samopoczucie pacjentów oraz możliwość stworzenia związku terapeutycznego.

Praktyka postępowania na oddziałach pomocy doraźnej rozpoczyna się od przeszkolenia personelu w kierunku zapobiegania przemocy i leczenia prowadzących do niej zaburzeń oraz podejmowania interwencji w kryzysie bez użycia przemocy, ukierunkowanych w pierwszej kolejności na zwalczanie ciężkiego pobudzenia. W przypadku rozpoczęjącego się pobudzenia w pierwszej kolejności przed zastosowaniem unieruchomienia należy wypróbować strategię deeskalacji werbalnej i uspokajania. W miarę możliwości należy dążyć raczej do podawania leków za zgodą niż przymusowych iniekcji.

W przeciwieństwie do tradycyjnego postępowania medycznego w postaci wywoływania nasilonej sedacji psychiatry na oddziałach pomocy doraźnej preferują jedynie uspokajanie pobudzonego pacjenta. Zgodnie z sondażem Expert Consensus Guidelines dotyczącym psychiatrów udzielających pomocy doraźnej, celem interwencji podejmowanych u pobudzonych pacjentów jest ich uspokojenie bez wywoływania sedacji lub

spowodowanie łagodnej sedacji do wystąpienia senności, ale nie uśpienia.²⁴ Pacjent, który jest uspokojony, ale jednocześnie przytomny, może uczestniczyć w leczeniu i współpracować z lekarzem w kwestii znalezienia najodpowiedniejszego miejsca na dalsze leczenie, co jest korzystne dla pacjenta i oddziału pomocy doraźnej. Śpiący pacjent może co najwyżej zajmować przestrzeń, która mogłaby być wykorzystana przez innych.

Psychozy prowadzące do niebezpiecznych zachowań lub myśli

Nasilone objawy psychotyczne, takie jak omamy słuchowe, urojenia i dezorganizacja, mogą występować całkiem często u chorych na schizofrenię. Niestety u części z nich objawy te utrzymują się przez cały czas. Tego rodzaju psychoza sama w sobie może nie być powodem zgłoszenia się na oddział pomocy doraźnej. Jeżeli jednak objawy psychotyczne prowadzą do wystąpienia niebezpiecznych zachowań lub myśli (np. omamów słuchowych imperatywnych, nakazujących pacjentowi zrobienie krzywdy innym lub sobie, splątania prowadzącego do wychodzenia na ulicę bez dbania o własne bezpieczeństwo), stają się one problemem pierwszoplanowym i są odpowiedzialne za dużą liczbę zgłoszeń na oddziały pomocy doraźnej.²⁵

Znaczenie interwencji w takich sytuacjach jest niemałe. Samobójstwo może być przyczyną zgonów nawet 13% chorych na schizofrenię.²⁶ W badaniu²⁷ z udziałem chorych w poprzedzającym roku doświadczających omamów imperatywnych nakazujących im zrobienie komuś krzywdy, 22% badanych przyznało, że podjęło działania zgodne z tymi nakazami.

W ostrych stanach psychotycznych, w których chorzy są niebezpieczni dla siebie samych i otoczenia albo nie są w stanie zatroszczyć się o siebie, najważniejszym celem jest zapewnienie im bezpieczeństwa, przy jednoczesnym szybkim łagodzeniu. Zaleca się szybkie podanie leków przeciwpsychotycznych, najlepiej w formie doustnej, po uzyskaniu świadomej zgody.

Leki przeciwpsychotyczne postrzegano najczęściej jako osiągające skuteczność po wielu dniach lub tygodniach stosowania. Lekarze oddziałów pomocy doraźnej od dawna kazuistycznie opisywali przypadki pacjentów z zaburzającymi, niebezpiecznymi objawami psychotycznymi, które szybko ustępowały jeszcze w trakcie pobytu chorego na takim oddziale. Nowsze badania potwierdzają te spostrzeżenia. W przeprowadzonych niedawno badaniach^{28,29} stwierdzono istotną poprawę w zakresie objawów psychotycznych w czasie krótszym niż 24 godziny, a nawet w ciągu 2-4 godzin od rozpoczęcia stosowania leków przeciwpsychotycznych.

