

A sürgősségi pszichiátria alapjai

Dr. Kovács Gábor ny. orvosezredes

Kulcsszavak: sürgősség, pszichés zavarok, veszélyeztető állapot

A sürgősségi medicina jelentőségéhez mérten csak kis teret szentel a pszichiátriai tüneteket mutató betegek ellátására, de ez igaz a pszichiátriai szakmára is. A szerző áttekintést kíván nyújtani a pszichés zavarok akut kezeléséről döntően az alapellátásban és a sürgősségi területen dolgozó szakembereknek. A pszichiátriai diagnosztika, ugyanúgy, mint más szakmákban, a gyors állapotfelmérésre, a veszélyeztető állapot felismerésére, a rizikó faktorok számbavételére és nem a pontos diagnosztika megállapítására koncentrálnak. A kezelés célja a veszély elhárítása, az állapot stabilizálása. Nem nélkülözhető ugyanakkor a szomatikus állapot szükséges mértékig való tisztázása, majd indokolt esetben az azonnali beavatkozás. Speciális helyzetekben (katasztrófa, katonai misszió) a pszichiátriai triage és a beavatkozás lényegesen nem különbözik, természetesen a kompromisszumok figyelembevételével.

A pszichiátriai betegségek létező entitások, hiszen ugyanúgy, mint a medicina többi területén, vannak (pszichiátriai) tünetek, amelyek (pszichiátriai) tünetegyüttest képezhetnek, és egyes szindrómák együttesen képezik a (pszichiátriai) betegségeket. A pszichiátriai manifesztációk eredete, illetve kezelése három oldalról közelíthető meg:

- A genetikai, biológiai vizsgálatok egyre több adattal járulnak ahhoz, hogy a pszichiátriai manifesztációk biológiai háttere tisztázható legyen. Nem tartunk azonban ott, hogy bármilyen biológiai marker, vagy markerek bizonyító erővel bírjanak egy-egy betegség fennállására vonatkozóan. A pszichiátriai betegségek, zavarok, reakciók sikeres kezelése „biológiai” támadásponttal (pszichofarmakonok, ECT), indirekt módon, de mégis alátámasztja a pszichés folya-

matok materiális megalapozottságát.

- Nem vitatható ugyanakkor a környezeti, pszichológiai hatások kóroktani szerepe, ezzel együtt a pszichológiai intervencióknak (pszicho- és szocioterápia) mind az akut, mind a hosszú távú kezelésben kifejtett terápiás hatása. Igaz, különböző módszerrel, más hangsúllyal de ugyanúgy megvannak a saját szerepük. A különböző szintű állatkísérletes és humán vizsgálatok is bizonyítják, hogy ezek a pszichológiai hatások nem csak pszichológiai szinten befolyásolják az egyént, hanem biokémiai, fiziológiai, endokrin stb. változásokat hoznak létre az organizmusban, azaz valamilyen módon materializálódnak.

- A szoma és a psziche komplexitására utal, hogy a szervezet biológiai változásával nagyon gyakran együtt járnak pszichés za-

varok és az előbbi elhárításával utóbbi is megszűnhet [9].

Amennyiben a fenti gondolatmenetet követjük, akkor tehát egy pszichés állapotváltozás, legyen az tünet, tünetegyüttes vagy betegség, amely akár akutan akár krónikusan jelentkezik, háttérben az alábbi kiváltó tényezőket találhatjuk:

1. A sui generis pszichiátriai betegség kialakulása, illetve relapszusa

A pszichiátriai betegségek általában fokozatosan manifesztálódnak, igaz gyakran akutan „bomlanak ki”, válnak észlelhetővé mind a környezet, mind a szakemberek számára. A magatartási, viselkedési változások egyrészt nem specifikusak, másrészt a környezet által nagyon gyakran „magyarázhatóak”, és így az odafigyelés, felismerés késhet, és már csak az akut-sürgősségi ellátást igénylő állapottal találkozunk.

2. Pszichológiai hatások, amelyek felborítják a pszichés és szomatikus homeosztázist

A mai tudásunk szerint a pszichés reakciók létrejöttében, valamint a pszichiátriai betegségek kialakulásában és a visszaesésben egyaránt szerepet játszanak külső pszichés hatások, pszichológiai stresszorok, amelyek stresszfolyamatot beindítva segítik elő a manifesztációt. Ezek az esetek döntő többségében nem specifikusak sem a környezet, sem az egyén részéről. Vannak azonban olyan, intenzitásukban, jellegükben, minőségükben eltérő stresszorok, amelyek egyértelműen összefüggésbe hozhatók az akut pszichés állapotváltozásokkal. Ilyenek pl az ún. pszichotraumák. Ugyanakkor a mindennapos stresszorok is kiválthatnak akut pszichiátriai kóros állapotokat. Ebben az esetben a személyiségnek, illetve az éppen adott mentális és szomatikus állapotnak meghatározó szerepe van.

3. Biológiai folyamatok pszichés manifesztációval

Mind exogén mind endogén biológiai, kémiai, fizikai noxák elindíthatnak szomatikus folyamatokat, amelyek befolyásolva az agy működését akut pszichiátriai kórfolyamatot indukálhatnak. A kórokok széles körével találkozhatunk. Gondoljunk csak egy egyszerű lázas állapotra, amely akutan kialakuló delíriumot provokál, vagy egy pajzsmirigy folyamatra, amely szintén járhat progresszívan manifesztálódó pszichés tünetekkel. Ma az exogén hatások között a leggyakoribb az alkohol és a drog, tehát ezekkel minden esetben számolnunk kell.

Szokványos körülmények között a pszichiátriai betegek kezelése három fázisban zajlik az alábbi célokkal:

Akut

- tünetmentesség elérése

Fenntartó

- tünetmentesség fenntartása,
- a visszaesés megakadályozása,
- a funkcionálás helyreállítása.

Krónikus (profilaktikus)

- a tünetmentesség tartós biztosítása,
- a megfelelő funkcionálás segítése,
- újabb fázis/epizód kialakulásának a megelőzése.

A sürgősségi ellátás lényegében az akut fázis bevezetője. „Pszichiátriai sürgősségi állapot minden olyan magatartás- és/vagy élményzavar, amely azonnali beavatkozást tesz szükségessé, és amelynek elmaradása a betegre és/vagy környezetére nézve közvetlen veszéllyel jár” [13]. A meghatározásból is kitűnik, hogy a sürgősségi állapot felmérése gyakorlatilag tüneti-tünetegyüttesi szinten

történik és az urgens beavatkozás célja:

- az önmagára illetve környezetére közvetlen veszélyt jelentő állapot elhárítása,
- az állapotromlás megakadályozása,
- stabilizálás,
- az esetek egy részében a szállíthatóság biztosítása.

