

Sürgősségi pszichiátria, krízisintervenció

Vörös Viktor

Ebben az áttekintésben ismertetjük a *sürgősség fogalmát és klasszifikációját* a pszichiátriában, majd a sürgősségi pszichiátriai ellátás *klínikai jellegzetességeit* (epidemiológia, etiológia, diagnózis, differenciáldiagnózis, lefolyás, prognózis, kezelés) és a legfontosabb *gyakorlati tudnivalókat* (interjútechnika, vizsgálati helyzet, alapvető szabályok) tárgyaljuk. Ezt követően a mindennapi klínikai gyakorlatban előforduló legfontosabb pszichiátriai *sürgősségi állapotokat* tekintjük át, végül a sürgősségi pszichiátria *jogi vonatkozásait* ismertetjük. Kiemelt jelentősége miatt az *öngyilkosság* jelenségvilágával, illetve a *lélektani krízishelyzettel* és a krízisintervencióval külön alfejezetben foglalkozunk.

1. A sürgősség fogalmi meghatározása és klasszifikációja a pszichiátriában

Medicinális értelemben a sürgős szükség az egészségi állapotban bekövetkezett olyan változás, amelynek következtében azonnali egészségügyi ellátás hiányában a beteg közvetlen életveszélybe kerülne, illetve súlyos vagy maradandó egészségkárosodást szenvedne.

Pszichiátriai sürgősségi állapotnak az minősül, ha a beteg pszichés állapota, illetve szenvedélybetegsége következtében közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít (vagyis saját vagy mások életére, testi épségére, egészségére közvetlen és súlyos veszélyt jelent).

Jogi értelemben sürgősségi pszichiátriai gyógykezelés szükségessége akkor áll fenn, ha a beteg pszichés állapota, illetve szenvedélybetegsége következtében közvetlen veszélyeztető magatartást tanúsít, és ez csak azonnali pszichiátriai intézeti gyógykezelésbe vétellel hárítható el.

A pszichiátriai gyakorlatban észlelhető sürgősségi helyzetek (*sürgősség a pszichiátriában*) nem mindegyike igényel sürgősségi pszichiátriai gyógykezelésbe vételt.

A sürgősségi pszichiátriai ellátás során számos olyan akut helyzettel találkozhatunk, amelyekben nehéz elkülöníteni, hogy az akut pszichopatológiai tüneti kép hátterében valamilyen *szomatikus (testi, fizikális, organikus)* vagy *pszichés (lelki, mentális, pszichiátriai)* kóreredet áll. Ennek eldöntése azért fontos, mert ez határozza meg a beteg további sorsát, a kezelés megfelelő helyszínének és módjának megválasztását. Minden esetben egyedileg kell felmérni és elbírálni, hogy mi okozza az elsődleges sürgősséget (adott esetben a vitális fenyegetettséget), vagyis, hogy az aktuális szomatikus vagy pszichiátriai kórállapotnak (vagy potenciális szövődményeiknek) nagyobb-e a kockázata.

Pszichiátriai sürgősség, szomatikus sürgősség nélkül: Pszichiátriai sürgősség esetében a beteg megváltozott magatartása miatt közvetlen veszélyt jelent önmaga vagy környezete számára. Viselkedése lehet izgatott, agresszív, esetleg támadó, de ennek ellenkezője is veszélyes lehet, pl. a katóton stupor esetében. Az „enyhébb” pszichiátriai betegségekben (pánik, szorongásos zavarok, szomatiform zavarok) is kialakulhatnak sürgősségi állapotok, emiatt gyakran veszik igénybe a betegek a sürgősségi ellátás különböző formáit. A beteg ilyen esetekben nincs ugyan közvetlen veszélyben, de betegsége természetéből fakadóan ezt nem képes elfogadni, állapotát gyakran életveszélyesnek minősíti.

Pszichiátriai betegség, következményes szomatikus sürgősséggel: A pszichiátriai szakellátás elsődlegesen a beteg szomatikus állapotától függően kell, hogy történjen, vagyis csak akkor kerüljön át a pszichiátriai osztályra, ha szomatikus sürgősség már nem fenyeget és a páciens pszichés állapota indokolja további kezelését (pl. gyógyszeres szuicid kísérletet követően).

Szomatikus sürgősséget kísérő pszichiátriai tünetegyüttes: Általánosságban igaz, hogy a betegek az ilyen esetekben elsődlegesen szomatikus ellátást igényelnek és a pszichiáter inkább,

mint konziliárius van jelen, aki általában tüneti terápiát javasol a gyakran átmeneti pszichopatológiai tünetek kontrollálására, hiszen lényeges lehet a hozzáférést segítő pszichiátriai beavatkozás (verbális megnyugtatás, pszichofarmakon adása), valamint a diagnosztika elősegítése. Ezekben a „határhelyzetekben” tapasztalható legtöbbször a páciens ide-oda küldözgetése, a „passzolás”, a felelősség áthárítása, melynek azonban legtöbbször a beteg látja kárát. Típusos ilyen állapot a delírium valamely formája, amelynek számos eredete lehet (alkohol- vagy drog okozta megvonási szindróma, centrális antikolinerg szindróma, súlyos testi betegségek, metabolikus encephalopathiák, posztoperatív állapot stb.), így több szakterület is kompetensebbnek érezheti a másik szakterületet – és nem a sajátját – a beteg ellátásában.

Szomatikus sürgősség, kórelőzményben pszichiátriai betegséggel: A sürgősségi ellátás során a pozitív pszichiátriai kórelőzmény sokszor támpontot is adhat, döntésünket azonban ez csak segítse, de ne ez határozza meg. A stigmatizáció vagy az előítéletes döntéshozatal káros lehet, és a beteg életét veszélyeztetheti.

2. A pszichiátriai sürgősség klinikai jellegzetességei

2.1. Epidemiológia

Hazánkban kifejezetten sürgősségi pszichiátriai ellátásra szakosodott hálózat nem épült ki, így pontos hazai epidemiológiai adatokkal nem rendelkezünk. Külföldi tankönyvek szerint a pszichiátriai sürgősségi ambulanciákat a nők és a férfiak egyenlő arányban veszik igénybe, gyakrabban szorulnak ellátásra az egyedül élők, a hajléktalanok és az alacsonyabb társadalmi státuszúak. A pszichiátriai sürgősségi esetek kb. 20%-a szuicid magatartással kapcsolatos, az ellátottak mintegy 10%-a pedig erőszakos, violens páciens. Diagnosztikailag az affektív és alkalmazkodási zavarok, a pszichotikus állapotok, illetve az alkoholproblémák a leggyakoribbak. A legtöbb esetet az ügyeleti, illetve éjszakai időszakban látják el, de – a közhiedelemmel ellentétben – a napok, hónapok, illetve ünnepek tekintetében nem találtak eltérést. A sürgősséggel ellátott betegek mintegy 40%-a igényel további hospitalizációt.

2.2. Etiológia, diagnózis, differenciáldiagnózis

A sürgősségi ellátás során rövid idő alatt gyors és pontos döntést kell hozni, hiszen az első ellátási lépések meghatározóak a páciens további sorsát illetően. Elsőként fel kell mérni az esetleges *vitális fenyegetettséget*, majd el kell döntenit, hogy a beteg *állapota veszélyeztető-e* vagy sem, és ha igen, azt *mi okozza* (szomatikus vagy pszichés zavar). Ezek után, a kockázatok mérlegelését követően az egyes szakterületek kompetenciáinak meghatározása, és ez alapján a beteg szempontjából legbiztonságosabb és a kezelés szempontjából leghatékonyabb „betegút” kiválasztása szükséges.

Bár bizonyos helyzetekben elengedhetetlen a diagnózis gyors meghatározása (pl. delírium tremens), más esetekben azonban elegendő lehet a sürgősségi állapotot fenntartó tünetet eliminálni (pl. agresszivitás, nyugtalanság). Gyakorlati szempontból rendkívül fontos az esetleges *szomatikus etiológiai tényezők mielőbbi kizárása*. Az ellátás egyik kardinális kérdése – és gyakori hibázási lehetőség – a fizikális zavar lehetőségének kizárása, annak érdekében, hogy fizikális eredetű zavart, még ha jelen is vannak kísérő pszichopatológiai tünetek, ne kezeljünk pszichés problémaként. Fontos szem előtt tartani, hogy a különböző traumák, testi betegségek, szerhasználat, cerebrovaszkuláris történések, metabolikus zavarok, valamint a különböző gyógyszerek szedése mind-mind okozhatnak pszichés tüneteket, magatartásváltozást. A kivizsgálás célja a háttérben álló esetleges organikus betegség felderítése, hiszen az *oki terápiát* csak a háttérben álló szomatikus eltérések kiderítése alapján lehet megtervezni. A *tüneti terápia* célja a tünetek enyhítése és a kivizsgálás megkönnyítése.

