

UDK 616.89-008.444.9-052
COBISS.SR-ID 221119500

ISSN 2466-2992 (Online) (2015) br.2, p.15-24

AGRESIVNI PACIJENT – DIJAGNOZA I TERAPIJA

AGGRESSIVE PATIENT – DIAGNOSIS AND THERAPY

Snežana Manojlović

Medicinski fakultet, Univerzitet u Nišu

Sažetak: Agresivni pacijent predstavlja složeni problem za službu urgentne medicine zato što je agresivnost simptom psihijatrijskog ali i medicinskog poremećaja i zahteva brzo prepoznavanje uzroka agresivnosti. Osim medicinskog znanja postupak sa agresivnim pacijentom zahteva i veštinu i obučenos medicinskog osoblja da različitim tehnikama smiri pacijenta i spreči eskalaciju agresivnog ponašanja vodeći pri tome računa o bezbednosti samog pacijenta ali i osoblja. U radu se opisuju manifestacije agresije, načini njene procene i dijagnostičke smernice za sagledavanje etiologije agresivnog ponašanja. Terapijski pristup definiše terapijske ciljeve a zatim se opisuju specifične tehnike kojima se redukuje agresivnost (verbalno smirivanje, medikamentozna terapija i fizičko sputavanje).

Ključne reči: agresija, manifestacije agresije, dijagnostika, terapija

UVOD

Agresivni pacijent predstavlja specifični problem za službu urgentne medicine samom prirodom svog poremećaja. Agresivnost može biti simptom medicinskog ili psihijatrijskog poremećaja i zahteva brzo prepoznavanje uzroka agresivnosti. Osim medicinskog znanja i veštine postupak sa agresivnim pacijentom zahteva i veštinu i obučenos medicinskog osoblja da različitim tehnikama smiri pacijenta i spreči eskalaciju agresivnog ponašanja vodeći pri tome računa o bezbednosti samog pacijenta ali i osoblja. Epidemiološki podaci ukazuju da agresivnost predstavlja veliki problem. Godišnje 1,43 miliona ljudi izgubi život nasilnim putem (ne računajući oružane sukobe) a mnogo više ljudi biva povređeno. Smatra se da četvrtina muškaraca i skoro polovina žena starijih od 18 godina u toku života doživi fizičku agresiju [1]. U okviru zdravstvenih službi agresivnom ponašanju su najizloženije službe urgentne medicine i psihijatrijske službe. U američkoj nacionalnoj studiji o bezbednosti na urgentnom odeljenju pokazano je da najmanje četvrtina osoblja u odeljenjima urgentne medicine ocenjuje svoj doživljaj bezbednosti na poslu ocenama „ponekada“, „retko“ ili „nikada“ se osećam bezbedno [2]. Istraživanje u okviru Američkog

udruženja sestara u Hitnoj pomoći 2010. godine je pokazalo da je više od polovine sestara bilo izloženo verbalnim ili fizičkim pretnjama na poslu u toku poslednjih sedam dana [3]. U Velikoj Britaniji se navode slični podaci o izloženosti agresivnom ponašanju u okviru urgentne medicinske i psihijatrijske službe [4].

U ovom prikazu su, pored ostalih, korišćeni i podaci i preporuke koje je 2012. objavila Američka asocijacija za urgentnu psihijatriju u okviru projekta BETA (Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation) [5], kao preporuke vodiča Nacionalnog instituta za izuzetnost zdravlja i nege Velike Britanije - NICE (2015) [4].

ŠTA JE AGRESIJA

Reč agresijapotiče od latinskih rečiad -ka i gradus - korak, što bi u širem smislu označavaloponašanje koje je usmerenonapostizanje određenog cilja.