Ahhoz, hogy a prehospitalis, később a sürgősségi osztályos ellátás adekvát legyen, majd a beteg a megfelelő további ellátási szintre kerülhessen, az elsődleges, sürgősségi beavatkozás, illetve az ennek sikerességét biztosító elsődleges diagnosztika elengedhetetlen.

Sürgősségi diagnosztika

Már előjáróban szükséges hangsúlyozni, hogy a sürgősségi ellátás során a diagnosztika egyes lépései, valamint a terápiás beavatkozások nagyon gyakran átfedik egymást, illetve párhuzamosan zajlanak éppen a beteg állapotának minél gyorsabb stabilizálása érdekében. Tehát a továbbiakban leírtak csak alapesetekben jelentik az időbeli sorrendet.

A sürgősségi ellátás kezdetétől az alábbi teendők elengedhetetlenek:

1. a helyzet felmérése,
2. az adott szituációhoz vezető folyamatok megismerése,
3. az egyén szomatikus és pszichés anamnézisének felvétele,
4. az egyén szomatikus és pszichés állapotának vizsgálata.

1. A helyzet felmérése

A cselekvésünket különböző tényezők szabják meg, legelsősorban az, hogy mindennapos vagy rendkívüli (katasztrófa, tömeges

baleset, katonák külföldi missziója stb) körülmények között kell a beteget ellátnunk. Maga a helyszín is változhat, hiszen lehet az orvosi rendelő, az egyén lakása, közterület, közösségi helység egyaránt. Tekintettel arra, hogy egy pszichiátriai tüneteket mutató beteg magatartása sokszor kiszámíthatatlan, a lehetőségeknek megfelelően olyan körülményeket kell teremteni, hogy a beteg se önmagában, se környezetében ne tudjon kárt tenni. Az egyik legelső teendő annak felmérése, hogy kell-e segítséget kérni (mentőszolgálat, rendőrség, katonatársak, katasztrófa felszámolásban résztvevő segítők, stb) és az milyen mérvű legyen. Ha igen, akkor jobb, ha a beteg mindezt nem hallja, illetve adott esetben a segítséget harmadik személy kéri. A beteget soha nem hagyva magára, ez idő alatt az ellátó megteheti a szükséges tennivalókat. A segítség megérkezéséig azonban az egyén tudomására kell hozni, hogy mi fog történni, mivel a váratlanság még több problémát indukálhat. A közlés módját, hangsúlyát a beteghez, a szituációhoz kell megválasztanunk.

2. Az adott helyzethez vezető folyamatok megismerése

Az állapot megítéléséhez feltétlenül szükséges, hogy tájékozottak legyünk azokról az eseményekről, amelyek akár a beteggel, akár környezetével történtek és összefüggésbe hozhatók az állapot bekövetkezésével. Ehhez szükség van a betegtől közvetlenül, illetve másoktól nyert információkra. A helyzet megítéléséhez természetesen szükség van a környezet (tárgyak, eszközök stb) felmérésére, ha a beteg észlelésére a rendelőn kívül kerül sor. Figyelembe kell vennünk, hogy az esetleges patogen tényezők aktuálisan is fennállnak-e, mivel ezek a beteg pszichés állapotának további romlásához vezethetnek.

3. Az egyén szomatikus és pszichés anamnézisének felvétele

Előnyt jelent, ha ismert betegről van szó és akár szomatikus akár pszichés anamnézise ismert. Ha nem, mindenképpen szükséges informálódni mind a betegről, mind a környezetéről. A nem szokványos körülmények közül, a katonai alkalmazásokban résztvevők esetében könnyebb a helyzetünk, mivel többségében korábban egészséges egyénekről van szó. Más helyzetek viszont megnehezítik a tájékozódást, hiszen például katasztrófák során gyakran nem tudjuk pontosan megismerni az előzményeket.

4. A beteg szomatikus és pszichés állapotának vizsgálata

A pszichiátriai tüneteket mutató beteg vizsgálatában az első lépés annak felmérése, hogy nélkülözhető-e bármiféle vizsgálat vagy azonnali beavatkozásra van szükség. A következő, hogy a beteg egyáltalán „hozzáférhető”-e, azaz hagyja-e magát fizikálisan megvizsgálni, vagy a feltett kérdésekre hajlandó-e vagy éppen képes-e válaszolni, válaszai adekvátak, értékelhetőek-e. Ha nem, eldöntendő, hogy sürgős intézeti beutalás szükséges-e, ha igen, akkor kell-e valamilyen módon az intézetbe szállítás előtt beavatkozni. Ha igen, haladéktalanul a helyszíni vizsgálatot meg kell kezdeni olyan módon, ahogyan egyébként bármilyen (nem elsődlegesen pszichiátriai tüneteket mutató) betegnél eljárunk. Egy-egy vezető tünet maximálisan befolyásolhatja döntésünket, azonban az értékelés során az állapot komplexitásából sohasem szabad kiragadni.

I. Szomatikus vizsgálat

Amennyiben a beteg pszichés állapota, illetve a körülmények megengedik már prehospitálisan, de a sürgősségi ellátó he-

lyen mindenképpen el kell végezni az alapvető fizikális vizsgálatokat.

A pszichiátriai tünetek hátterében ugyanis gyakran húzódnak meg szomatikus kórfolyamatok, amelyek okozhatják, indukálhatják a pszichés változást. Az alábbiakban azok a gyakrabban előforduló „betegségek”, kórállapotok szerepelnek, amelyek akut tünetképződést produkálhatnak [5]:

- *Neurológiai*
temporális epilepszia, stroke
- *Endokrin*
hypo / hyperthyreosis
hyper / hypoglikémia
- *Fertőző*
meningitis, encephalitis
- *Kardiopulmonalis*
hyper és hypotensio,
hypoxia
- *Gastrointestinalis*
akut pancreatitis, hepatopathia
- *Metabolikus*
elektrolit háztartás, uraemia
- *Daganatos*
központi idegrendszeri,
gastrointestinalis.

Természetesen a végleges diagnózis felállítására nem sürgősségi feladat, de a beteg aktuális állapotát, illetve későbbi sorsát nagyban befolyásolhatja az, ha nem támad gyanúnk organikus ok fennállására. Az elsődleges vizsgálat kivitelezése rendkívüli körülmények között nehézséget jelenthet, ugyanakkor a továbblépés helyes irányának meghatározása még fontosabb, mint szokványos körülmények között. Mégis fontos

annak hangsúlyozása, hogy a helyes észlelés elmulasztása ronthat nem csak a szomatikus, hanem a pszichés állapoton is. A helyzettől függ, hogy milyen eszközös vizsgálatra van lehetőségünk. Ami rendelkezésre áll, fel kell használni.