A kivizsgálás az *obszervációval* (arc, nyelv, bőr, lehelet, szag, külsérem, viselkedés) kezdődik, majd az *explorációval* folytatódik. Az *exploráció* során fontos, hogy a páciens először saját szavaival mondja el fő panaszait. Ha erre nincs lehetőség, akkor konkrét és egyértelmű kérdésekkel próbáljuk felmérni a páciens aktuális állapotát, az általános tájékozódó pszichiátriai vizsgálat kérdéseit alkalmazva. Mindezek mellett rákérdezzük az alábbiakra is: hangulati élet, feszültség-szorongás, alvászavarok, étvágy, testsúlyváltozás, érzékcsalódások, gondolkodászavarok, kognitív funkciók, szuicid intenciók. Fontos, hogy a vizsgáló attitűdje az interjú során mindvégig határozott, ugyanakkor megnyugtató legyen, ezáltal teremtsen meg a biztonságos és professzionális közeget a páciens, illetve a kezelőszemélyzet számára.

A kivizsgálás része az alapos *fizikális (belgyógyászati és neurológiai) vizsgálat*, továbbá fontos a minél pontosabb *anamnézis*, és lehetőség szerint a *heteroanamnézis* felvétele is, mely alapvető támpontot jelenthet a reális kép kialakításához. A korábbi pszichiátriai előzmények ismerete fontos, azonban lényeges az előítélet-mentes döntés, így, a sürgősségi helyzetet mindig új esetként értékeljük.

Éppen ezért szükséges lehet az olyan alapvető *rutin vizsgálatok* elvégzése, mint a pulzus- és vérnyomásmérés, a testhőmérséklet mérés, az EKG- és a mellkasröntgen-vizsgálat, vagy a sürgős laboratóriumi (ionok, vércukor, máj- és vesefunkciók, vérkép, gyulladásos paraméterek, pajzsmirigyfunkciók, vérgáz értékek) és esetleg toxikológiai- (főleg vizeletből, esetleg vérből) és gyógyszer vérszint (lítium, karbamazepin) vizsgálatok. Felmerülhet, főleg traumás előzmény esetén agyi, vagy egyéb képzővizsgálatok (CT, MRI), vagy bizonyos neurológiai betegségek gyanúja esetén EEG vizsgálat végzése is. Bizonytalan esetekben neurológiai vagy belgyógyászati *konzílium* javasolt, esetleg a sürgősségi betegellátó intézmény vagy a traumatológiai ügyelet igénybevétele.

2.3. Lefolyás, prognózis

A sürgősségi pszichiátriai esetek *kimenetele* a gyors beavatkozás és a helyes diagnosztika függvénye. Ha szomatikus ok kerül a felszínre, a páciens további kezelése a sürgősségi betegellátó intézményben, vagy a megfelelő szomatikus osztályon folytatódik. Ilyenkor a szállíthatóság, a megfelelő vizsgálatok elvégzése és a kezelés biztosítása, valamint a páciens és a környezet védelme céljából pszichiátriai tüneti terápia indikálása javasolt (pl. szedáció biztosítása a szállításhoz, a részletesebb kivizsgáláshoz vagy a megfelelő gyógyszerek beadásához).

Ha a sürgősségi ellátás során az első diagnosztikai döntések és az akut beavatkozás időben és megfelelő módon megtörténnek, akkor a pszichiátriai sürgősségi állapotok alapvetően jó *prognózist* mutatnak. Hosszabb távon az akut tünettől mögött húzódó kórállapot határozza meg a betegség kimenetelét.

2.4. Kezelés

A sürgősségi ellátás során alkalmazott *biológiai és/vagy pszichológiai* kezelések célja a sürgősség (a közvetlen veszélyeztetés) megszüntetése, a további állapotrosszabbodás megelőzése, az állapot stabilizálása, a megfelelő diagnosztikai feltételek kialakítása és a szükség szerinti terápiák előkészítése, valamint a terápiás kapcsolat megalapozása.

Pszichoterápiák

A pszichiátriai sürgősségi helyzetekben alkalmazott nem-gyógyszeres kezelések pszichoterápiás elemeket tartalmaznak ugyan, de „per definitionem” nem nevezhetők pszichoterápiáknak, hiszen általában ezek legalapvetőbb feltételei sem adóttak (önálló döntés, szerződéskötés stb.). Számos irányzat sürgősségi helyzetekben is jól hasznosítható elemeiből (pl. rogersi változók, magatartásterápiák bizonyos technikái, edukatív elemek stb.)

összekovácsolt terapeutai viselkedésmód, melyben alapvető az empátia, a megnyugtató higgadság, a direktív, szakértői szerep és a biztos tudás sokszor a legcélravezetőbb.

Farmakoterápia

Általánosságban igaz, hogy a sürgősségi ellátásban leggyakrabban alkalmazott szerek a *benzodiazepinek* (pl. *clonazepam*) és az *antipszichotikumok* (pl. *haloperidol*), illetve ezek kombinációi.

Általában *violens magatartás, nagyfokú feszültség-szorongás, extrapiramidális mellékhatás* vagy *pszichotikus állapot* miatt szükséges pszichiátriai sürgősségi medikációt alkalmazni.

Violens magatartás esetén még ma is leggyakrabban az intramuszkuláris haloperidolt alkalmazzuk, csakúgy, mint a súlyos akut pszichotikus állapotokban, egyes organikus vagy intoxikációs (pl. alkohol, hallucinogének, amfetamin és származékai stb.) állapotokhoz társuló pszichotikus és agresszív magatartás esetén. Kivétel azonban a jelentősebb antikolinerg hatással bíró szerekkel történt intoxikáció (csattanó maszlag, biperidin) amikor benzodiazepinek adása javasolt, mivel az antipszichotikumok antikolinerg hatása tovább ronthatja az állapotot. A haloperidol szokásos egyszeri dózisa az akut pszichiátriában – a beteg állapotától és testsúlyától függően – 5–15 mg, mely szükség esetén 30-60 percenként többször is ismételhető a megfelelő hatás eléréséig. Általában napi 50 mg (kivételes esetekben maximum 100 mg) dózissal nagyobb adag alkalmazása nem indokolt.

A *szorongásos, feszült állapotok* (primer szorongásos zavarok vagy egyéb major pszichiátriai betegséghez társulók) elsődleges sürgősségi pszichiátriai gyógyszerei a benzodiazepinek. Hazánkban a per os alprazolam (0,5–2 mg egyszeri dózis) és a clonazepam a legelterjedtebbek, utóbbinak egyszeri dózisa általában 0,5–2 mg szájon át vagy intramuszkulárisan (esetleg lassan intravénásan). Ezen kívül 5–10 mg egyszeri dózisú diazepam (po, im, vagy iv) alkalmazható, illetve ma már a lorazepam is elérhető hazánkban. Ezen készítmények általában napi 3–4 alkalommal ismételhetők.

Az akut *extrapiramidális mellékhatások* (akut disztónia) leginkább biperidinre, prociklidinre, benzotropinra (2 mg per os. vagy im.) vagy difénhidraminra (50 mg po, im, vagy iv) reagálnak, illetve néhány páciens esetében benzodiazepin is adható. Hazánkban az első két készítményt alkalmazzuk, illetve a benzodiazepineket.

Akut *pszichotikus állapotokban* a haloperidol mellett – mivel ma már néhány második generációs antipszichotikum is elérhető intramuszkulárisan adható változatban – választhatjuk az olanzapin, az aripiprazol, vagy a ziprazidon injekciót is, főleg ismert páciensekben, kiváltképp, ha korábban már volt pozitív tapasztalat a páciensnél a fenti gyógyszerek valamelyikével. Emellett a risperidon és az amisulprid oldat formájában, az olanzapin pedig szájon oldódó tablettá formájában is előnyös lehet az akut pszichotikus esetek ellátásában.

Impulzív, agitált állapotokban, főleg, ha mindez mániás állapothoz társul, valproát, karbamazepin, illetve lítium mielőbbi adása is indokoltá válhat.

Sürgősségi helyzetekben problémát jelenthet a gyógyszeres kezelés *elfogadtatása* a beteggel (betegségbelátás hiánya), a szer *bejuttatása* a szervezetébe (nyugtalan, nem kooperáló beteg), illetve a *hatóidő kivárása* (veszélyeztető állapot). E problémák kivédésére előny lehet a gyógyszerek parenterális (im, vagy iv) adagolása, a szokásosnál gyakoribb adagolás (többször kevesebbet), valamint a szedatív hatás (vagy mellékhatás) „kihasználása”, ameddig szükséges.

A *kombinációk, illetve az interakciók* mérlegelése sürgősségi helyzetekben is lényeges szempont. Antipszichotikum és benzodiazepin együtt adása gyakori és hasznos a sürgősségi klinikai gyakorlatban (pl. haloperidol + clonazepam), ilyenkor az additív hatásokra figyelemmel kell lenni. Különösen igaz ez az alkoholos befolyásoltság eseteire, amikor benzodiazepinek adása fokozott kockázattal járhat, illetve az egyéb pszichotrop szerek is csak megfelelő körültekintéssel alkalmazhatók. Ugyanígy nem hagyhatók figyelmen kívül az egyéb farmakokinetikai és farmakodinámiás interakciók, továbbá az sem, hogy az ismételt

gyógyszeradások során a szerek kumulálódhatnak a szervezetben, és a kezdeti hatástalanságot követően hirtelen nagyfokú szedáció, hipotenzió, illetve markáns mellékhatások jelentkezhetnek.