Uže određenje agresijudefiniše kaobilo koji oblik ponašanja usmerenog na povređivanje neke osobe ili na oštećenje materijalnog dobra pri čemu je osoba ka kojoj je usmerena agresija motivisana da izbegne takvo ponašanje [6]. Neki autori prave razliku između agresije i nasilja, smatrajući da je agresija širi pojam koji obuhvata i pojam nasilja kao namerno, neopravdano povređivanje fizičkog

integriteta drugih koje ima za cilj da zadovolji agresora. Za medicinsko zbrinjavanje važniji je pojam agitacije. Agitacija je stanje ekstremne uzbuđenosti koja se manifestuje povećanom verbalnom i fizičkom aktivnošću. Stanje agitacije je osnova na kojoj se uvek mora očekivati pojava agresivnog ponašanja te zbog toga predstavlja stanje u kome se moraju prepoznavati znaci koji ukazuju na preteću agresivnost.

U odnosu na način nastanka razlikuje se:

1. emocionalna (reaktivna, impulsivna) agresija je ona koja se pojavljuje bez prethodnog razmišljanja ili namere i primarno je određena emocijama. Ona je posledica jakih negativnih emocija i njen cilj nije namerna destrukcija. To je agresija sa kojom se srećemo u medicini i o čijoj manifestaciji i tretmanu ćemo detaljnije govoriti.
2. kognitivna (proračunata, instrumentalna) agresija je planirana i postoji destruktivna namera. Ona je promišljena, emocija je u drugom planu te se često određuje kao hladnokrvna. Ovim tipom agresije se bavi pravosuđe.

Ispoljavanje agresije može biti verbalno i fizičko, a u odnosu na upravljenost razlikujemo autoagresiju (samopovređivanje, suicidalnost) i heteroagresiju.

ŠTA IZAZIVA AGRESIJU

Evolucionari psiholozi smatraju da su agresivne tendencije urođene čoveku i da su neophodne za samoodržanje u procesu prirodne selekcije. Potencijal za agresivno ponašanje ne podrazumeva i manifestaciju agresivnog ponašanja. Ljudi poseduju spektar mogućih reakcija na preteće i zastrašujuće stimulse (ne samo po tipu borba-beg), a agresija je samo jedna od mogućih reakcija. Način na koji će osoba reagovati zavisi od unutrašnjih faktora (funkcionisanje CNS-a, karakteristike ličnosti) i spoljašnjih faktora (događaji, socijalni i kulturni obrasci i moralne norme koje se odnose na ispoljavanja agresije). Unutrašnji faktori određuju način na koji će osoba opaziti i razumeti ono što se dešava oko nje (kao neutralno, dobronamerno, obezvređujuće, ugrožavajuće), kao i brzinu i intenzitet reagovanja dok spoljašnji faktori deluju kao povod i ono što olakšava ili suzbija manifestaciju agresivnosti.

Kod impulsivne, reaktivne agresije epidemiološke studije porodica i blizanaca ukazuju na visoki nivo nasleđivanja (44-72%). Geni koji se smatraju odgovornim za agresivno reagovanje su oni koji utiču na aktivnost MAO (i posredno serotonina). Caspi i sar. 2002. [7] su pokazali da osobe sa nižom aktivnošću ovog gena imaju veći rizik da ispolje agresivno ponašanje, naročito ako su kao deca bile izložene agresiji.

Impulsivna agresija se može razumeti kao postojanje niskog praga za aktivaciju motoričkih agresivnih odgovora na spoljašnje stimulse bez adekvatnog razmišljanja ili uzimanja u obzir averzivnih posledica ovakvog ponašanja. Ovo se može razumeti kao neravnoteža između silazne kontrole (inhibicije) koju sprovodi orbitalni frontalni korteks i prednji cinguladni korteks i preterane uzlazne ekscitacije iz limbičkih regiona (amigdala i inzula) koji imaju ulogu u integraciji svih aspekata emocionalno neprijatnih situacija i u pripremi odgovarajućeg odgovora na njih [8]. Sva stanja koja utiču na funkcionisanje centralnog nervnog sistema mogu dovesti do poremećaja ove ravnoteže. U studijama agresivnog ponašanja nađene su abnormalnosti većine neurotransmiterskih sistema (niski nivoi serotonina, povišenje norepinefrina i epinefrina, povišenje dopamina) kao i neuromodulatora (povećana koncentracija vazopresina, snižena koncentracija oksitocina) [9,10].