Döntésünket a fizikális vizsgálat eredményén túlmenően befolyásolják egyéb tényezők, amelyek arra utalhatnak, hogy a pszichiátriai zavar hátterében szomatikus betegség van. [5]:

- akut kezdet (perceken, órákon belül),
- első epizód,
- idős kor,
- aktuálisan fennálló szomatikus betegség vagy sérülés,
- egyértelmű alkohol-drog-gyógyszer abúzus,
- nem auditív percepció zavar,
- neurológiai tünetek (eszméletvesztés, roham, fejfájás, látászavar),
- pszichiátriai tünetek (dezorientáció, memóriazavar, figyelem és koncentrációzavar),
- beszédzavar, mozgási problémák.

A beteg szomatikus állapotának felmérése, az elvégezhető vizsgálatok alapján a további lépés során az alábbi kérdéseket kell megválaszolnunk:

- fennáll-e olyan szomatikus elváltozás, ami azonnali beavatkozást igényel ?
- a szomatikus elváltozás befolyásolása nélkül romolhat-e a pszichés állapot ?
- az esetleges pszichiátriai beavatkozás hogyan befolyásolja a szomatikus állapotot ?

II. Pszichés állapot vizsgálata

A pszichés állapot vizsgálata alatt értendő

a beteg „észlelése”, azaz a környezetével, a vizsgálóval szembeni magatartásának, kontaktusképességének felmérése, valamint a „problémacentrált” exploráció, majd a rendelkezésre álló információk értékelése. Az elsődleges vizsgálat során is ugyanazokat a pszichés funkciókat kell felmérni, mint egy végleges pszichiátriai vizsgálat során. A rövid, gyakorlati összefoglalót az *I. táblázat* tartalmazza.

Az egyes ép és kóros szomatikus és pszichés funkciókból összeálló egységes egésznek kell értékelni, azonban néhány jellegzetesnek mondható tünet dominanciája meghatározhatja az első lépéseket. A pszichiátriai tüneteket mutató betegeknel elsősorban nem betegség diagnosztizálására kell törekedni a prehospitális szakaszban, mivel az észlelhető tünetek, tünetegyüttesek döntik el a további lépést, a beavatkozás módját.

A leggyakoribb és leginkább elsődleges ellátást igénylő tünetek, tünetegyüttesek összefoglalva az alábbiak:

Zavartság

Amikor azt mondjuk, hogy a beteg zavart, tulajdonképpen a tudat integratív működésének a felbomlását értjük alatta. A beteg képtelen a maga valóságában észlelni a külvilágot, vagy annak egyes részeit. Irreális a beáramló információk felfogása, irreális azok feldolgozása, szelektív vagy éppen fel lazult a figyelem. Mindezek következtében a dezorientáció különböző manifesztációi, inadekvát viselkedés és verbális megnyilvánulások, kiszámíthatatlan reakciók jellemezhetik az állapotot.

A tudat *éberségi* szintjének megváltozása egyértelműen organikus háttérre utal. A szomnolencia-szopor-kóma a vigilitás mélységét mutatja és a legegyszerűbben vizsgálható. Természetesen pontosabb ké-

Magatartás, viselkedés, megjelenés	- nyugodt, együttműködő, - befolyásolható - mindvégig egyforma, külső ingerek jelentősen nem befolyásolják	- nyugtalan, agitált - nem befolyásolható - változó, külső ingerek könnyen befolyásolják
A felszólításokra adott reakciók	- a felszólításoknak pontosan eleget tesz	- a felszólításokra egyáltalán nem reagál - a felszólításokra reagál, de inadekvát
A feltett kérdésekre adott válaszok	- adekvátak, pontosak	- nem odaillőek, pontatlanok - semmilyen verbális kontaktus nincs
A tudat vigilitása, integratív működése	- a tudat vigilitása élénk - integritás megtartott	- homály/szomnolencia/szopor/kóma - zavart - vigilitás és integritás is kóros tartósan vagy fluktuálóan)
A külvilág érzékelése (percepció, appercepció)	- az én és külvilág reális felfogása	- deperszonalizáció-derealizáció - irreális érzékelés (hallucináció-illúzió - tévelyélmények)
Figyelem	- felkelhető, terelhető	- nem kelthető fel - szórt / centrált
Emlékezés	- megtartott	- rövid és/vagy hosszú távon alterált
Asszociációk, gondolkodás alaki -tartalmi működése	- asszociációk tempója és tartalma adekvát	- laza, kusza - meglassult/felgyorsult, - követhető/széteső, inkoherens - téveseszmék
Affektivitás, hangulat, szorongás, feszültség	szituációnak megfelelő	- nem megfelelő, bizarr - feszültség, szorongás, félelem verbális és külső jegyei
Vegetatív funkciók	- fiziológias	- fiziológiástól eltérő

I. táblázat

pet nyújt a *Glasgow* kóma skála (II. táblázat) felvétele.

A sui generis pszichiátriai betegségekben leggyakrabban az integratív tudatzavar fordul elő akut dekompenzáció során. Akár schizophreniában, akár hangulatzavarokban előfordulhat, de nem ritka akut stresszor által indukált pszichés dekompenzációkban, a disszociatív tünetegyüttes részeként. A tudat vigilitásának és integrációjának együttes zavara a delírium. Ilyenkor a fluktuáló éberségi szint a homályos tudatállapottól a szomnolencián és szoporon keresztül akár a kómáig mélyülhet. Amennyiben a tudat vigilitásbeli és integratív zavara együttesen és akár fluk-

tuálóan, akár mélyülve fordul elő, akkor organikus háttérre kell gondolnunk, a diagnosztikai lépéseket, illetve beavatkozásokat ilyen irányba kell megtennünk. Ugyancsak elsősorban szomatikus háttér okoz önállóan vigilitásbeli zavart.

Tudatzavarokat okozó leggyakoribb szomatikus-organikus betegségek [4]:

- *neurológiai*

- cerebrovaszkuláris (stroke, subarachnoidális vérzés),
- intrakraniális daganatok,
- epilepszia,
- gyulladás (meningitis, encephalitis),
- koponyasérülések (commotio, contusio, szubdurális hematomák).