3. Speciális és gyakorlati szempontok a sürgősségi pszichiátriában

3.1. Interjútechnika, terapeutai attitűd

A sürgősségi interjú során a legfontosabb információk mielőbbi megismerése szükséges. Ehhez a beteggel való beszélgetésen túl gyakran szükség van a *heteroanamnesztikus* adatok beszerzésére is, a hozzátartozóktól, a beküldő orvostól, a mentősöktől, vagy az esetlegesen kísérő rendőröktől. A megfigyelés, a meghallgatás és a célzott kérdések segítenek a mielőbbi helyzetértékelésben. Fontos, hogy az *orvos határozott, egyértelmű, ugyanakkor odaforduló, érdeklődő legyen*, hogy a megfelelő orvos-beteg kapcsolat létrejöjjön, és a kontroll mindvégig az orvos kezében maradjon. *Telefonhívások* esetén fontos mielőbb tisztázni a hívó pontos adatait, a telefonálás helyszínét, hogy szükség esetén, akár a személyzet egy másik tagja segítséget tudjon küldeni a helyszínre. Ilyen veszélyeztető helyzetekben ne javasoljuk a páciensnek, hogy egyedül jöjjön az ügyeletre.

3.2. Az agresszív beteg ellátásának főbb szempontjai, gyakorlati vonatkozásai

Agresszív páciensek ellátásakor az *ápolókon* kívül a *biztonsági személyzet* segítségére is szükség lehet, illetve, ha a páciens *mentők* szállították, akkor a mentőszemélyzetnek addig szükséges jelen lenniük, amíg a páciens biztonsággal el nem helyezik. Időnként előfordulhat az is, hogy *rendőrök* is kísérik a páciens, vagy a rendőrséget kell értesíteni a fenyegető magatartás, vagy a páciensnél lévő fegyver miatt. A lefegyverzés az erre képzett rendőrség feladata.

Fontos szempont a közvetlenül veszélyeztető magatartású beteg ellátása során *az orvos saját személyének védelme*, hiszen ő irányítja és koordinálja az ellátást. A betegtől és az agressziójától való irracionális félelem azonban ronthatja a klinikai ítélőképességet, a betegek túlzott szedációjához vagy fizikai korlátozáshoz vezethet. Ezért a pácienssel való találkozás előtt lehetőleg be kell gyűjteni a legtöbb elérhető információt (pl. a kísérő mentősöktől, a számítógépes adatbázisból) és indokolt esetben fel kell készülni az esetleges violens viselkedésre. Ennek érdekében a vizsgálóhelyiséget, vagy a sürgősségi osztályt biztonságosan kell kialakítani, és megfelelően képzett, elégséges számú személyzettel kell működtetni. A vizsgálóhelyiség berendezése ne adjon lehetőséget váratlan, veszélyes akciókra, ne legyenek a helyiségben önsértésre vagy támadásra alkalmas tárgyak. A veszélyes beteggel ne maradjunk egyedül, és mindig legyen segítségül hívható személyzet a közelben. A beteg megközelítése lassan, tapintatosan történjen (fontos a személyes távolság megtartása), természetes, de határozott hangot használva, a segítő szándékot kinyilvánítva. A folyamatos kommunikáció segít a kapcsolat fenntartásában, bizonyos kérdésekkel pedig az agresszió kanalizálódását segíthetjük elő: mi a baj, mire haragszik, miért mérges, mi zavarja leginkább, miben segíthetünk? Fontos, hogy a beteg is biztonságban érezze magát, mely a határozott, de megnyugtató magatartással érhető el a személyzet részéről. Azt is fontos tudatosítanunk, hogy a harag, a verbális agresszió (pl. becsmérlés, káromkodás) nem az orvos személyének szól, hanem a beteg aktuális állapotából, illetve a szituációból fakad.

Mindemellett, a veszélyeztető állapotú *páciens*t meg kell védenünk akár önmagától, akár környezetétől, valamint a *környezetet* a páciensétől. Amennyiben a páciens viselkedése fenyegető, először tájékoztatni kell, hogy az agresszív viselkedés nem elfogadható. Majd megpróbáljuk verbálisan meggyőzni, később nem fenyegetően kérni, illetve szükség esetén utasítani a páciens az együttműködésre, illetve gyógyszert ajánlani számára és figyelmeztetni, hogy korlátozás elrendelésére is lehetőség van, ha ez szükséges. Ez kémiai (gyógyszer) és

fizikai korlátozó intézkedéseket jelenthet. Korlátozó intézkedés esetén kellő számú személyzet tartózkodjék a helyiségben és csak képzett személyzet végezze azt. Veszélyeztető magatartású, agitált beteg esetében mind a négy végtag rögzítése is szükségessé válhat, általában csak átmenetileg, a gyógyszerhatás eléréséig. Ritkább esetben hosszabb, folyamatos rögzítésre is szükség lehet (valamilyen okból nem adható megfelelő – mennyiségű – gyógyszer, az adekvát gyógyszerhatás eléréséhez hosszabb idő kell), ilyenkor ennek alapos indoklása és részletes dokumentálása szükséges.

3.3. Felvilágosítás, dokumentáció

A beteg tájékoztatása mellett – amennyiben ennek jogszabályi feltételei fennállnak – javasolt a hozzátartozók rövid, lényegre törő *felvilágosítása* is a beteg állapotával és a várható kockázatokkal, illetve kimenetellel kapcsolatban (mi okozhatja az állapotát, mennyi idő alatt rendezhető, a sürgősségi ellátást követően kell-e hospitalizálni). A felvilágosítás a hozzátartozók esetleges elutasító attitűdjét megváltoztathatja, ami a további együttműködést segítheti.

A sürgősségi ellátás során lényeges lehet a sürgősséggel vagy krízisállapot miatt kezelt páciens *hozzátartozóinak* esetleges pszichiátriai ellátása (gyógyszeres, szupportív pszichoterápiás intervenció) is. Továbbá, az agresszív beteg által esetlegesen bántalmazott családtagok (gyermek, házastárs) vagy szemtanúk ellátása, pszichés támogatása is szükségessé válhat a kialakult vagy kialakuló trauma, szorongás, büntudat stb. csökkentése vagy megelőzése érdekében.

Fontos a sürgősségi intézkedés minden lépésének *dokumentálása* és a beteg állapotváltozásának rögzítése.

4. A leggyakoribb sürgősségi pszichiátriai ellátást igénylő kórképek, állapotok

4.1. Mentális zavarok

Akut pszichotikus állapot

Differenciáldiagnosztika: akut pszichotikus állapot előfordulhat valamilyen ismert „major” pszichiátriai betegség (szkizofrénia, bipoláris zavar, szkizoaffektív zavar, major depresszív zavar, borderline személyiségzavar stb.) állapotrosszabbodásaként, emellett „váratlanul”, első alkalommal jelentkező állapot is lehet; illetve más testi betegség (metabolikus zavarok, neurológiai betegségek stb.) talaján vagy szerhasználat (drog intoxikáció vagy drog indukálta zavar) kapcsán kialakuló tünetegyüttesként is előfordulhat. Az első pszichotikus epizód esetén nem a pontos diagnózis megállapítása, hanem a beteg állapotának gyors rendezése az elsődleges cél, majd ezt követően a megfelelő differenciáldiagnosztikai vizsgálatok mielőbbi elvégzése szükséges.

Ellátás: antipszichotikum és szükség esetén anxiolitikum. Míg ma még leggyakrabban első generációs antipszichotikumokat használunk az első ellátás alkalmával (pl. haloperidol 5–20 mg szükség szerint ismételve szájon át, vagy intramuszkulárisan), addig egyre több pozitív adat szól az újabb, második generációs antipszichotikumok akut, sürgősségi helyzetekben való használatáról (injekciós formák és cseppek egyaránt jól alkalmazhatók). A gyógyszeres ellátás mellett igen nagy hangsúlyt kell helyezni a pácienssel való bánásmód minőségére, hiszen az első bekerülés pszichiátriai osztályra a beteg és családja számára is nehezen feldolgozható élmény marad.

Szorongásos állapot

Differenciáldiagnosztika: szorongásos állapot gyakran jelentkezik valamilyen szerhasználat (pl. amfetamin intoxikáció, benzodiazepin megvonása), vagy szomatikus etiológia talaján (pl. hypoglykaemia, hypocalcaemia, szívinfarktus stb.), ilyenkor az orvos körültekintése és

alapossága a beteg életét mentheti meg. Sokszor valamilyen major pszichiátriai betegség (pl. szkizofrénia, deluzív zavar) kísérő tüneteként, alarmírozó jelként jelentkezik (kezdődő) dekompenzáció esetén. Más esetekben maga a szorongás a vezető pszichés tünet, mint pl. pánikbetegségben, akut stressz zavarban vagy poszttraumás stressz zavarban, illetve az alkalmazkodási zavarok egy részében, valamint a fóbiák esetében. Depresszív zavarokhoz is társulhat markáns, akut ellátást igénylő szorongásos tünettán. Az exploráció és a vizsgálatok során elsősorban a szerhasználat, a szomatikus betegség kizárása szükséges, majd annak eldöntése, hogy valamilyen súlyosabb, major pszichiátriai betegséghez társuló szorongásról, vagy egyéb, primer szorongásos állapotról van-e szó. A szorongásos betegségek jelentkezhetnek súlyos, akut ellátást követelő testi tünetek formájában is (pl. pánikrohamok), vagy pszichiátriai hospitalizációt igénylő pszichés dekompenzációval.