Mania

Chorzy z ostrą manią w przebiegu zaburzeń dwubiegunowych, z takimi objawami jak wzmożenie energii, bezsenność, impulsywność, nastawienia wielkościowe, często mogą przejawiać zaburzenia oceny sytuacji, które prowadzą do niebezpiecznych zachowań lub uniemożliwiają zatroszczenie się o siebie. Przeważnie chorzy z pełnoobjawową manią będą wymagać ustabilizowania stanu w warunkach szpitalnych, ale objawy hipomaniakalne można czasami w wystarczającym stopniu złagodzić za pomocą leków na oddziale pomocy doraźnej, aby umożliwić skierowanie pacjentów do lepszej formy opieki. Ponieważ w okresach remisji chorzy z zaburzeniem dwubiegunowym często funkcjonują bardzo dobrze, stworzenie związku terapeutycznego na oddziale pomocy doraźnej jest bardzo istotne, ponieważ długotrwałą współpracą w przyjmowaniu leków i terapii można sprzyjać osiągnięciu pełnego wyzdrowienia.

Zatrucia

„Czyste” stany intoksykacji alkoholem lub innymi substancjami, o nasileniu wymagającym interwencji na oddziale pomocy doraźnej, mogą wymagać jedynie detoksyfikacji prowadzonej z udziałem personelu, bez pomocy specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego. Jeżeli jednak chory w stanie intoksykacji wypowiada groźby samobójcze lub dotyczące możliwości zrobienia krzywdy komuś innemu, albo dochodzi do zaostrzenia objawów przewlekłej choroby psychicznej, potrzebny może być udział takich specjalistów. W sumie dotyczy to istotnego odsetka pacjentów. W Stanach Zjednoczonych w latach 1992-2000 pierwszorzędowne rozpoznanie zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji było odpowiedzialne za 27% psychiatrycznych zgłoszeń na oddziały pomocy doraźnej.³¹ Co więcej, chorzy ze współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi i nadużywaniem substancji psychoaktywnych są nadreprezentowani wśród osób zgłaszających się wielokrotnie do PES.³²

W przypadku chorych z zaburzeniami współistniejącymi trudne może być odróżnienie, które objawy są powodowane przez podstawowe zaburzenia psychiczne, a które związane z intoksykacją. Jeżeli jest to możliwe, preferuje się umożliwienie pacjentom detoksykacji w stopniu wystarczającym do przeprowadzenia pełnego badania, postawienia rozpoznania i podjęcia decyzji o miejscu dalszego leczenia.

Chociaż większość zatruć przeważnie nie jest trudna do rozpoznania, to szczególnie zatrucia kokainą i amfetaminą mogą naśladować urojenia, nastawienia paranoiczne, omamy i pobudzenie występujące w przebiegu dekompensacji psychotycznych.

W takich przypadkach lub w sytuacjach, w których przyczyna ostrych objawów psychotycznych jest nieznaną, zaleca się stosowanie benzodiazepin w celu uspokojenia pacjenta. Chorzy, których objawy są spowodowane stosowaniem substancji pobudzających, będą mieli dzięki temu możliwość komfortowej detoksykacji bez ryzyka działań niepożądanych związanego ze stosowaniem leków przeciwpowrotkowych; często tacy pacjenci obudzą się „czysto” i bez objawów psychotycznych.

Lęk

Nasilony lęk, chociaż rzadko jest stanem nagłym rozumianym jako stwarzanie zagrożenia dla siebie lub innych, jest jednak częstym objawem na oddziale pomocy doraźnej. Trzeba podkreślić, że subiektywne cierpienie może być tak nasilone, że pacjent czuje, jakby znajdował się w stanie silnego zagrożenia. Związane z lękiem objawy były odpowiedzialne za 16% psychiatrycznych zgłoszeń na oddziały pomocy doraźnej w latach 1992-2001.³³

Psychiatra często może stłumić objawy lękowe, posługując się krótkimi wspierającymi interwencjami psychologicznymi i technikami relaksacji.³⁴ W poważniejszych przypadkach korzystne może być stosowanie leków przeciwlękowych, np. benzodiazepin.