Funkció	Válasz	Számérték
Szemnyitás	Spontán	4
	Felszólításra	3
	Fájdalomingerre	2
	Hiányzik	1
Verbális felszólítás	Tájékozott	5
	Zavart	4
	Csak szavak	3
	Csak hangok	2
	Nincs reakció	1
Motoros válasz	Felszólítást követi	6
	Célzott fájdalomelhárítás	5
	Flexiós válaszok	4
	Atípusos flexiók	3
	Extenziós válaszok	2
	Nincs reakció	1
Maximalis pontszám	Tudatzavar nincs	15
Mimimális pontszám	Súlyos kóma	3

II. táblázat: A tudatzavar mélységének becslése a Glasgow kóma-skálával [11]

- *belgyógyászati*
 - kardiovaszkuláris (akut szívelégtelenség),
 - pulmonalis (tüdőembolia),
 - endokrin (hyper-hypoglikémia, hyper-hypothyreosis),
 - gastroenterológiai
- *fertőző betegségek*
- *intoxikációk (drog, alkohol, gyógyszer)*
- *folyadék és ion háztartás zavarai*

Agitáltság

Azt az állapotot jellemezzük ezzel a kifejezéssel, amikor a betegnél extrém fokú nyugtalanság észlelhető, a tudat és gondolkodás beszűkülésével. A beteg magatartása egyre kevésbé befolyásolható, nyugtalan, fel-alá járkál, viselkedése és verbális megnyilvánulásai fenyegetőek. Egyre nehezebb a kontaktus felvétele, egyre kevesebb külső információt képes befogadni. Affektivitása hullámzó, feszültsége, ingerlékenysége, szorongása egyre fokozódik. Mindezek követ-

kezében magatartása kiszámíthatatlan és ez az az állapot, amely leggyakrabban teremt meg az alapját az erőszakos megnyilvánulásoknak, az agresszivitásnak, illetve az autoagresszióknak, öngyilkosságnak.

Az agitáció előfordulhat bármely pszichiátriai megbetegedésben, azok akut szakaszában, de kialakulhatnak főleg személységzavar talaján mindennapos külvilági ingerek, konfliktusok hatására is. Pszichotrauma következtében az akut stressz reakció vezető tünetegyüttese lehet. Kialakulásának alapját jelenthetik organikus-szomatikus betegségek, illetve adott esetben precipitáló tényezőt is jelenthetnek. Az agitált állapot bármikor erőszakos magatartást eredményezhet, amely bekövetkezésének valószínűségét még több tényező növelheti.

Az erőszakos cselekedet rizikó faktorai [4]:

- alkohol – drog fogyasztás jelei,
- agitáltság, dezorganizált magatartás,

- az interjú alatt minimális együttműködés,
- az erőszakra vonatkozó részletek illetve tervek,
- az erőszakhoz szükséges tárgy megléte (pl fegyver tulajdonlás),
- korábbi erőszakos cselekedet(ek),
- gyermekkori fizikális bántalmazás,
- kriminalitás,
- organikus megbetegedés,
- pszichotikus tünetek,
- személyiségzavar (antiszociális, borderline),
- szocio-demográfiai hovatartozás.

Szorongás

A szorongás lényegében tárgy nélküli félelem. Elemi affektív jelenség, amely extrém mértékűvé válva, a többi pszichés funkciót (gondolkodás, figyelem, pszichomotorium stb) olyan mértékben befolyásolhatja, hogy az egész állapot rövid idő alatt veszélyeztetővé válhat. Manapság talán gyakrabban használjuk a szorongás terminológiát főleg a feszültség, félelem kifejezések helyett is. Azonban utóbbiak is egy rendkívül kínzó szubjektív állapotot jelenthetnek és következményeik a szorongáshoz hasonlatosak lehetnek. Akár a feszültség, akár a félelem, akár a szorongás akut szomatikus történésekhez is vezethetnek, tehát oldásuk, enyhítésük az elsődleges ellátás során gyakorlatilag kötelező. A szorongás szinte valamennyi pszichiátriai betegség, akut stressz állapot velejárája lehet, ugyanakkor szorongást manifesztálhatnak akután-szubakutan fellépő szomatikus betegségek is [4]:

- mitralis prolapszus sy,
- koronária-insufficiencia.
- *Légzőrendszer*
 - asztma,
 - tüdőembólia,
 - tüdőödéma,
 - pneumothorax.
- *Neurológiai*
 - dementia, delirium,
 - epilepszia,
 - vestibularis diszfunkció.
- *Gastrointestinalis*
 - colitis,
 - irritabilis colon sy,
 - ulcus.
- *Endokrin*
 - adrenalis insufficiencia,
 - hyperthyreoidizmus / hypothyreoidizmus,
 - hypoglycaemia,
 - hypokaliaemia.

Stupor

Ami a külső megjelenést illeti éppen ellenkező megnyilvánulásokat láthatunk, mint az agitált állapotban. A beteg mozgása minimális, spontán megnyilvánulása alig van, verbálisan nehezen, vagy egyáltalán nem hozzáférhető, a felszólításoknak nem tesz eleget, a kérdésekre nem válaszol. A veszélyt az jelenti, hogy nem ismerjük a gondolatait, nem tudjuk felmérni a szorongásának fokát, nem tudjuk mennyi és milyen információ jut el a tudatába, nem tudjuk, hogy azokat hogyan dolgozza fel. Mindebből következik, hogy kiszámíthatatlanok lehetnek a reakciói, magatartási megnyilvánulásai, akár egyik pillanatról a másikra átcsaphat akár extrém

- *Kardiovaszkuláris*
 - aritmiák,
 - myocardialis infarctus,

fokú agitáltságba is, ugyanakkor elhúzódo stuporosus állapot vitális fenyegetettséget is jelenthet. A kiszámíthatatlanságot ilyenkor a paranoid gondolatok, az elégtelenség és reménytelenség érzése, a feszültség és szorongás jelenti. A pszichiátriai betegségek szinte mindegyike produkálhat ilyen állapotot, még a mánia is. Mindennapos stresszorok de pszichotraumák is kiváltó tényezők lehetnek. Organikus kórfolyamatok is okozhatnak stuport. A legnehezebb differenciál-diagnosztikai feladat sokszor a tudat világosságbeli zavarától (somnia-tia-sopor) való elkülönítése, hiszen a beavatkozás nem megfelelő megválasztásával az állapoton ronthatunk.

Hallucináció

Nagyon egyszerűen fogalmazva a hallucináció inger nélküli érzékelés. A sürgősségi ellátásban megítélése nem egyszerű, hiszen már fennállása is kérdéses lehet, ha valószínű. Nehéz eldönteni, hogy azonnali beavatkozást igényel-e, sürgősséggel intézetbe utalandó-e. A hallucináció formája, tartalma, fennállásának időtartama segítséget nyújthat. Differenciál-diagnosztikailag tudnunk kell, hogy két nagy csoportjuk van: valódi és pszeudohallucinációk. A valódi hallucinációk a térbe vetülnek, plasztikusak, a beteg egyértelműen valóságként éli meg. Döntően organikus megbetegedésekben fordul elő, bár egyszerű alvás-ébrenlét határán manifesztálódó érzécsalódás is lehet. Pszichiátriai betegségben ritka ez a forma, talán csak reaktív állapotokban, konverzív mechanizmusok részeként. A pszeudohallucináció (a beteg „mintha” hallaná, érezné stb.) a valódi hallucináció jegyeit nem mutatja. Utóbbit megélve azonban a betegek legtöbbször kellemetlen, kínzó, szorongást okozó érzésekről számolnak be. A sürgősségi ellátásban döntő szempont, hogy akár az egyik, akár a másik halluci-

náció forma milyen progresszívan alakul ki, milyen organikus háttér deríthető ki, a beteg hogyan éli meg, mennyire befolyásolja a magatartását.