Ellátás: sürgősségi helyzetben – az etiológia tisztázásával párhuzamosan – a beteg verbális nyugtatása mellett leggyakrabban benzodiazepineket (clonazepam, diazepam, alprazolam, lorazepam) alkalmazunk per os vagy parenterális formában. Injekciós készítmény formájában leggyakrabban clonazepamot (1–2 mg im. vagy lassan iv.), szájon át sokszor alprazolamot (0,25–2 mg) vagy szintén clonazepamot (0,5–2 mg) szükség szerint ismételve alkalmazunk. Az akut ellátást követően eldöntendő, van-e szükség pszichiátriai vagy más osztályos hospitalizációra (pl. kardiológiai felvétel miokardiális eredet esetén), illetve hosszabb távú pszichoterápiás vagy pszichiátriai kezelésre, gondozásra.

Mániás állapot

A mániás állapot szinte mindig sürgősségi indokú osztályos felvétellel jár. Legtöbb esetben hiányzik a betegségbelátás, ugyanakkor fennáll a veszélyeztető magatartás, tehát korlátozó intézkedésekre kerül sor. Gyakori az agitált viselkedés, a kezelésbe vétellel szembeni ellenállás. A történetek dokumentálása alapvető feladata az ellátó orvosnak, mind a beteg, mind a saját érdekében.

Differenciáldiagnózis: bipoláris zavar, drog intoxikáció (pl. amfetaminszármazékok), drog indukálta pszichotikus zavar, szkizoaffektív zavar, egyéb organikus affektív zavarok.

Ellátás: típusos mániában sürgősségi felvételkor általában parenterális antipszichotikumot és – szükség esetén az állapottól függően – nagy potenciálú benzodiazepint (főként clonazepamot) alkalmazunk. Ez mielőbb kiegészítendő fázisprofilaktikum adásával, klasszikus mániában általában lítium, egyéb esetekben leggyakrabban valproát választható. Az antipszichotikumok közül első lépésben általában haloperidol vagy zuclopenthixol (akár acutard injekció formájában is) adására kerül sor, de alkalmazhatunk olanzapint (injekció vagy szájban oldódó tabletta), aripiprazolt (injekciós formában is), risperidont (oldatban is elérhető) vagy clozapint. A nemkívánatos mellékhatások (túlszedálás, mozgászavarok stb.) elkerülése érdekében inkább naponta többször adjunk gyógyszert, a kezelés elején akár 30–60 percenként, a beteg állapotától függően, megtartva az együttműködés lehetőségét. Az antipszichotikumok, illetve főleg a benzodiazepinek gyorsan hatnak, a hangulatstabilizálók antimániás hatása azonban csak pár nap alatt jelentkezik.

Depresszív állapot

A depressziós betegek kardiovaszkuláris és egyéb morbiditása és mortalitása nagyobb az átlagpopulációénál. Ezen páciensek gyakrabban kerülnek sürgősségi helyzetbe akár ismert pszichiátriai, akár nem pszichiátriai betegségük kapcsán. Az öngyilkosság miatti sürgősségi ellátásra szoruló betegek jelentős része is közülük kerül ki. A sürgősségi helyzetet legtöbbször a szuicid kísérlet, a súlyos depressziós stupor vagy negativizmus, esetleg a nagyfokú szorongás, anhedónia, amotivációs állapot vagy az alvászavar okozza.

Differenciáldiagnosztika: az organikus affektív zavarok (testi betegséghez vagy központi idegrendszeri folyamathoz társuló), valamint a gyógyszerek okozta (exogén) depresszív

zavarok kizárása fontos. Emellett aktuális stresszor (reaktív) is gyakran feltárható az anamnézisben.

Ellátás: antidepresszívum mielőbbi adása indokolt, súlyosabb esetekben SSRI-szerek magasabb dózisait, illetve kettős-hatású készítményeket (mirtazapin, venlafaxin, duloxetin) használunk. Gyakran azonban a társuló szorongásos állapotot kell elsőként oldani, ugyanakkor pszichotikus szintű zavarok esetén antipszichotikum átmeneti alkalmazása is indokolt lehet. Lehetőleg extrapiramidális mellékhatásokat kevésbé okozó, antidepresszív hatással is bíró esetleg akut szedatív (pl. quetiapin, olanzapin) vagy nem-szedatív (aripiprazol) második generációs antipszichotikummal próbálkozzunk.

Egyéb mentális zavarok

Anorexia nervosa esetén is kialakulhat súlyos, akár életveszélyes állapot, mely miatt sürgősségi pszichiátriai ellátásra kerül sor. Mivel az ilyen súlyos esetek jelentős része elsődlegesen szomatikus vitális fenyegetettséggel jár, így kezdetben sürgősségi vagy belgyógyászati/intenzív osztályos ellátás szükséges, és esetleg speciális evészavar központokban javasolt a további kezelés.

Súlyos *alvászavar* is előfordulhat a mindennapi sürgősségi praxisban, ilyen esetekben a szorongásoldás céljából benzodiazepinek vagy a hipnotikus hatás elérése céljából szintén a benzodiazepin, vagy az újabb, nem-benzodiazepin (poszt-benzodiazepin) típusú altatók adása javasolt. Amennyiben hangulatzavar tünetei is társulnak, inkább szedatív, hipnotikus potenciállal is bíró antidepresszívumok alkalmazása javasolt (pl. mirtazapin, mianserin, trazodon, amitriptylin).

4.2. Addiktológiai, illetve káros szerhasználattal összefüggő zavarok

Intoxikációk

Akut ellátásuk speciális toxikológiai és oxiológiai felkészültséget és háttérrel kíván, elengedhetetlen az intenzív ellátás lehetősége, a speciális diagnosztika és az antidótumok elérhetősége. Az intoxikációk elsődleges ellátása éppen ezért a sürgősségi betegellátó osztályok feladata. Megfelelő háttérrel nem rendelkező pszichiátriai osztályokon intoxikált betegek ellátása nem javasolt, csak a szomatikus állapot stabilizálódását követően.

Differenciáldiagnosztika: Az alkohol, illetve a benzodiazepinek mellett manapság a különböző „designer” drogok és szintetikus készítmények használata vált igen gyakorivá. A diagnosztika a tünettan (mentális, szomatikus), valamint a toxikológia (vizelet, vér) alapján lehetséges.

Ellátás: intoxikált állapotok, illetve mérgezések kapcsán legfontosabb a szer további bejutásának megakadályozása, illetve annak mielőbbi eltávolítása a szervezetből (hánytatás, gyomormosás, infúzió, forszírozott diurézis), valamint hatásának felfüggesztése (speciális antidótumok alkalmazása). A központi idegrendszeri tüneteken túl monitorozni kell a keringési és légzési paramétereket, mert ezek eltérései azonnali ellátást kívánhatnak. Alapvető a megfelelő fektetés, a légutak szabaddá tétele, a vénabiztosítás, az oxigén elérhetősége. A hánytatás, gyomormosás végzése a mai ajánlások szerint a bevételt követően 6 órán túl általában nem javasolt. Forszírozott diurézist gyakran alkalmazunk, bár egyes gyógyszerek esetén – mivel azok nagyrészt fehérjéhez kötöttek a vérben – ennek hatása nem mindig egyértelmű. Antidótumok adása életmentő lehet, benzodiazepin intoxikáció esetén, akár ex juvantibus is flumazenil alkalmazandó (0,3–0,5 mg iv.), opiát intoxikációban naloxon iv. adása (0,4–2 mg iv.) válhat szükségessé. Flumazenil adását követően gyakran észlelünk a tudatzavar átmeneti javulása után nyugtalan, izgatott, agresszív viselkedést, mely akár szedációt is igényelhet. Ilyen esetekben nem a benzodiazepin, hanem pl. kis dózisu haloperidol adása jön szóba. Fontos tudni, hogy a flumazenil hatásideje rövidebb, mint a benzodiazepineké, ezért folyamatos monitorizálás az átmeneti feltisztulás után is szükséges. Alkoholintoxikációban, vagy patológiás részegség esetén, amikor azok agresszív viselkedéssel, fenyegető,

veszélyeztető magatartással járnak, gyakran szükség van szedatív szer alkalmazására. Ilyenkor megfelelő körütekintés mellett haloperidol és/vagy benzodiazepinek adása jöhet szóba. Haloperidol esetén főként a kardiális mellékhatások (pl. QTc szakasz megnyúlása, ritmuszavarok), benzodiazepinek mellett az additív hatás (tudatzavar fokozódása, légzésleállítás, kóma) és a paradox reakció lehetősége miatt szükséges az óvatosság. Amfetaminszármazékok intoxikációja esetén a benzodiazepin adása is megfelelő, ugyanakkor figyelemmel kell lenni arra, hogy a páciens többfajta drogot és alkoholt is használhatott, ezért a benzodiazepinek adása ilyen esetekben is óvatosságot igényel. Antikolinerg hatással is bíró intoxikációkban, delíriumokban (csattanómaszlag, antikolinerg gyógyszerek) szintén a benzodiazepin adása javasolt elsősorban, mivel az antipszichotikumok esetleges antikolinerg mellékhatása tovább ronthatja a tüneteket. A kannabisz, illetve hallucinogén drogok okozta akut intoxikációk, átmeneti pszichotikus tünetek, illetve viselkedészavarok esetén antipszichotikumok, főleg haloperidol adása indokolt.