Povišenje nivoa testosterona se povezuje sa ispoljavanjem agresije. Studije su pokazale da se kod agresivnih osoba nalaze povišene vrednosti testosterona, kako kod muškaraca tako i kod žena (sa značajno manjim oscilacijama u nivou), ali, takođe, i da agresivno ponašanje dovodi do povećanja nivoa testosterona [11]. Sniženje koncentracije kortizola je nađeno kod osoba koje ispoljavaju agresivno ponašanje. Zanimljivo je da je i sniženje koncentracije holesterola povezano sa auto i hetero agresivnim ponašanjem, smatra se da je ovaj efekat posredovan serotoninom ali za to nema pouzdanih dokaza [10].

Sve što izaziva frustraciju (nemogućnost ostvarivanja ciljeva, bol, nepovoljni uslovi) dovodi do negativnih emocija i olakšava ispoljavanje agresivnog ponašanja. Osobe sa visokim nivoom narcizma su naročito osetljive na frustracije što ih čini, zajedno sa osobama koje imaju poremećaj

ličnosti (pre svega granični, impulsivni i antisocijalni) sklonijim agresivnom ponašanju.

Značajnu ulogu u agresivnom ponašanju ima alkohol. Alkohol povećava mogućnost da se agresivno odgovori na provokaciju. Čak i ljudi koji uobičajeno ne ispoljavaju agresivno ponašanje mogu agresivno da reaguju kada su intoksicirani. Smatra se da alkohol ometa funkcionisanje prefrontalnog korteksa i time slabi inhibiciju agresivnih impulsa. Osoba pod uticajem alkohola je više fokusirana na sebe, manje svesna socijalne situacije (alkoholna miopija) i manje sposobna da uočava i shvati moguće negativne posledice agresivnog ponašanja[12].

Nepovoljni, iznenadni ali i dugotrajni životni događaji bez izgleda na rešenje dovode do čitavog niza neprijatnih emocija (straha, ljutnje, povređenosti, ogorčenosti) i mogu da budu neposredni povod agresivnog ponašanja. Reagovanje i stav drugih ljudi u ovakvim situacijama može da ublaži ili pojača neprijatne emocije i time utiče na manifestaciju agresivnog ponašanja.

Ako bi trebalo da sumiramo odgovor na pitanje šta izaziva agresivno ponašanje rekli bismo da je ono posledica više faktora: bioloških procesa koji utiču na nivo arousala i doživljaj emocije, individualne razlike u interpretaciji stimulusa – informacije, okolnosti koje mogu potencirati hostilnost ili olakšati agresivni odgovor, kao i socijalnih normi i stavova o onome šta je nedozvoljivo i neadekvatno ponašanje.

KAKO PREPOZNATI AGRESIJU (MANIFESTACIJE AGRESIJE)

Simptomi agresivnosti mogu se podeliti na ideacione, afektivne i ponašajne. Ideacioni simptomi se odnose na agresivne misli ili fantazme o mučenju, ubijanju, povređivanju drugih koji mogu da budu ego sintoni ili posledica psihopatoloških fenomena (halucinacija ili sumanutih ideja). Afektivni simptomi obuhvataju ljutnju, bes, razdražljivost, egzistencijalnu ugroženost ali i doživljaj bezizlaznosti i besmisla. Ponašanje se može manifestovati kao neki od obrazaca ugrožavajućeg ponašanja:

1. ljutito, iracionalno, paranoidno
2. agitirano, uvredljivo, nasrtljivo, ratoborno
3. nepristupačno, nekooperativno, odbojno

4. uznemireno, dezorganizovano.

Za osobe koje treba da procene i zbrinu agresivnog pacijenta važni su znaci koji ukazuju na preteću agresiju. Verbalni i neverbalni pokazatelji nam omogućavaju procenu rizika.