Téveseszmék

A téveseszmék lényegében a környezetből jövő információk patológiás feldolgozása, téves következtetések levonása, illetve adott esetben az érzécsalódások-élményzavarok valóságként való megéléséből adódó téves ítéletek. Általában fokozatosan alakulnak ki, amelynek során viszont progresszívan manifesztálódhatnak. Akutan kialakuló téveseszmék általában tudatzavar során figyelhetők meg. Sürgősségi ellátást akkor igényelnek, ha olyan magatartási megnyilvánulásokat indukálnak, amely mind az egyénre, mind környezetére veszélyeztetést jelentenek. Krónikusan fennálló téveseszmék, amelyek a beteg magatartását nem befolyásolják lényegesen, kezelést mindenképpen, de sürgősségi beavatkozást nem biztos, hogy igényelnek.

Hangulatzavar

A hangulatzavarok önmagukban azonnali, sürgősségi beavatkozást, ellátást a legtöbb esetben nem tesznek szükségessé. A deprimáltság, a dysthymia viszont alapot jelenthet olyan negatív tartalmú gondolatoknak, feszültségnek, szorongásnak, amelyek agitáltsággal párosulva halaszthatatlan beavatkozást igényelhetnek. A másik véglet a mániás állapot, amely viszont az egyéni egzisztenciára, valamint a környezettel való kapcsolatra jelent olyan veszélyt, amely irreverzibilis folyamatokhoz vezethet. Az azonnali beavatkozás mind az egyén, mind a környezet védelmét szolgálja. A hangulatzavarok lehetnek organikus megbetegedések pszichés manifesztációi, így ezen esetekben sem nélkülözhetetlen a szomatikus állapot tisztázása.

Öngyilkosság

A sürgősségi ellátásban sokszor komoly gondot jelenthet a „szuicidalitás” megítélése. A helyzet értékelése során figyelembe kell venni, hogy a beteg részéről milyen jelzés érkezik:

1. halálvágyat fogalmaz meg,
2. öngyilkossági gondolatai vannak,
3. előkészületeket tesz az öngyilkosság elkövetésére,
4. öngyilkosságot kísérel meg, hajt végre.

Előjáróban le kell szögezni, hogy minden öngyilkossági gondolatot, magatartást komolyan kell venni, függetlenül az adott körülménytől, személyiségtől, állapottól. Ugyanis nem lehetünk biztosak az egyén valódi szándékában, nem tudjuk, hogy egy külső hatás vagy egy felbukkanó gondolat milyen irányba viszi a folyamatot. Egyetlen célunk lehet az öngyilkossági cselekedet megakadályozása, illetve ha már megtette, a komplex sürgősségi ellátással elkezdjük az intézetbe szállítás megszervezését. Amennyiben az egyén aktuális állapotában az agitáltság, feszültség-szorongás, reménytelenség érzése együttesen jelen van, a közvetlen veszélyeztető állapot fennállása egyértelmű, tehát az intézeti elhelyezés ilyenkor nem halasztható. Ugyanez a teendő, amikor egyértelmű előkészületet tesz, illetve már cselekedett.

Az első két eset fennállásakor a teendőink mérlegelésekor figyelembe kell venni azokat a rizikó faktorokat, amelyek a suicid cselekmény bekövetkezésének valószínűségét növelik [12]:

• Epidemiológiai

- egyedülálló, elvált, özvegy,
- 45 év feletti kor,

- férfi,
- aktuális veszteség (egzisztenciális, egészség, szeretett társ stb).

• Előzmény

- korábbi suicid kísérlet,
- suicidium a családi anamnézisben.

• Aktuális egészségi állapot

- krónikus vagy terminális betegség,
- krónikus fájdalom,
- súlyos és folyamatos alvászavar,
- hypochondriasis.

• Aktuális pszichopatológia

- impulzus kontroll hiánya,
- pszichotikus tünetek,
- depresszió,
- szorongásos betegségek,
- drog-alkohol abuzus,
- személyiségzavar.

Összefoglalva a sürgősségi diagnosztika, állapotfelmérés során illetve eredményeképpen az alábbi kérdések megválaszolásával kell a további teendőket megszabni:

1. Fennáll-e akut szomatikus-organikus kórfolyamat?
2. Az állapot létrejöttében szerepet játszhat-e alkohol-drog hatása?
3. Folyamatos külső fizikai vagy pszichológiai hatások alakítják-e az állapotot?
4. Korábbi pszichiátriai zavar jelent-e alapot az aktuális állapotnak?
5. A szomatikus és/vagy pszichés állapot igényel-e sürgősségi terápiás beavatkozást?
6. Szükséges-e az azonnali intézetbe szállítás?

Sürgősségi ellátás

Az elsődlegesen észlelő szakember beavatkozási lehetőségei

Az orvosi működés kereteit szakmai és jogi szabályok határozzák meg. Így van ez akkor is, amikor az orvos pszichiátriai tüneteket mutató beteg(ek) elsődleges ellátójaként működik. Alapvető szabály ebben az esetben is a *nil nocere*, azaz a beavatkozásunk mértéke olyan legyen, hogy a beteg állapotát stabilizáljuk, az esetleges további kezelések esélyeit ne rontsuk. Sajátos cél a pszichés betegek ellátásában, hogy ténykedésünkkel lehetőleg ne károsítsuk a beteg jövőbeli funkcionálását, szociális helyzetét, kapcsolattrendszerét. Azaz a sürgősségi ellátásba a környezetet, a rendőrséget, tűzoltóságot csak a szükséges mértékben és módon vonjuk be. Ha pedig emellett kell döntenünk, akkor ne habozzunk, minél gyorsabban konszolidáljuk a helyzetet a különböző segítség igénybe vételével.

Az elsődlegesen észlelő szakember viselkedése, pszichológiai intervenciói

Bármilyen helyzetben a cél a beteg megnyugtatása, együttműködésre készítése, olyan szituáció teremtése, amely lehetővé teszi a beteg vizsgálatát és az elsődleges ellátást.

Tevékenységünket mindvégig a határozottság és természetesség jellemezze úgy, hogy a beteggel szemben legyünk elfogadóak, nyugodtak, sugalmazzuk, illetve hozzuk tudomására a segítő szándékunkat. A verbális kontaktus során ne diagnózisra törekedjünk, hanem az aktuális állapot kiderítésére, azon tünetek feltárására, amelyek a sürgősségi állapotot jelentik. A kóros élmények (hallucinációk), gondolatok (téveseszmék) meglétét soha ne vonjuk kétségbe, soha ne próbáljuk a kórosságukról a betegeket

meggyőzni az ellátás ezen szakaszában. Ilyen szempontból legyünk „semlegesek”, azaz ne is erősítsük ezeket a kóros pszichés funkciókat a betegben. Lehetőleg tereljük el figyelmét ezekről a tartalmakról. Az intézeti elhelyezés szükségességét se ezekkel magyarázzuk, hanem az „idegességével”, „feszültségével”, esetleges szomatikus tünetek, panaszok hangsúlyozásával. A beteget ugyanakkor soha ne vezessük félre. Sok esetben érezhetnek félelmet maguk az orvosok és segítők egyaránt. Ilyenkor úgy kell viselkednünk azonban, hogy ebből se a beteg se a környezet ne vegyen észre semmit.