Megvonásos állapotok

A megvonásos tünetek kezelése gyakran pszichiátriai osztályos feladat, sürgősségi beutalással. Az állapot súlyosságától függően a prodróma, a predelírium és a delírium tüneteit különböztetjük meg. A járulékos tünetek a dependenciát okozó szertől (alkohol, drogok stb.) függnek.

A *differentiáldiagnózis* lényeges, gyakoriak az együttesen előforduló anyagcserezavarok (diabétesz, tireotoxikus állapot, májelégtelenség, anémia stb.), koponya- és egyéb sérülések (főleg alkoholbetegeknél), továbbá fennáll esetleges fertőző betegségek (meningitis, HIV, hepatitis stb.) lehetősége. Bizonytalan anamnesztikus adatok esetén kiegészítő vizsgálatokra (képalkotó, labor) van szükség. Nem ritka a megvonáskor (főleg benzodiazepin vagy alkohol) jelentkező alkalmi görcsroham, mely további szövődményekhez vezethet.

Ellátás: Alkohol-, illetve benzodiazepin megvonás vegetatív tünetei esetén benzodiazepinek adandók, a delíriumban fellépő hallucinációk, pszichotikus tünetek, vagy agitált viselkedés kialakulása esetén antipszichotikum (általában haloperidol) adása is szükséges. Az ellátás alappillérei a nyugtatás és a szedálás (benzodiazepinek), a folyadék- és ionháztartás (infúziós folyadékpótlás, kálium és magnéziumpótlás), a vérnyomás (vérnyomáscsökkentők) és a pulzus rendezése (bétablokkoló), kardiális támogatás, vitamin adagolás (tiamin és egyéb B vitaminok) és szükség esetén antikonvulzívum (elsősorban karbamazepin vagy valproát) is adandó. Opiát-megvonásban, detoxifikáló kezelés esetén adható metadon, szükség esetén kiegészítve benzodiazepinekkel, antikonvulzívummal (például karbamazepin), esetleg kis dóziséjú haloperidollal.

4.3. Geriátriai, gerontopszichiátriai zavarok

Idős korban a demenciához társuló zavartság, delíriózus epizódok, nyugtalanság és agresszivitás igényelhetnek sürgősségi pszichiátriai ellátást. Ezen tünetek háttérben gyakran valamilyen szomatikus alapprobléma (exsiccált állapot, vagy valamilyen infekció, pl. pneumónia, húgyúti fertőzés) áll, ezért ezek célirányos keresése alapvető fontosságú. Pszichomotoros nyugtalanság, agitáltság esetén az idősekben gyakran észlelhető paradox reakciók miatt benzodiazepinek adása nem vagy csak nagy óvatossággal javasolt, ilyenkor hatékonyabbak lehetnek a nem-szedatív antipszichotikumok (például a tiaprid), mely alkalmazható szájon át és intramuszkulárisan is. Továbbá a risperidon (pl. oldatban) alkalmazható, a quetiapin pedig orálisan adva is igen hatékony az időskori delíriózus epizódok, valamint az agitáltság és viselkedészavar kontrollálásában. Ezen szerek adhatósága azonban az indikációs körüket, a támogatottságukat, a mellékhatásprofiljukat (kardiális, szedatív, hipotonizáló mellékhatások, parkinsonizmus) és a különböző ajánlásokat is figyelembe véve korlátozott. Időskori súlyos zavartság esetén kis dóziséjú (2,5–5 mg egyszeri adag, mely szükség

esetén ismételhető) intramuszkuláris haloperidol alkalmazása is szükségessé válhat. Hosszabb távon a tüneti terápia mellett azonban az okkeresés, és ezt követően az oki terápia alkalmazása a legfontosabb. Időskorban a gyógyszerelés során a „*go slow, stay low*” („lassú emelés, alacsony dózis”) alapszabály betartása javasolt a fokozott érzékenység, a paradox reakciók, a csökkent metabolizmus és beszűkült vesefunkciók lehetősége miatt is.

4.4. Szomatikus alapbetegségek

Ezen kórképek kezelése a sürgősségi osztályok, illetve az adott szomatikus osztály kompetenciája. A társuló pszichopatológiai tünettán, illetve viselkedészavar vagy agitáció miatt tüneti terápia indikálása javasolt pszichiátriai konzílium formájában. Ha korlátozó intézkedések szükségesek (deorientáltság, agitáltság stb. esetén), akkor azok, megfelelő dokumentáció mellett, ezeken az osztályokon is alkalmazhatók. Természetesen a sürgős szomatikus problémák megoldását követően, ha a továbbra is fennálló pszichés tünetek rizikója nagyobb, mint a szomatikus betegségé, a kezelés a pszichiátriai osztályon folytatódhat konzíliumot követően.

4.5. Gyógyszerekkel összefüggő sürgősségi pszichiátriai állapotok

A *clozapinnak* van néhány ritka, de súlyos mellékhatása, melyek akut ellátást igényelhetnek. Ilyen a granulocitopénia/agranulocitózis, a göresküszöb csökkentése okán kialakuló grand mal típusú roszullét, vagy az antikolinerg delírium kialakulása. Kiemelendők továbbá a clozapin és a karbamazepin kombináció csontvelő-károsító hatásából adódó komplikációk (vérképzőrendszeri zavarok), valamint a clozapin és a benzodiazepin együttdadásakor a légzési elégtelenség, a tüdőödéma kockázata.

A clozapin mellett a többi *antikolinerg hatású* pszichotrop gyógyszer is eufóriás állapotot, zavartságot, delíriózus tudatzavart okozhat.

Az *antipszichotikumok* heveny mellékhatásai lehetnek még az akut extrapiramidális tünetek (disztóniák, akatízia, illetve parkinsonizmus), mely főleg az erős antidopaminerg hatású, első-generációs szerekre jellemző. Súlyos esetben rhabdomyolízis, illetve ritkán neuroleptikus malignus szindróma is kialakulhat, mely utóbbinak már a gyanúja esetén is intenzív terápiás ellátás szükséges.

A korábban alkalmazott *antidepresszívumok* adása mellett még számos mellékhatást észlelhetünk. A nem reverzibilis MAO-bénítók szedése esetén szigorú diétát kellett tartani, mert hipertóniás krízis („sajtreakció”) léphetett fel. A tri- és tetraciklusos vegyületek centrális és perifériás mellékhatásainak többsége vagy a szerotonin-szindróma az SSRI vagy ún. kettős hatású antidepresszívumok alkalmazásánál már nem, vagy alig fordulnak elő.

Lítiumot szedő páciens akut állapotrosszabbodása esetén a súlyos kimenetelű lítium intoxikációra mindig gondolni kell.

A benzodiazepineknél a *megvonásos, visszacsapásos* és *paradox* reakciók, valamint az antidepresszívumoknál a *diszkontinuációs* szindróma gyakran előforduló jelenségek.

4.6. Egyéb, gyakori tünetek és tünetcsoportok a sürgősségi pszichiátriában

E *kategóriákat* a középpontban álló tünetek alapján jelöltük meg, ezek nem diagnózisok, ugyanakkor a mindennapi gyakorlatban gyakran jelennek meg, mint „címkék”, lehetőséget adva a beteg pszichiátriai osztályon való elhelyezésére (agresszív, zavart, regresszív, negativisztikus, szuicid). Az orvosi dokumentációban a be- vagy átutalás „kulcsszavai” ezek. Röviden ismertetjük a legfontosabb „kategóriákat” kiemelve az okokat és terápiás vonatkozásokat. A lélektani krízisállapottal, valamint a szuicídium jelenségével külön alfejezetben foglalkozunk.

A „zavart” beteg

A „zavartság” tulajdonképpen a kognitív funkciók működészavarát jelenti. Szűkebb értelemben az orientációs zavarokat (tájékozatlanság) jelöli, de tágabb értelemben gyakran ide sorolják a figyelem, az emlékezés, az észrevevés, vagy a gondolkodás formai és tartalmi zavarait is. Sőt, gyakran összekeverik a delírium fogalmával, mely utóbbi azonban a tudat éberségének és integritásának együttes zavarát jelenti. Időnként a súlyosan beszűkült tudati állapotra, az ebből fakadó explozív reakciók, rövidzárlati cselekmények esetén is használják a „zavart” kifejezést. Mivel tehát a „zavartság” egy általános kategória, ennek használata kerülendő, és inkább a specifikus funkciók zavarát érdemes megjelölni.

A „zavartság” leggyakoribb oka az előrehaladott demencia, a delíriózus tudatzavar, valamilyen szer intoxikáció vagy megvonás, különböző anyagcserezavarok (hipoglikémia, urémia stb.), az ion- és folyadékháztartás zavara, illetve egyéb szomatikus és központi idegrendszeri betegség vagy posztkonvulzív állapot. Ezen organikus eredetű zavarok mellett valamilyen súlyos külső stressz hatására is kialakulhat „zavartság”, melynek hátterében általában disszociatív mechanizmus áll. Emellett időnként pszichotikus páciensek inkoherens gondolkodására, hallucinátoros élmények által befolyásolt magatartására, dezorganizált viselkedésére is használják a „zavart” kifejezést.