Agresivni stil u komunikaciji – agresivne osobe svoja osećanja, prava i potrebe stavljaju na prvo mesto, način saopštavanja svog stava drugima je nadmen, ljutit i zahtevan. Ovakav stil karakteriše zauzimanje superiornog stava i držanja, težnju za kontrolom i manipulacijama, okrivljavanje i ponižavanje drugih. Verbalni pokazatelji su uvredljivi, ponižavajući ili seksualno agresivni komentari bilo da su izrečeni povišenim ili prigušenim tonom.

Neverbalni pokazatelji: sjajne oči, napet izraz lica, izraz besa, stisnuta usta, glasan, zahtevajući, preteći i nadmoćan ton glasa, zahtevajuće držanje, napred nagnut, napet položaj tela, oštri i nagli pokreti, stisnute šake. Motornu aktivnost karakteriše nemir, nemogućnost da sedi tokom razgovora, potreba da stoji ili hoda, potreba da se ponašanjem pokaže (odigra) ono što se dešava umesto da se verbalno komunicira, udaranje nameštaja, ulaženje u lični prostor druge osobe.

Postoje različite skale za brzu i jednostavnu procenu stepena agitiranosti i agresivnog ponašanja. To su Skala izraženosti manifestne agitacije (Overt Agitation Severity Scale), Skala manifestne agresije (Overt Aggression Scale) i Skala procene bihevioralne aktivnosti (Behavioural Activity Rating Scale – BARS). Ova poslednja skala se najčešće primenjuje zbog svoje jednostavnosti i omogućavanja brze procene nivoa aktivnosti i potencijala za agresivno ponašanje [13]. Ona prepoznaje sedam nivoa aktivnosti od kojih poslednja tri predstavljaju potencijalno i manifestno agresivno ponašanje.

1. teško ili nemoguće buđenje
2. spava ali normalno odgovara na verbalni ili fizički kontakt
3. sanjiv, izgleda sedirano
4. miran i budan (normalni nivo aktivnosti)
5. znaci očigledne (fizičke ili verbalne) aktivnosti, smiruje se na verbalnu instrukciju
6. ekstremno ili kontinuirano aktivan, ne zahteva sputavanje
7. nasilan, zahteva sputavanje.

AGRESIVNI PACIJENT KAO URGENTNI PACIJENT

Agitacija, preteća agresija, kao i ispoljena agresija predstavljaju urgentno stanje u psihijatriji. Osnovni zahtev koji se postavlja pred lekara je:

1. procena intenziteta agitacije i verovatnoće otvorenog agresivnog ponašanja,
2. sprečavanje ili zaustavljanje agresivnog ponašanja,
3. procena uzroka agresivnog ponašanja i
4. primena odgovarajućeg terapijskog postupka [14].

Kompleksnost ovog zahteva se sastoji u činjenici da je u toku početne procene celokupnog stanja pacijenta neophodno istovremeno sprovesti i trijažu, procenu i smirivanje agitacije. U toku ovog postupka u svakom trenutku je moguća promena intenziteta i oblika agresivnog ponašanja pa se postupak mora prilagoditi svakom pacijentu. U svakom trenutku procesa dijagnostike i terapije može biti neophodno da se prvo sprovedu postupci za smirivanje agresivnog ponašanja: razgovorom, medikamentima (peroralnim ili parenteralnim) ili fizičkim sputavanjem. Cilj je da se pacijent dovoljno smiri da bi bilo moguće sprovesti neophodno somatsko i psihijatrijsko ispitivanje.