A beteggel való kommunikáció néhány hangsúlyos eleme tehát [10]:

1. légy udvarias, de határozott,
2. légy nyílt, barátságos,
3. adj tájékoztatást arról, hogy ki vagy, mi a szereped,
4. mondd el, mit fogsz tenni és miért,
5. közérthetően fogalmaz,
6. légy természetes, segítőkész.

A sürgősségi ellátásban, döntően agított beteg esetén, az első lépés a verbális megnyugtatás. Nagyon sok esetben sikerülhet oldani a feszültséget, nyugtalanságot, beszűkült gondolkodást azzal, hogy ha az orvos/ellátó megértő, segítő, elfogadó és ezt a beteg is érzékeli. Főleg interperszonális konfliktusból adódó krízisállapotot lehet viszonylag gyorsan megoldani. Ilyen esetekben tudnunk kell, hogy az egyén valóban eljutott egy olyan pontra, amikor úgy érzi, hogy önmaga nem képes a helyzetet megoldani, energiái fogytán és nem lát kiutat. Ha olyan a szituáció, a „terápiás” folyamatba be lehet vonni olyan hozzá közel állót, akit elfogad. Ha pedig szükséges, akkor éppen ki kell rekeszteni azt a személyt aki a kon-

fliktus forrása. Azt is lehet mondani, hogy ilyen esetekben az ellátó mint mediátor segít a beteg és a környezet közötti kapcsolat helyreállításában.

Természetesen, ha a verbális megnyugtatóra esély sincs, vagy ha sikertelen, akkor mindenképpen a farmakoterápia és szükség esetén a fizikai korlátozás a következő lépés.

Fizikai korlátozás, kényszerintézkedések

Lehetnek olyan szituációk, amikor a beteg és környezete érdekében segítséget kell igénybe venni, azaz a leggyakrabban a mentőszolgálat mellett a rendőrséget kell hívni. Az agitált, agresszív, befolyásolhatatlan, kiszámíthatatlan betegnél időnként kényszert kell alkalmazni, azaz fizikai cselekvését tekintve „korlátozni” kell [1]. Tudnunk kell, hogy egy ilyen „dühöngő” beteg inaktívvá tételéhez legalább öt ember szükséges. Az aktivitástól való megfosztásnak egyik célja az ön maga és mások védelme, másik pedig az, hogy vizsgálható és kezelhető legyen a beteg. Hogyan lehetne másképpen például infúziót bekötni, gyógyszert beadni, a későbbiekre vénát biztosítani. Sehogyan. Tehát ha indokolt, akkor igenis fizikai korlátozást, kényszert kell alkalmazni, amelynek feltételeit hazánkban is jogszabályok tartalmazzák. Amennyiben kényszerintézkedés mellett döntünk, akkor viszont haladéknélkül cselekedjünk. Fizikai korlátozás esetén azonban nem szabad az egyén emberi méltóságát megsérteni és fizikai károsodást okozni, ennek érdekében is például amennyire lehetséges a procedúrát térben elkülönítve hajtsuk végre. Mindenfajta „beavatkozás” előtt az első lépés az „erő felmutatása” legyen, azaz 4-5 az ellátásban segítő megjelenése a beteg körül gyakran már fékező erővel hat, és az egyén a szükséges mértékig együttműködővé válik.

Néhány tanács a fizikai kényszer végrehajtásához [4, 10]:

1. A végrehajtáshoz minimum 4 ember kell, és egy ötödik kontrollálja a beteg fejét, annak mozgását, védi a sérüléstől, a legbiztonságosabb eljárás választandó.
2. A végrehajtás során a betegnek elmondjuk, hogy mi miért történik.
3. A korlátozás során soha ne maradjon egyedül a beteg, valaki kontrollálja mindvégig az élet-funkciókat.
4. Lábaik szétvetve, egyik karját a test mellett, másik karját a feje felett kell rögzíteni.
5. Minden tárgyat el kell venni a betegtől (gyűrű, toll stb).
6. A rögzítés úgy történjen, hogy sürgősségi beavatkozások megtörténhessenek (pl intravénás injekció, infúzió).
7. A beteg fejét enyhén fel kell emelni (aspiráció veszélye).
8. Rendszeresen (5 percenként) kontrollálni kell, hogy a rögzítés biztonságos és „komfortos”.
9. Amint a beteg rögzített, azonnal meg kell kezdeni a kezelést, részben verbálisan részben pszichofarmakonokkal.
10. A rögzítést fokozatosan oldjuk fel.

Szokás felosztani a beteg korlátozást fizikai és kémiai (gyógyszeres) formára. Véleményem szerint azt a nézetet kell elfogadni, miszerint az agitált, agresszív betegnél az urgensen alkalmazott gyógyszer a terápia része, ebben az esetben viszont nem beszélhetünk kémiai kényszerről. Ugyanis a beteg kezelésének gyakorlatilag bevezető szakasza a sürgősségi farmakoterápia.

Farmakológiai beavatkozások

A pszichiátriai sürgősségi állapotok ellátásában a prehospitalis szakaszban viszonylag kevés farmakon áll az orvos rendelkezésére [14]. Tudnunk kell, hogy az elsődleges beavatkozás célja az agitált állapot konszolidálása, a beteg feszültségének-szorongásának csökkentése, a beteg szedáció nélküli nyugtatása lehet, amellyel a további komplikációkat megelőzhetjük és viszonylagos stabil állapotot hozunk létre. Ugyanakkor a farmakoterapiás beavatkozáskor mindenképpen szükséges ismerünk a beteg szomatikus állapotát, aktuális kondícióját, figyelembe kell venni életkorát [2]. Parenterális terápiaként a haloperidol (5 – 10 mg i.v., i.m.), mint antipszichotikum és a diazepam (10 – 20 mg i.v., i.m.) jön szóba [11]. A szinte azonnali hatás intravénás adással érhető el, az intramuscularis alkalmazás során 20-40 perc után várható effektus. Az adott helyzet dönti el, hogy mely megoldást választjuk. Bármilyen ok miatt kerül sor beavatkozásra, célszerű véna biztosítása (ezzel együtt lassú cseppszámmal „semleges” infúzió alkalmazása). A folyadék bevitelére lassú cseppszámmal csak előnyös lehet, és ezzel a későbbiekben szükséges gyógyszer i.v. adása sem a helyszínen, sem a szállítás során nem jelent problémát. A haloperidol előnye, hogy akut adása során gyakorlatilag nincs interakciója, a vegetatív funkciókat alig befolyásolja, szedatív hatása kevés, mellékhatása minimális. Esetlegesen bekövetkező akut dystonia (torticollis, oculogyria) vagy dyskinesia diazepam i.v. adásával kezelhető. A diazepam adása kissé nagyobb megfontolást igényel az egyén érzékenységtől függően bekövetkező esetleges túlzott szedáció, illetve az elég ritka, de akár életet veszélyeztető légzésdepresszió miatt. Lassú, nem bolus-szerű beadással a rizikó csökkenthető. Légzésdepresszió esetén