A „zavartságnak” éppen ezért nincs egységes *terápiája*, mindig az okot kell feltárni, és az ennek megfelelő oki kezelést alkalmazni.

Az „agresszív” beteg

Az „agresszív” beteg kategória is egy gyűjtőfogalom, melybe beletartozhat a nyugtalan, irritábilis, agitált, impulzív, hosztilis, ellenséges, fenyegető, támadó és violens magatartás egyaránt. Az agresszió megjelenhet gondolati szinten, verbálisan, illetve tettekben auto-agresszió (önártalom, önkárosító magatartásformák, szuicídium) vagy hetero-agresszió formájában. A hetero-agresszió irányulhat a környezet tárgyai és személyek (fenyegetés, bántalmazás, homicídium) ellen is. Agresszív viselkedés előfordulhat akut pszichózisokban, mániás állapotban, alkohol-drog intoxikációk vagy megvonások esetén, demenciához társultan, különböző delíriumokban, valamint mentális retardációban, illetve egyes személyiségzavarokban (antiszociális, borderline, paranoid, személyiségzavar, organikus személyiségváltozás) és organikus zavarokban (epilepszia, hypoglykaemia stb.).

Az agresszív viselkedés gyakran képezi sürgősségi pszichiátriai ellátás indokát. Egy agresszív cselekedet követő rendőri intézkedés során felmerülhet valamilyen mentális zavar lehetősége, és pl. ügyeleti időszakban pszichiátriai vizsgálatot kérnek az agresszív magatartást mutató személynél. Ilyen esetekben fel kell mérni, hogy állhat-e valamilyen kóros lelkiállapot vagy mentális zavar az agresszivitás hátterében, és emiatt *pszichiátriai kezelés szükséges-e*, vagy pedig *további rendőrségi intézkedésre* van szükség.

Az agresszivitástól el kell különíteni az *agitáltságot*, mely pszichomotoros nyugtalanságot jelent, s melynek hátterében különböző szomatikus (thyreotoxicus krízis, hypertensio és pszichés (mániás állapot, mentális retardáció, katatón izgalmi állapot) zavarok is állhatnak. Differenciáldiagnosztikai szempontból fontos továbbá az *akatízia* fentiekől való elkülönítése is, hiszen ez utóbbi eltérő ellátást igényel (antipszichotikum dóziscsökkentés, bétablokkoló, benzodiazepin, antikolinerg szer).

Agresszív, agitált magatartás esetén akutan *benzodiazepinek* (pl. *clonazepam 1–2 mg*) és/vagy *antipszichotikumok* (pl. *haloperidol 5–20 mg*) alkalmazása javasolt (általában parenterálisan alkalmazva), továbbá a kémiai korlátozás mellett fizikai korlátozó intézkedés is szükségessé válhat a gyógyszerhatás eléréséig a páciens, illetve környezete védelmében.

A „regresszív” beteg

Gyakran találkozunk úgynevezett „regresszív” pácienssel, aki verbálisan érdemben nem hozzáférhető, alig kommunikál, máskor sír, dobálja magát az ágyon, esetleg önsértő

cselekedeteket végez (földre veti magát, fejét a falba veri, harapdálja magát). Sok esetben az akut fázisban nem is lehet kideríteni a viselkedés okát, mert a beteg érdemben nem hozzáférhető, nem kommunikál, azonban a heteroanamnézis alapján gyakran kiderül, hogy általában valamilyen éretlen személyiségszerkezet talaján kialakuló akut stresszállapot, vesztesség, sérelem, gyász áll a regresszív magatartás háttérében. A pszichés szupporció, esetleg benzodiazepin adása előbb-utóbb oldja a regresszív viselkedést, mely azonban különböző stresszhelyzetekben újra megjelenhet, mint éretlen énvédő mechanizmus.

A „negativisztikus” beteg

A *negativizmus* szintén tág kategória, magában foglalja a passzív vagy aktív elutasító viselkedést, az együttműködés zavarát, a kommunikáció hiányát (mutizmus), a táplálkozás, a gyógyszerelés el nem fogadását, a viselkedési negativizmust, tágabb értelemben az indítékszegénységet. Gyakran társul apátiával, anhedóniával, abúliával. Súlyos formája az alapvető ösztönöket is érintő stupor, melynek háttérében gyakran súlyos pszichotikus, depresszív vagy katatón állapot áll. Előfordulhat, hogy valamilyen súlyos szomatikus betegséghez társultan jelentkezik (neurológia zavarok, endokrinológiai betegség, malignitás). Sürgősségi ellátásra gyakran vitális fenyegetettség miatt kerül sor, a páciensek gyakran hipotóniások, anémiások, exsiccáltak. A fentiek miatt fontos a részletes (hetero)anamnézis, a fizikális vizsgálat, illetve szükség szerint diagnosztikus vizsgálatok (laboratórium, EEG, agyi képalkotó vizsgálat) elvégzése. A tüneti terápián (szomatikus kezelés, táplálás, ápolás, decubitusprevenció stb.) kívül a specifikus kezelést az ok határozza meg. A benzodiazepinek általában hatékony tüneti szernek bizonyulnak, pszichotikus háttér esetén antipszichotikum, depressziós etiológia esetén antidepresszívumok adása javasolt.

5. Etikai és jogi vonatkozások

A sürgősségi ellátás keretein belül is hangsúlyt kell helyezni a beteg jogainak érvényre juttatására. Amennyire lehetséges, a beteget fel kell világosítani állapotáról, a szükséges beavatkozásokról, az alternatív kezelési lehetőségekről és a kezelés elmaradásával járó kockázatokról.

5.1. Tájékoztatás, beleegyezés, cselekvőképtelen állapot

A *tájékoztatás és a beleegyezés* főszabályként ugyanúgy történik, mint általában. Ez jogi szempontból alapvető, továbbá hozzájárulhat a jó együttműködéshez, a bizalom elnyeréséhez. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény (a továbbiakban: Eü.tv.) 191. §-a alapján ameddig a beteg veszélyeztető vagy közvetlenül veszélyeztető magatartást tanúsít, el lehet tekinteni a beteg beleegyezésétől az ezek elhárítását célzó korlátozások tekintetében, de a tájékoztatást ilyen esetben is a lehetőséghez képest meg kell kísérelni. Ugyanez a szakasz ugyanakkor azt is rögzíti, hogy a veszélyeztető vagy közvetlen veszélyeztető magatartás megszűnése után a beteget az általános szabályok szerint részletesen tájékoztatni kell.

A sürgősségi pszichiátriában gyakran előfordul, hogy más szakmák *pszichiátriai konzíliumot* kérnek annak a megítélése céljából, hogy a páciens bizonyos beavatkozásokat (pl. műtétet) visszautasíthat-e vagy sem, illetve a kórházi kezelését megszakíthatja-e önkényesen. Ezeknek a kérdéseknek az eldöntése egyértelműen a kezelőorvos kompetenciájába tartozik, a pszichiátriai konzíliárius nem nyilatkozhat ezekről. Ha a kérdés úgy hangzik, hogy beszámítható-e, döntésképes-e, vagy nyilatkoztatóképes-e a páciens, akkor tulajdonképpen a kérdés arra irányul, hogy a beteg cselekvőképtelen állapotban van-e, vagy sem. Sokszor szakszerűtlenül azt kérdezik, hogy a beteg cselekvőképese-e, illetve belátási képessége érintett-e, vagy sem. Az előbbi kérdés jogi kérdés, nem tartozik az orvos kompetenciájába, ezért a válasznak nincs jogi konzekvenciája. Az utóbbi kérdésben pedig csak igazságügyi elmeszakértő

nyilatkozhat. Ha tehát így hangzik a kérdés, a válaszban akkor is csak arról nyilatkozhat a pszichiáter, hogy *a beteg cselekvőképtelen állapotban van-e, vagy sem.*

A páciens *önrendelkezési joga* főszabályként nem korlátozható. A gyakorlatban sok esetben azonban valamilyen tudatzavar, súlyos demencia stb. áll az ellátás visszautasításának hátterében, bizonyos mértéken fölül a páciens cselekvőképtelen állapotúnak tekinthető. Ha a cselekvőképtelen állapot oka valamilyen mentális zavar, akkor indokolt pszichiáter konzílium kérése. A pszichiátriai vélemény ismeretében a kezelőorvosnak kell döntenie a további teendőkről, elfogadja-e a beteg nyilatkozatát, elvégez-e egy adott beavatkozást, vagy sem stb. Fontos azt is hangsúlyozni, hogy a beteg tájékoztatása és a beleegyezés elfogadása kizárólag a kezelőorvos hatásköre, a pszichiáter nem „helyettesítheti” őt semmilyen esetben sem.

5.2. Jogok és kötelezettségek

A sürgősségi pszichiátriai ellátás során mind a páciensnek, mind az orvosnak vannak *jogai, illetve kötelezettségei.* Az emberi méltóság tiszteletben tartása érdekében kerülni kell a kényszerítő, megalázó eszközök és helyzetek alkalmazását. A beteg érdekében elrendelt korlátozások csak a legszükségesebb mértékűek és a legrövidebb idejűek legyenek. A fájdalmat, sérülést okozó módszerek alkalmazása megengedhetetlen és szükségtelen. A korlátozások elrendeléséről a betegjogi képviselőt és a beteg törvényes vagy meghatalmazott képviselőjét haladéktalanul értesíteni kell.