Da bi se ovaj složeni zadatak obavio neophodno je obezbediti bezbednost pacijenta, osoblja i svih u prostoriji. To podrazumeva:

1. **bezbedan fizički prostor** u koji se pacijent uvodi (pre svega mora da postoje odgovarajući izlazi iz prostorije, sa samo neophodnim nameštajem, obratiti pažnju i ukloniti predmete koji se mogu upotrebiti kao oružje)
2. **da pacijent nijednog trenutka ne sme ostati bez nadzora**
3. **osoblje mora da bude adekvatno obučeno** za rad sa agresivnim pacijentima. Važan je adekvatan stav – pozitivan pogled na pacijenta i kapacitet za empatiju. Lekar treba da se oseća bezbedno kada prilazi pacijentu i zato je najvažnija svest o sopstvenom ograničenju. Agitirani pacijenti mogu da budu provokativni i da dovode u pitanje autoritet, kompetentnost ili stručnost lekara. Neophodno je i da lekar razume sopstvene slabosti, tendenciju da se sveti, svada ili da se brani i „odigrava“ situaciju sa pacijentom jer su to elementi koji mogu da pogoršaju situaciju. *Nekada je najbolja*

intervencija znanje kada treba da se potraži dodatna pomoć od službe obezbeđenja ili policije. Preporučuje se da osoblje svake godine ima obuku za rad sa agresivnim pacijentima.

4. **poštovanje ličnog prostora** (udaljenost najmanje za dve dužine ruke između pacijenta i lekara), uz obaveznu mogućnost da se on poveća (i za pacijenta i za lekara) i da se izađe iz prostorije; lekar nikada ne sme da okreće leđa agresivnom pacijentu.

DIJAGNOSTIKA STANJA KOJA MOGU DA
BUDU U OSNOVI AGRESIVNOG PONAŠANJA
Dijagnostika podrazumeva postupak kojim se utvrđuje uzrok agresivnog ponašanja. Poremećaji i bolesti koje mogu biti u osnovi agresivnog ponašanja mogu se podeliti na medicinska i psihijatrijska stanja.

I MEDICINSKA STANJA

1. **bolesti centralnog nervnog sistema:** trauma glave, encefalitis, meningitis, HIV infekcija, cerebrovaskularni inzulti (posebno hemoragije), encefalopatija (hepatična ili bubrežna), intoksikacije psihoaktivnim supstancama (alkohol, depresori i stimulansi CNS-a, psihofarmaci i antiepileptici), Huntington-ova bolest, epilepsija, multipla skleroza
2. **telesne bolesti:** izloženost toksinima, metabolički poremećaji (hiponatremija, hipokalcemija, hipoglikemija), hipoksija, hronična opstruktivna bolest pluća, tireotoksikoza, sistemski lupus eritematosus, maligne neoplazme, hronična bolna stanja, invaliditet

II PSIHIJATRIJSKA STANJA

1. **apstinencijalnisindromi** u okvirubolestizavisnosti (alkohol, benzodiazepini, psihoaktivnesupstance: marihuana, kokain, ekstazi, amfetamin)
2. **psihoze:** shizofrenija (paranoidni, katatoni, hebefreni tip) (postojanje halucinacija, sumanutosti ili bizarnih ponašanja);hronične sumanute psihoze - paranoidni imaju veći rizik za agresivno ponašanje zbog svoje sposobnosti da prave plan)
3. **bipolarni poremećaj** – manični tip (niska frustraciona tolerancija, razdražljivost) –

sklonost ka verbalnoj agresiji, u depresiji nasilje se najčešće se vrši iz očaja

4. **poremećaji ličnosti** (eksplozivni, granični, paranoidni, antisocijalni) impulsivnost, niska frustraciona toleranca, nemogućnost da se toleriše kritika, tendencija ka površnim odnosima i dehumanizacijom drugih, nemogućnost da prihvate odgovornost za sopstvene postupke, hladnoća, nedostatak empatije, nedostatak kajanjaolakšavaju ispoljavanje agresije
5. **reaktivna stanja** - poremećaj prilagođavanja sa poremećajem ponašanja (iznenadnost, neočekivanog nepovoljnog događaja), posttraumatski sresni poremećaj
6. **anksiozni poremećaji**: opsesivno kompulzivni poremećaj (u pokušaju da se spreči izvođenje kompulzija), panični napad
7. **demencija** - oštećenje egzekutivnih funkcija, otežano shvatanje situacije, moguće halucinacije i sumanutosti
8. **mentalna retardacija**: otežano shvatanje, slaba kontrola impulsa
9. **poremećaji kod dece**: autistični poremećaj i ADH.