Inne częste objawy i trudne sytuacje

Takie sytuacje, jak występowanie objawów dysforycznych, stresów rodzinnych i innych stresów życiowych, trudności w związkach i problemów mieszkaniowych, przeważnie nie osiągają nasilenia kryzysu, niemniej są często spotykane na oddziale pomocy doraźnej. Po stwierdzeniu, że osoby zgłaszające takie problemy nie cierpią na zaburzenia wymagające pomocy na oddziale pomocy doraźnej, po rutynowym dokonaniu oceny pod kątem zagrożenia samobójstwem lub stwarzania zagrożenia dla innych, należy umożliwić im dostęp do pomocy społecznej, poradnictwa lub skierowanie do opieki o mniej nagłym poziomie

Do specjalistów w dziedzinie zdrowia psychicznego czasami kierowane są osoby z zaburzeniami świadomości lub stanami pobudzenia w przebiegu otępienia. Cierpią one jednak najczęściej na schorzenia somatyczne lub neurologiczne, które powinny być leczone przez lekarzy oddziałów pomocy doraźnej. Doraźne interwencje psychiatryczne najczęściej nie są przydatne.

Podsumowanie

Liczba osób szukających pomocy psychiatrycznej na oddziałach pomocy doraźnej stale rośnie. Ponieważ w wielu przypadkach chodzi o pacjentów stwarzających

zagrożenie dla siebie lub innych, przypadki te można uznać za uzasadnione medyczne stany nagłe, wymagające natychmiastowej stabilizacji.

Istnieje coraz większa potrzeba, aby psychiatria doraźna została wyodrębniona jako podstawowa podspecjalizacja w ośrodkach pomocy doraźnej. Dzięki połączeniu empatycznego i interpersonalnego podejścia terapeutycznego w psychiatrii z szybką diagnostyką i leczeniem (analogicznie do ogólnomedycznej pomocy doraźnej) psychiatry pracujący na oddziałach pomocy doraźnej mogą podejmować korzystne, szybkie interwencje u osób cierpiących z powodu ostrych zaburzeń psychicznych.

W społeczeństwach, w których liczba behawioralnych stanów nagłych jest duża i stale rośnie, przejście do modelu samodzielnych psychiatrycznych ośrodków pomocy doraźnej, jak PES, może prowadzić do oszczędności finansowych, ograniczając liczbę wykorzystania psychiatrycznych łóżek szpitalnych i pomagając w odciążeniu zatłoczonych oddziałów pomocy doraźnej.

Piśmiennictwo

- Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, Onyike CU. Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments. *Acad Emerg Med.* 2004;11(2): 193-195.
- Barton GM. *Task Force Report on Psychiatric Emergency Care Issues.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 1983.
- Department of Health and Human Services. Centers for Medicare and Medicaid Services. CMS Manual System. Appendix V. Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) Interpretive Guidelines. Available at: www.cms.hhs.gov/manuals/downloads/som107ap_v_emerg.pdf. Accessed April 22, 2010.
- Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, Pelletier AJ, Camargo CA. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv.* 2005;56(6):671-677.
- Dawes SS, Bloniarz PA, Mumpower JL, Shern D, Stewart TR, Way BB. Supporting psychiatric assessments in emergency rooms. Albany, NY: University at Albany, Center for Technology in Government; 1995. Available at: www.ctg.albany.edu/publications/reports/supp_psych_assess/supp_psych_assess.pdf. Accessed April 22, 2010.
- Fishkind AB, Berlin JS. Structure and function of psychiatric emergency services. In: Glick RL, Berlin JS, Fishkind AB, Zeller SL, eds. *Emergency Psychiatry: Principles and Practice.* Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008:9-23.
- Allen MH, Forster P, Zealberg J, et al. Task force on psychiatric emergency services report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002. Available at: http://archive.psych.org/edu/other_res/lib_archives/tfr/tfr200201.pdf. Accessed April 22, 2010.
- Gerson S, Bassuk E. Psychiatric emergencies: an overview. *Am J Psychiatry.* 1980;137(1):1-11.
- Allen MH. Definitive treatment in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Q.* 1996;67(4): 247-262.
- Gillig PM, Hillard JR, Bell J, Combs HE, Martin C, Deddens JA. The psychiatric emergency service holding area: effect on utilization of inpatient resources. *Am J Psychiatry.* 1989;146(3):369-372.
- Trzeciak S, Rivers EP. Emergency department overcrowding in the United States: an emerging threat