flumazenil adandó (0,2 mg i.v., majd sz.e. 0,1 mg/perc dózisban 1 mg-ig). Alkohol, illetve drog hatása alatt álló, valamint koponyasérült betegnél prehospitalis szakban nem javallt az adása. Szedatív hatása miatt ugyanis a tudati funkciók így reálisan nem megítélhetők a megfigyelés során.

Az orális gyógyszer alkalmazása akkor lehet indokolt a sürgősségi ellátásban, ha a beteg állapota nem kívánja meg az azonnali (pár percen belüli) hatást, együttműködő, magatartása nem mutat közvetlen veszélyeztető elemeket. Ilyen esetekben jön szóba a Haloperidol oldat (10-30 csepp), a clonazepam tableta (0,5 – 2 mg szétrágva). A jelenleg a sürgősségi prehospitalis ellátásban ajánlott szerek jellemzőit a *III. táblázat* tartalmazza.

Az új típusú antipszichotikumok közül az olanzapinnak, a ziprazidonnak és az aripiprazolnak van injekciós kiserelése, mindkettő az agitált schizofren és mániás beteg akut kezelésére regisztrált. A prehospitalis sürgősségi ellátásban alkalmazásuk nem megengedett, egyrészt az alkalmazási előírataikban szereplő megszorítások, másrészt a még kevés tapasztalat, harmadrészt az esetleges komplikációk intézeti háttért igénylő volta miatt.

Kedvező tapasztalatok vannak a risperidon oldattal és tablettával is, azonban adása sürgősségi esetekben egyelőre intézeti ellátás során ajánlható. Hatását viszonylag gyorsan eléri, csak szükséges mértékig szedál, mellékhatásprofilja a haloperidolhoz hasonló.

Ebben a fejezet részben indokolt foglalkozni a pszichofarmakonok által kiváltott és akut beavatkozást igénylő állapotokkal. Az első generációs antipszichotikumok jelentős extrapiramidális hatással rendelkeznek,

Gyógyszer	Alkalmazás módja	Dózis egyszeri	Mellékhatás Akut	Mellékhatás rizikó csökkentése	Mellékhatás kezelése
Haloperidol	i.v. i.m. per os (solutio)	5-10 mg	-dystonia -dyskinesia -akathisia	-Alacsonyabb kezdő dózis -i.v. alkalmazás	diazepam i.v., i.m.
Diazepam	i.v. i.m. per os	10 mg	-i.v. adva: -légzés depresszió -túlzott szedáció	-i.v. lassan adva -időseknek alacsony dózisban	Flumazenil i.v. 0,2 mg sz.e. 1,0 mg-ig (0,1 mg/perc)

III. táblázat: Prehospitális sürgősségi pszichofarmakonok

akut és krónikus adásuk során egyaránt okozhatnak akután, illetve folyamatosan erősödő jelleggel ilyen típusú mellékhatásokat. Az előző részben már említettük a haloperidol terápia kapcsán az akut dystoniákat, dyskinesiseket. Ezek a tünetek krónikus adás során is bármikor jelentkezhetnek. Sürgősségi ellátásként elsődlegesen a diazepam i.v. vagy i.m. adása jön szóba, jó effektusa lehet a másodsorban választható i.v. alkalmazott kalcium glukonátnak és harmadlagosan szóba jöhet a promethazin i.m.. Krónikusan és magas dózisban alkalmazva az első generációs szerek parkinson szindrómát és tardív dyskinesiót okozhatnak, ezek azonban elsősorban nem sürgősségi ellátást igényelnek. Bár nem antipszichotikum, de kémiaiilag hasonló az antiemetikumként használt thiethylperazine, amely i.v. adva okozhat akut dystoniát. Terápiája az előzőekben leírtakkal azonos. Akut beavatkozásunk során ritkán kell számolnunk a pszichofarmakonok által kiváltott neuroleptikus malignus szindrómával, valamint a szerotonin szindrómával. Mindkét kórforma már kezelt pszichiátriai betegnél alakulhat ki, tehát csak ezeknél a betegeknek gondolhatunk e gyógyszermellékhatásokra. Diagnosztizálásuk hospitális körülmények között lehetséges.

Törvényi háttér

A sürgősségi ellátás során az orvos, illetve a segítők számára vezérlő elv a szakma szabályainak betartása. Az ellátást azonban bizonyos törvényi rendelkezések befolyásolják, amelyek minden betegre, így a pszichiátriai tüneteket mutató egyénekre is vonatkoznak, mégis utóbbiaknál nagyobb jelentőséggel. A jogi megközelítés szerint a sürgősségi betegellátás során a beteg lehet „közvetlen veszélyeztető”, illetve „veszélyeztető” állapotban. Bármennyire is figyelembe kell vennünk a törvényi kautélákat, ha szakmai szempontból korrekten járunk el, az jogilag sem támadható. Ha az elsődleges ellátás során úgy ítéljük meg, hogy a betegnek intézeti elhelyezésre van szüksége, akkor ne habozzunk, a későbbiekben az intézetben ugyanis majd a szakorvos dönti el, hogy milyen további beavatkozás szükséges, pszichiátriai osztályra felveszi-e a beteget vagy sem. Ekkor már a döntés az ő felelőssége. További jogi korlát a pszichiátria számára a 72 órán belüli bírói szemle, amely arról nyilatkozik, hogy a beszállítás, illetve felvétel és kezelésbevétel jogszerű volt-e. Ami viszont mindenképpen elengedhetetlen az ellátás minden szakaszán, minden ellátó részéről, az a pontos, egyértelmű, konkrétumokat tartalmazó dokumentáció. Ezzel segíthet-

tünk a hoszpitális/szakorvosi ellátásnak, jogilag pedig ezzel „igazoljuk” magunkat. A pszichés tüneteket mutató betegek ellátására, valamint a kényszerintézkedésekre vonatkozó szabályokat az 1997. évi CLIV. Törvény és a 60/2004.(VII.6) ESZCSM rendelet tartalmazza.

Különleges helyzetek

Vannak olyan szituációk, amelyek során az előzőekben összefoglaltak alapjaiban érvényesek, azonban a feltételek jelentősen elterhelhetnek.