Cilj dijagnostičkog postupka je određenje uzroka u osnovi agresivnog ponašanja. Najvažnije je otkrivanje medicinskih uzroka kod osoba koje nemaju psihijatrijski poremećaj, kod kojih se prvi put javlja psihijatrijski poremećaj ili kada aktuelna klinička slika psihijatrijskog poremećaja nije tipična. Posebno treba obratiti pažnju na delirijum kao kliničku sliku akutnog moždanog organskog psihosindroma. Odgovarajuća terapija organskih uzroka agresivnog ponašanja često dovodi do smirivanja pacijenta bez potrebe za dodatnom sedacijom.

Dijagnostički postupak obuhvata:

1. kratku istoriju bolesti (Olshaker i sar. [15] tvrde da se anamnezom može da otkrije 94% a fizikalnim pregledom 51% medicinskih problema tokom procene psihijatrijskih pacijenata) – podaci se dobijaju od pacijenta ali i od članova porodice i osoba u pratnji. Potrebno je dobiti podatke o načinu i uslovima u kojima se razvijao poremećaj, o uzimanju lekova i psihoaktivnih supstanci, o bolestima koje su postojale pre ovog poremećaja. Posebnu pažnju treba obratiti na simptome: konfuznost,

febrilnost, intenzivnu glavobolju, promenu disanja, smetnje vida, promenu tonusa mišića, neuobičajene pokrete, tremor.

2. Određivanje vitalnih znakova
3. Određivanje nivoa glikemije i oksigenacije
4. Fizikalni nalaz (somatski i neurološki)
5. Psihički status: posebno obratiti pažnju na stanje svesti (proveriti auto, alopsihičku kao i spaciotemporalnu orijentaciju) jer je poremećaj svesti (kvantitativni ili kvalitativni) uz vizuelne halucinacije indicija organskog uzroka psihijatrijskog poremećaja.
6. Dopunska laboratorijska i radiološka ispitivanja treba da budu u skladu sa anamnestičkim podacima i fizikalnim nalazom.

Ukoliko se anamnestičkim podacima utvrdi da se psihijatrijski poremećaj u okviru koga se javlja agresivno ponašanje prvi put javlja treba biti oprezan i tragati za organskim uzrocima naročito ako je početak nagao, posle 45. godine, ako postoji konfuznost, abnormalnost vitalnih znakova kao i fokalni neurološki znaci.

Kod pacijenata za koje postoji podatak da boluju od određenog psihijatrijskog poremećaja a klinička slika nije tipična uzeti u obzir da je moguća promena kliničke slike zbog intoksikacije psihoaktivnim supstancama, apstinencijalnog sindroma ukoliko postoji komorbiditet, ali i zbog razvijanja ili pogoršanja telesnog oboljenja.

Ako je klinička slika tipična za psihijatrijski poremećaj a pacijentovo somatsko stanje stabilno indikovana je psihijatrijska evaluacija i lečenje.

Kada se agitacija i agresivno ponašanje ne mogu prepoznati u okviru određene dijagnostičke kategorije zbog nedovoljno elemenata ili informacija da se postavi dijagnoza uvek treba prvo isključiti somatski uzrok.

Kompletna psihijatrijska procena (sagledavanje) se obično ne može uraditi dok se pacijent ne smiri dovoljno da saraduje u psihijatrijskom intervjuu. Lekar urgentne medicine mora da obavi inicijalnu procenu mentalnog statusa. Psihijatrijska procena agitiranog pacijenta počinje opservacijom i pre direktnog intervjua i obraćanjem pune pažnje na verbalne i neverbalne interakcije pacijenta sa ispitivačem. Psihijatrijska procena agitiranog agresivnog pacijenta se može videti kao dvostepeni postupak [16]. U prvom delu treba uraditi brzu procenu koja će ukazati na moguće uzroke agitacije