Manapság egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a *személyiségi- és betegjogok,* továbbá igen fontosak az *adatvédelemmel* kapcsolatos szempontok, és azok érvényre juttatása. Minden, a pszichiátriai sürgősség tevékenységi körébe tartozó intézkedés, cselekedet és orvosi döntés a beteg érdekében kell, hogy történjék, és mindezek alapos és pontos dokumentálása szükséges.

6. A lélektani krízis, az öngyilkosság és a krízisintervenció a sürgősségi ellátásban

6.1. A lélektani krízis modern szemlélete

A krízisintervenció, valamint a szuicid kísérleten átesett páciensek ellátása speciális területét képezi a sürgősségi pszichiátriának. A *szuicid cselekmények* egy jelentős hányada – melyek hátterében nem, vagy nem csak mentális zavar, hanem valamilyen pszicho-szociális stresszortényező áll – nem a klasszikus medicinális modellben, hanem a *krízisparadigmában* értelmezhető. A lélektani válsághelyzet mindig egyben szuicid krízis is az olyan kultúrákban (pl. hazánkban), ahol a kilátástalan élethelyzet megszüntetésére a szocializáció során a megoldóképlet – az öngyilkosság formájában – adva van.

A *lélektani krízis* akut, sürgős beavatkozást igénylő lélektani állapot, amely spontán, vagy a megfelelő beavatkozás következtében behatárolt időn belül (meg)oldódik. Kedvezőtlen esetben viszont gyakran ismétlődve krónikussá válhat, esetleg következményesen különböző lelki zavarok alakulhatnak ki, pl. depresszió, pszichózis, szerfüggőségek vagy akár önpusztító magatartás. A krízis tehát önmagában nem tekinthető definitív pszichiátriai betegségnek, a krízisek gyakori jelentkezése vagy krónikussá válása azonban egyrészt a háttérben lappangó lelki betegségre vagy személyiségzavarra világíthat rá, másrészt az ismétlődő krízisek talaján pszichiátriai zavarok bontakozhatnak ki. Így a lélektani krízis és a pszichiátriai betegségek komplex kapcsolata – a lineáris oksági gondolkodás helyett – a cirkuláris modell alkalmazásával érthető meg. A krízisben az érzelmi ambivalencia mellett a fokozott befolyásolhatóság is jelen van, ez egyben megnövekedett fogékonyságot is jelent a külső segítség igénybevételre. Ennek hatékony felhasználása a segítő kapcsolat érdekében nagy jelentőségű, mert az eredményes segítség a krízis kreatív megoldódását és a kedvező változások esélyét adja, a személyiség erősödésével és magasabb szinten való újraszerveződésével.

A szűkebb értelemben vett lélektani kríziseknek is több formája létezik. *Erikson* alapján megkülönböztetünk úgynevezett *fejlődési (pszichoszociális, epigenetikus) kríziseket,* melyek az

emberi pszichoszociális érési folyamat természetes velejárói. A kiemelten hangsúlyos fejlődési krízisek időszakai az adolescens (serdülőkori) krízis, az „életközép válsága” („midlife crisis”), valamint az időskor krízise. *Caplan* vezette be az *akcidentális krízis* fogalmát, amely valamilyen külső stressz, trauma, veszteség vagy negatív, kritikus életesemény hatására alakul ki: „a pszichológiai kiegyensúlyozatlanságnak egy rövid időtartama annál a személynél, aki olyan veszélyes körülményekkel kénytelen szembenézni, amelyek számára fontos problémát jelentenek, ám ezeket sem elkerülni, sem megoldani nem képes szokásos problémamegoldó eszköztárával, képességeivel”. A *Jacobson* által bevezetett *krízismátrix* jelensége e kétfajta krízis egymásra vetülését jelenti, s így különösen veszélyeztető időszak a szuicid magatartás kialakulása szempontjából.

Az exploráció során fel kell ismerni a szuicid krízisben megjelenő *speciális kommunikációs és pszichopatológiai* sajátosságokat. A „*cry for help*” és a „*cry of pain*” jelenségek a segítségkérés direkt és indirekt formáit is magában foglalhatják. A „*preszuicidális szindróma*” vagyis az öngyilkosságot megelőző lelkiállapot jellemzőinek triásza (Ringel-triász) a dinamikus beszűkülésből, a gátolt és a saját személyiség ellen fordított agresszióból és az öngyilkossági fantáziákból tevődik össze. A „*negatív kód*” a szuicid krízis speciális kommunikációs és rejtett segélykérő aspektusait emeli ki. Krízisállapotban jellemző a kiúttalanság érzése, a perspektívtalanság, a döntésképtelenség, az ambivalencia, és az, hogy általában „*nem meghalni szeretne, hanem máshogyan élni*”. Az egyéb *pszichopatológiai* jellegzetességekkel kapcsolatban csupán utalunk a krízisregresszió, a beszűkültség, a szuggesztibilitás jelenségeire, valamint a különböző szomatikus-vegetatív kísérőtünetekre.

A lélektani krízis *dinamikája* folyamatjellegű, sajátos lefutással és kimeneteli lehetőségekkel, melynek során számos lehetőség nyílik a segítségnyújtásra.

6.2. Krízisintervenció

A szuicid krízisállapot terápiájában a *krízisintervenció* jelentheti a hatékony megoldást, mely tulajdonképpen lelki elsősegélynyújtás, sürgősségi, életmentő beavatkozás. Definíciószerűen a *krízisintervenció* a krízisállapot oldására irányuló olyan segítő, pszichoterápiás jellegű és szemléletű, időben behatárolt, sürgősségi pszichológiai beavatkozás, mely a pszichoterápia elemeit korlátozott módon és mértékben, ehhez a speciális helyzethez adaptált módon alkalmazza. A krízisintervenció tehát általában néhány napig-hétig, 1-6 ülésen keresztül tartó, igen rövid, célra és problémára orientált és fókuszált, pszichoterápiás elemeket tartalmazó kezelési forma. A kezelésben sor kerülhet – a gyötrő és a személyiséget kimerítő tünetek oldását célzó – gyógyszerek (szorongásoldók, altatók) alkalmazására is.

A *krízisintervenció* során tehát olyan specifikus szakmai beavatkozás történik, mely a krízis oldása mellett a háttérben álló problémákat, a személy működési zavarainak áttekintését is magában foglalja. Bár elsődleges célja az „életmentés”, ugyanakkor lehetőséget kínálhat a személyiség egy, a korábbinál magasabb szinten történő integrációjára, vagyis a krízis promotív aspektusaira épít. Az aktuális helyzet („itt és most”) megoldásán túlmutatva a jövőre irányul, törekszik a krízisben lévő személyt felkészíteni a későbbi, hasonló szituációkkal való megküzdésre.

A lélektani krízis felismerése és elsődleges ellátása ott kezdődik el, ahol a kliens először jelentkezik és kér segítséget. Lehet ez pszichiátriai gondozó, pszichoterápiás szakrendelő vagy családorvosi rendelő, bármilyen orvosi ambulancia, pszichiátriai osztály vagy akár nem egészségügyi intézmény (paramedikális szervezet, szociális vagy oktatási intézmény) is. Kiemelt szerep jut a sürgősségi lelkisegély telefonszolgálatoknak, emellett egyházi intézmények, karitatív és más civil szervezetek is végeznek krízisoldást. Krízisintervenciót tehát a pszichiátereken vagy pszichológusokon kívül más képzett segítő foglalkozású szakemberek is végeznek, így szociális munkások, mentálhigiénikusok, a telefonos lelkisegély szolgálatok speciálisan kiképzett munkatársai, lelkészek, tanárok, rendőrségi vagy tűzoltósági

állományon belül dolgozók, mentőszolgálat munkatársai. Pszichiátriai beutalásra általában akkor van szükség, ha az elsődleges ellátás során a regresszivitás és a beszűkültség nem oldódott, a kliens képtelen a rövidtávú jövőre vonatkozó reális tervek kidolgozására vagy megvalósítására, illetve direkt öngyilkossági gondolatokat fogalmaz meg. Öngyilkossági kísérletet követően szükségessé válhat pszichiátriai osztályos kezelés, kiváltképp, ha pszichotikus tünetek vannak jelen, ha violens vagy majdnem letális volt a kísérlet, ha továbbra is fennállnak az öngyilkossági késztetések, ha nincs megfelelő családi vagy szociális támogatottság, ha valamilyen pszichiátriai alapbetegség is feltárható, vagy ha a kliens agitált, nyugtalan, impulzív és visszautasít mindenfajta segítséget.

A fent említett klasszikus krízisintervención túlmenően, elsősorban a fejlett országokban a természeti katasztrófák, a balesetek és az erőszakos cselekmények, terrorakciók (mint kritikus események) egyre szaporodó száma szükségsszerűvé tette a katasztrófa-medicina kialakulását, melyben jelentős szerep jut a speciálisan képzett segítő alakulatoknak, akik a helyszínre érkezve, azonnali támogatást, lélektani segítséget nyújtanak az áldozatoknak, szerepet játszva a poszt-traumás stressz zavar prevenciójában.