- to patient safety and public health. *Emerg Med J.* 2003; 20(5):402-405.
- Carlson RJ, Nayar N, Sur M. Physical disorders among emergency psychiatry patients. *Can J Psychiatry.* 1981; 26(1):65-67.
- Hall RC, Popkin MK, Devaud RA, Faillace LA, Stickney SK. Physical illness presenting as psychiatric disease. *Arch Gen Psychiatry.* 1978;35(11):1315-1320.
- Hall RC, Gardner ER, Popkin MK, Lecann AF, Stickney SK. Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission: a prospective study. *Am J Psychiatry.* 1981; 138(5):629-635.
- Vincent A, Bien CG. Anti-NMDA-receptor encephalitis: a cause of psychiatric, seizure, and movement disorders in young adults. *Lancet Neurol.* 2008;7(12):1074-1075.
- Beauford JE, McNeil DE, Binder RL. Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients' risk of violence. *Am J Psychiatry.* 1997;154 (9):1272-1276.
- Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatr Serv.* 2000;51(7):885-889.
- Larkin GL, Smith RP, Beautrais AL. Trends in US emergency department visits for suicide attempts, 1992-2001. *Crisis.* 2008;29(2):73-80.
- Suicidal behaviors. In: *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2004.* Washington, DC: American Psychiatric Association, 2004:31.
- Citrome L. Atypical antipsychotics for acute agitation. New intramuscular options offer advantages. *Postgrad Med.* 2002;112(6):85-88,94-96.
- Marco CA, Vaughan J. Emergency management of agitation in schizophrenia. *Am J Emerg Med.* 2005; 23(6):767-776.
- Huf G, Alexander J, Allen MH. Haloperidol plus promethazine for psychosis induced aggression. *Cochrane Database Sys Rev.* 2005;(1):CD005146.
- Allen MH, Currier GW. Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(1):42-49.
- Allen MH, Currier GW, Carpenter D, Ross RW, Docherty JP, Expert Consensus Panel for Behavioral Emergencies 2005. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract.* 2005;11(suppl 1):5-108.
- Pandya A, Larkin GL, Randles R, Beautrais AL, Smith RP. Epidemiological trends in psychosis-related emergency department visits in the United States, 1992-2001. *Schizophr Res.* 2009;110(1-3):28-32.
- Pompili M, Amador XF, Girardi P, et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry.* 2007;6:10.
- McNeil DE, Eisner JP, Binder RL. The relationship between command hallucinations and violence. *Psychiatr Serv.* 2000;51(10):1288-1292.
- Agid O, Kapur S, Warrington L, Loebel A, Siu C. Early onset of antipsychotic response in the treatment of acutely agitated patients with psychotic disorders. *Schizophr Res.* 2008;102(1-3):241-248.
- Kapur S, Arenovich T, Agid O, Zipursky R, Lindborg S, Jones B. Evidence for onset of antipsychotic effects within the first 24 hours of treatment. *Am J Psychiatry.* 2005;162(5):939-946.
- Jain R. Managing bipolar disorder from urgent situations to maintenance therapy. *J Clin Psychiatry.* 2008;69(3):e7.
- Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, Onyike CU. Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments. *Acad Emerg Med.* 2004;11(2): 193-195.
- Chaput YJ, Lebel MJ. Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv.* 2007; 58(3):335-341.
- Smith RP, Larkin GL, Southwick SM. Trends in U.S. emergency department visits for anxiety-related mental health conditions, 1992-2001. *J Clin Psychiatry.* 2008; 69(2):286-294.
- Pasic J, Zarkowski P. Anxiety. In: Glick RL, Berlin JS, Fishkind AB, Zeller SL, eds. *Emergency Psychiatry: Principles and Practice.* Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008:201-211.