u okviru globalnih psihijatrijskih kategorija jer to određuje način tretmana. Kada se pacijent smiri može se obaviti detaljniji psihijatrijski pregled koji nema prevashodni cilj da se postavi definitivna dijagnoza već da se proceni nivo bezbednosti i napravi plan odgovarajućeg tretmana i daljeg postupanja sa pacijentom. Potreba za prisilnom hospitalizacijom kao i fizičko sputavanje pacijenta podrazumeva i zakonsku proceduru. Neophodno je da ovaj postupak prati odgovarajuća dokumentacija u kojoj će biti evidentirani svi značajni podaci dobijeni od pacijenta i pratioca, objektivni nalaz, kao i procena rizika.

TERAPIJA

Prva procena agresivnog pacijenta podrazumeva odluku da li je agitaciju moguće smiriti razgovorom, medikamentima (peroralnim) ili je neophodno fizičko sputavanje uz primenu peroralne ili injekcione terapije.

Tradicionalni metodi lečenja agitiranih pacijenata kao što je rutinsko sputavanje i prisilno davanje lekova danas ustupaju mesto pristupu koji prinudu koristi izuzetno kada se drugi pristupi pokažu neefikasnim. Pacijent se vidi kao aktivni partner što olakšava njegovo prihvatanje dijagnostike i lečenja. Tradicionalni cilj „smiriti pacijenta“ koji ima konotaciju dominacije-submisivnosti se menja u cilj „pomoći pacijentu da smiri sebe“ koji je više saradnički. U radu sa agitiranim pacijentima postavljamo sledeće ciljeve:

1. obezbediti bezbednost pacijenta i osoblja
2. pomoći pacijentu da upravlja svojim emocijama i da uspostavi kontrolu nad ponašanjem
3. izbeći sputavanje kad god je moguće
4. izbeći prisilne intervencije koje mogu da povećaju agitaciju [17].

Verbalno smirivanje je oblik tretmana u kome se pacijentu omogućava da brzo razvije sopstvenu unutrašnju kontrolu. Koristi se pristup u 3 koraka: prvo, pacijent se verbalno uključuje, stvara se saradnički odnos i, konačno, pacijent se verbalno smiruje i izvodi iz agitiranog stanja [18].

Smirivanje obično ima oblik verbalne petlje u kojoj lekar sluša pacijenta, nalazi način da nađe odgovor koji opravdava ili se slaže sa pacijentovom pozicijom i onda izgovara ono što želi da pacijent uradi (sedne, prihvati lekove). Ovo se ponavlja više puta sve dok pacijent ne čuje poruku koju mu lekar

upućuje [19]. Pacijenti kod kojih se ne može primeniti ovaj pristup su pacijenti sa poremećajem svesti (npr. delirantni pacijenti).

Pravila pri smirivanju:

1. Uspostaviti verbalni kontakt – samo jedna osoba razgovara sa pacijentom, ljubazno, predstavlja se i daje osnovne informacije pacijentu - da se nalazi u medicinskoj ustanovi i da je lekar tu da bi mu pomogao (to pomaže pacijentu da se orijentiše gde je i šta može da očekuje). Pacijent se oslovljava imenom što pokazuje interesovanje za njega.
2. Koristiti kratke i jasne rečenice – komplikovane rečenice mogu da zbune i dodatno naljute pacijenta; treba dati vremena pacijentu da obradi i odgovori na pitanje ili na instrukciju lekara. Ponavljati poruku pacijentu dok on ne bude u stanju da je čuje.
3. Identifikovati želje i osećanja pacijenta iz onoga što kaže i pokazati spremnost da se prihvati i problem i pokuša da se nađe rešenje.
4. Slušati pažljivo šta pacijent govori - aktivno slušanje pacijentu ukazuje da razumemo šta kaže iako ne moramo da se složimo sa svim što pacijent kaže.
5. Složiti se da se ne slažemo – zamagljivanje je empatijsko ponašanje u kome nalazimo nešto u pacijentovom položaju sa čim se on može složiti. Postoje tri načina da se složimo sa pacijentom: slaganje sa istinom, slaganje sa principom, slaganje sa izuzecima i ako ne možemo da složimo sa pacijentom (sadržaj sumanutosti npr.) možemo pošteno reći da nam je nerazumljivo, nemamo iskustva sa tim ili se složiti oko toga da se ne slažemo.
6. Postaviti jasno bazične principe i granice koji moraju biti razumni i izrečeni sa uvažavanjem pacijenta (pravila oko ponašanja – nepovređivanja, pravila oko određivanja postupka itd.) Prekoračenje granica mora da ima konsekvencu koja mora da bude vezana za specifično ponašanje, da bude razumna i prezentovana na način koji ne obezvređuje pacijenta. Ovo pomaže pacijentu da uspostavi i održi unutrašnju kontrolu ponašanja.
7. Ponuditi izbor i optimizam – kada agresija izgleda kao jedino moguće ponašanje treba ukazati na moguće izbore. Sitne ljubaznosti mogu uticati na smanjenje agresije. Nikada ne