Katasztrófák, tömegbalesetek, terrorista cselekmények esetén számolnunk kell a fizikálisan és/vagy pszichésen „sérültek” nagyobb számával, amikor a szokványos ellátási rendszer felborulhat. A pszichés zavarok legnagyobbbrészt átmenetiek, spontán lezajlanak és alapvetően a segítők és a környezet részéről támogatást igényelnek. Előfordulhatnak azonban olyan esetek, amelyeknél indokolt az azonnali beavatkozás. Ilyenkor a fent leírt sürgősségi ellátás alapelvei érvényesek a megfelelő pszichiátriai triage után [8]. Számolni kell azzal, hogy szaksegély csak hosszabb idő után áll rendelkezésre, azaz az urgens beavatkozást követően is folytatni kell a kezelést a stabil állapot fenntartása érdekében.

Különleges helyzet a külföldi szolgálattaljesítés is. Ilyenkor az észlelő egészségügyi személyzetnek kell megtenni az ellátás első lépéseit, az ő feladatuk a veszélyeztető állapot felismerése, annak elhárítása, majd szakorvosi ellátás, illetve szükség esetén a hazaszállítás megszervezése. Amennyiben csak légi kiürítés lehetséges, akkor stabil állapot elérése után jön szóba a szállítás, megfelelő biztonsági intézkedések megtételével. Mindenképpen az elsődleges ellátók munkáját könnyítené a telemedicina (telepszichiátria) alkalmazása, hiszen ilyen

esetben a hazai szakorvos anyanyelven tudna beszélni a beteggel, illetve kamerán keresztül tudná felmérni az egyén magatartását, és a vizsgálat alapján adekvát segítséget tudna nyújtani a további lépések megtételéhez.

Összefoglalás

A pszichiátriai betegségekre, zavarokra vonatkozó statisztikai adatok nem megnyugtatóak. Világtrend egyre gyakoribb előfordulásuk és ezzel együtt következményeik (öngyilkosság, munkaképtelenség, a szociális funkcionálás zavara) terhének növekedése. Utóbbi mind a beteget, mind mikro és makro környezetét érinti. Az ellátás minden szintjén jól felkészült, hozzáértő, szakmailag megalapozott döntéseket hozó szakemberekre van szükség. A pszichiátriai tüneteket mutató beteg állapotának alakulását nagymértékben befolyásolhatja a sürgősségi/elsődleges ellátás, amelynek során az alapvető teendők összefoglalva az alábbiak:

1. A helyszín gyors áttekintése

– Az állapot kialakulásában potenciálisan szerepet játszó körülmények lehetőség szerinti megszüntetése.

2. A beteg pszichés állapotának felmérése, tünetek-tünetegyüttesek értékelése

– a tanúsított magatartás gyors értékelése,
– lehetőség szerint a beteggel kontaktus felvétele, exploráció,
– a betegtől és környezetétől nyert anamnesztikus adatok.

3. A szomatikus állapot tisztázása

– a lehetőségeknek megfelelő fizikális és műszeres vizsgálat,
– szomatikus anamnézis.

4. Az életet, fizikális integritást veszélyeztető

állapot esetén azonnal

- szomatikus állapot stabilizálása,
- pszichés állapot romlásának megakadályozása,
- a beteg és/vagy a környezet védelme.

5. *Magasabb ellátási fokozatra való szállítás és/vagy szakorvosi konzílium megszerzése*

A sürgősségi pszichiátriai ellátásnak nincs hazai irányelve, nincsenek magyarul diagnosztikai és kezelési standardok, tehát csak a külföldi [3, 6, 14] illetve igen kevés hazai közleményre tudunk hivatkozni [7, 13]. Jelen áttekintés nem törekedhetett részletes leírásokra, de talán gyakorlati segítséget nyújt azoknak a szakembereknek, akik tevékenységük során akut pszichiátriai problémákkal találkoznak.

Irodalom

- [1] Allen, M. H., Currier, G.W.: Use of restraints and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services., *General Hospital Psychiatry*, 2004, 26: 42-49.
- [2] Allen, M. H., Currier, G. W., Carpenter, D. és mtsai.: Treatment of Behavioral Emergencies. The Expert Consensus Guideline Series. *J. Psychiatric Practice*, 2005, 11(1): 1-108.
- [3] American College of Emergency Physicians: Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. *Ann. Emerg. Med.*, 2006, 47: 79-99.
- [4] Dubin, W.R., Weiss, K.J.: *Handbook of Psychiatric Emergencies*. Springhouse Corporation, Springhouse, Pennsylvania. 1991.
- [5] Kaplan, H.I., Sadock, B.J.: *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences, Clinical Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia 2003.
- [6] Kazim, A.: Emergency psychiatry: An introduction *Medicine and Health Rhode Island* 2003, 86(10): 301-306.
- [7] Kovács G.: Sürgősségi pszichiátria a háziorvosi gyakorlatban. *Családorvosi Fórum* 2007, 1: 24-27.
- [8] Kovács G.: A katasztrófapszichiátria alapjai *Honvédorvos* (megjelenés alatt).
- [9] McLaren, M.: Interactive dualism as a partial solution to the mind-brain problem for psychiatry. *Medical Hypotheses*, 2006, 66: 1165-1173.
- [10] Rocca, P., Villari, V., Bogetto, F.: Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 2006, 30: 586-59.
- [11] Rund, D. A., Ewing, J. D., Mitzel, K., Votolato, N.: The use of intramuscular benzodiazepine and antipsychotic agents in the treatment of acute agitation or violence in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 2006, 3(31): 317-324.
- [12] Suominen, K. H., Isometsa, E. T., Lönnqvist, J. K.: Attempted suicide and psychiatric consultation. *European Psychiatry*, 2004, 19: 140-145.
- [13] Tringer, L.: Sürgősségi ellátás a pszichiátriában. *Medicina*, Budapest 2003.
- [14] *Violence: The short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric inpatient settings and emergency departments*. Issue date: February 2005, www.nice.org.uk/CG025NICEguideline

Col. (ret.) G. Kovács M.D.

Emergency psychiatry

The literature of the emergency medicine and the psychiatry insufficiently deals with the patients with acute psychiatric symptoms. This paper summarizes different possible treatments of mental disturbances in prehospital field and at emergency departments. Diagnostic procedures of emergency psychiatry focus on quick investigation of the patient's condition, recognition of dangerousness and further risk assessment, but not on

the accurate diagnosis. The aim of the intervention is the prevention of danger and stabilization of the patient's condition. However, in most cases necessary investigations of the somatic condition and urgent intervention are essential. In special situations like disasters or military missions, compromise is made due to the

circumstances, but psychiatric triage and intervention do not differ significantly.

Key-words: emergency, psychiatric disturbances, dangerous conditions

Dr. Kovács Gábor ny. o.ezds.

E-mail: col.kovacs@gmail.com.