6.3. Az öngyilkossági rizikó felismerése, a beavatkozás szintjei és lehetőségei

Az öngyilkossági mutatók elmúlt évtizedekben világszerte, illetve hazánkban is észlelt csökkenése ellenére az öngyilkos viselkedés – a befejezett, illetve megkísérelt önpusztítás – továbbra is jelentős népegészségügyi problémát jelent, mely újabb és újabb prevenciók erőfeszítései tárgyát képezi.

Az akut szuicid veszély minden esetben sürgősségi ellátást igényel, különösen akkor, ha az emocionális beszűkültség a krízisintervenció szemléletű beszélgetés során sem oldódik. Ilyenkor a legcélravezetőbb az akut pszichiátriai beutalás, ezt sokszor megkönnyíti a pszichiáterrel való előzetes konzultáció. A pszichiátriai sürgősségi ellátásban az akut öngyilkossági veszélyben lévő páciensek ellátása kiemelt figyelmet érdemel. Erre általában szuicid kísérletet követően kerül sor, de gyakori az ezt megelőző preszuicidális (lélektani) állapotok előfordulása is. Mivel mind a módszerválasztás, mind a háttérben álló okok vonatkozásában rendkívül heterogén csoportról van szó, ezért a szuicid veszély pontos felmérése sokszor nem könnyű és speciális érzelmi megterhelést jelent a segítőik számára.

Az ellátási modell az alábbi 6 fő összetevőből áll.

1. A figyelmeztető jelek felismerése (kommunikációs vagy viselkedési jegyek)

Amennyiben a páciens viselkedése vagy kommunikációja öngyilkossági veszélyre utal, úgy a következő kulcsfontosságú lépés a direkt vagy indirekt öngyilkossági gondolatok, ideációk, késztetések, tervek, előkészületek felmérése.

2. A mentális zavarok, a pszichopatológiai tünetek és a krízisjegyek felismerése

A páciensek állapotának felmérésekor és értékelésekor kiemelt jelentőséggel bírnak az akut szuicid veszélyeztetettséget jelző pszichopatológiai tünetek. Ide sorolandó a deprimált hangulat, a szorongásos tünettán, az alvászavar, a reménytelenségérzés, az impulzivitás, az agitáció, a bűntudat, az önvád, a mikromán tematika, a pszichotikus tünettán, stb. Fontos a depressziós állapotokban a Beck által leírt kognitív triász (a páciens negatív koncepciója önmagáról, a világról, a jövőről), valamint a lélektani krízisállapotra jellemző tünetegyüttes, a preszuicidális szindróma Ringel által leírt triászának (beszűkültség, gátolt és befelé forduló agresszió, szuicid fantáziák) felismerése. A krízisszituációkban megfigyelhető sajátos kommunikációs jellegzetességek, úgymint a „cry for help”, a „cry of pain” jelenségei, az ambivalencia, a tagadás, az indirekt kifejezések a halálra, megszűnésre vonatkozóan, a negatív kognitív sémák, a „negatív kód” használatának felismerése szintén jelentős segítséget nyújthat a szuicid veszélyeztetettség felméréseben. A pszichoszociális stresszorok, a traumák, a negatív életesemények értékelésekor szem előtt kell tartani az eriksoni pszichoszociális fejlődési

kríziseket és a Caplan által leírt akcidentális kríziseket, valamint a Jacobson-féle krízismátrix jelenségét, ezek lefolyását és dinamikáját.

A fentiekben részletezett pszichopatológiai, kommunikációs és krizeológiai sajátosságok ismerete és felismerése az öngyilkos magatartás alaposabb megértését, pontosabb diagnosztizálását, felmérését és specifikusabb szuicid intervenciók és prevenciók technikák, terápiák alkalmazását teszik lehetővé. Ugyanígy, a depressziós állapotok felismerése és adekvát kezelésének (gyógyszeres, vagy pszichoterápiás, vagy kombinált) mielőbbi – még a szuicid kísérlet előtti – megkezdése is kiemelt jelentőségű a szuicídium megelőzésének szempontjából.

3. Az esetlegesen fennálló rizikó- és protektív tényezők feltérképezése

A befejezett öngyilkosság két legfontosabb rizikótényezője a korábbi öngyilkossági kísérlet és a mentális zavarok, elsősorban az affektív kórképek (leginkább a hosszabb ideje fennálló, visszatérő és gyakran kezeletlen major depresszió), másodsorban a szerfüggőség jelenléte. Tény, hogy befejezett szuicídiumot elkövetők egyharmadának volt megelőző szuicid kísérlete, de ez azt is jelenti, hogy kétharmaduknál nem volt, tehát már az első próbálkozás letális volt. Az öngyilkosságot megkísérlők között is nagy arányban (kb. 80-90%) fordulnak elő mentális zavarok, melyek közül szintén a depressziós betegségek a leggyakoribbak. Emellett azonban számos más szociodemográfiai (férfi nem, idős kor, munkanélküliség, elvált vagy özvegy, egyedülélő stb.) rizikófaktort és klinikai jellemzőt (gyermekkori negatív életesemény, aktuális pszichoszociális stresszor, szuicídium a családban, krónikus testi betegség stb.) is figyelembe kell venni a szuicid rizikó felmérésénél. Az utóbbi időszak kutatásai szerint a szuicídium legerősebb klinikai prediktora a kevert affektív tünetek, vagy az agitált depresszió jelenléte. Az inszomnia szintén jelentős és könnyen felismerhető azonnali indikátora a szuicid rizikónak.

A védőfaktorok közül a stabil érzelmi, családi és szociális háttér, a várandósságot, a gyermeknevelést, a jó egészségi állapotot, valamint a gyakorló vallásosság szerepét érdemes kiemelni.

4. A fentiek alapján az aktuális szuicid veszély és rizikó felmérése

A fenti szempontok segítségével már az első találkozás során lehetővé válik a páciens aktuális lélektani állapotának felmérése, valamint a rizikófaktorok és protektív tényezők átfogó értékelése. Már a rákérdezési algoritmus alapján is megbecsülhetjük a szuicid veszélyeztetettség mértékét, azonban a fenti figyelmeztető jelek, krízistünetek, pszichopatológiai tünetek, valamint a rizikó- és protektív faktorok további felmérésével a szuicid rizikó mértéke tovább pontosítható és biztonságosabban felállítható.

Enyhének értékelhetjük a szuicid veszélyeztetettséget, ha a páciens halállal, esetleg önkárosítással kapcsolatos gondolatok foglalkoztatják, azonban nem észlelhetők direkt szuicid intenciók, vagy a krízisre jellemző tünetek, illetve nincsenek jelen jelentős rizikófaktorok, protektív tényezők ugyanakkor fellelhetők. Közepes mértékű a szuicid veszélyeztetettség, ha páciens foglalkoztatják öngyilkossági gondolatok, azonban nincsenek erre vonatkozó konkrét tervei. Amennyiben a rákérdezési algoritmus alapján enyhe rizikót állapítanánk meg, de emellett fellelhetők a lélektani krízis tünetei vagy jelentősebb depressziós tünettan, továbbá, ha nincsenek megfelelő protektív tényezők, a rizikófaktorok pedig jelen vannak, ez esetben közepes, vagy akár súlyos mértékűnek is értékelhetjük a szuicid veszélyt. Ha páciens direkt szuicid intenciókat hangoztat, ha szuicid terveket készített, előkészületeket tett, netán már kísérelt is meg korábban, vagy a közelmúltban öngyilkosságot, akkor ezt súlyos öngyilkossági veszélyeztetettségként minősítjük.

5. Az intervenciók lehetőségeinek felmérése, a beavatkozás megtervezése

A szuicid rizikó súlyosságának mértéke alapvetően meghatározza az intervenció helyét, idejét, módját, jellegét és minőségét. Az első találkozás során alapvető cél a figyelmeztető jelek felismerése, a szuicid rizikó megbecsülése a páciens kommunikációja, viselkedése, pszichopatológiai tünetei alapján, figyelembe véve az ismert rizikó- és védőfaktorokat, továbbá az intervenció megtervezése és kivitelezése.

6. A páciens menedzselése az intervenció különböző szintjein

Enyhe vagy közepes szuicid rizikó esetén a krízisintervenció a családorvosi, vagy alapellátás keretében is történhet. Az esetleges további kezelés megtervezésében ilyenkor segítséget nyújthat az ellátónak pszichiáterrel történő konzultációja, vagy a páciensnek egyéb krízisintervenciós lehetőség biztosítása (pl. krízistelefon szolgálat). Öngyilkossági veszély fennállásakor, vagy ha a krízisállapot nem oldódik az elsődleges ellátás során, akut pszichiátriai vizsgálat és sürgősségi osztályos pszichiátriai kezelés is szükségessé válhat, ideálisabb esetben krízisambulancia, vagy krízisközpont keretein belül. Az akut veszélyeztető magatartás megszűnését követően az alapellátó (adott esetben a pszichiáterrel együttműködve) folytathatja a páciens szupportív terápiáját, követheti pszichés állapotának alakulását. A háziorvosi ellátás és a pszichiátriai kezelés mellett az akut szuicid veszély oldásában mindvégig jelentős szereppel bírhatnak a krízisellátó telefonszolgálatok és a krízisambulanciák is, míg ezt követően sok esetben a szociális támogató rendszerek igénybevétele is szükségessé válhat.