nuditi i ne obećavati pacijentu ono što se ne može ispuniti. Ponuditi lek pacijentu, pitajući za prethodno iskustvo sa lekovima, objasniti zbog čega je lek potreban, kada je to moguće dati izbor za način aplikacije leka.

8. Ne biti provokativan – neverbalno ponašanje lekara ne sme da ima elemente koje pacijent može da protumači kao pretnju (napetost, naginjanje napred, ruke koje se ne vide, unošenje u lice pacijentu). Najvažnije je da neverbalna komunikacija lekara bude u saglasnosti sa onim što lekar kaže jer u suprotnom pacijent može doživeti da je lekar neiskren ili da pokušava da ga prevari. Pacijent se ni u kom smislu ne sme ponižavati: ne sme se izazivati, vređati, podsmevati ili raditi bilo šta što pacijent može da doživi kao ponižavanje.

Fizičko sputavanje: ukoliko nije moguće smiriti pacijenta verbalnim ubeđivanjem, ako odbija medikamentoznu terapiju i ako narasta rizik za fizičku agresiju neophodne su mere fizičkog sputavanja. Pravovremenim sputavanjem pacijenta se smatra ono koje je obavljeno pre ispoljavanja fizičke agresije. Cilj sputavanja je da se osoba postavi u horizontalni položaj iz koga ne može da bude fizički agresivna. Da bi se bilo koji vid fizičkog sputavanja obavio neophodan je dovoljan broj edukovanih osoba. Smatra se da je minimum četiri osobe, optimalno 5 do 6 za bezbedno sputavanje. Ukoliko se proceni da nema dovoljno osoba ne sme se započinjati proces sputavanja već treba tražiti pomoć obezbeđenja ili policije. Kad god je moguće treba pokušati da se pacijent nagovori da saraduje sa procesom imobilizacije. Kada se započne fizičko sputavanje onda se mora primeniti onoliko sile koliko je neophodno da se pacijent spusti u horizontalni položaj i zadrži u njemu. Primenjena fizička sila nikada ne sme da bude usmerena na povređivanje pacijenta.

Moguće je obaviti manuelno sputavanje (kada četiri osobe drže po jedan ekstremitet). Ono je vremenski ograničeno. Fizička imobilizacija podrazumeva da se ekstremiteti fiksiraju odgovarajućim sredstvima (kaiševima, trakama) za krevet. Nalog za sputavanje, kao i nalog za prekid fiksacije, daje isključivo lekar i neophodno je da o tome napiše izveštaj u dokumentaciji. Nakon što je izvršena imobilizacija pacijenta potrebna je kontinuirana

vizuelna kontrola pacijenta, kontrola vitalnih znakova najduže na tri sata, a lekar bi ponovo trebalo da pregleda pacijenta najduže 1 sat posle imobilizacije. Imobilizacija se prekida kada je postignuta sedacija (farmakoterapijom). Ukoliko su mere fizičkog sputavanja bile neophodne po smirivanju pacijenta razgovarati sa njim o postupku sputavanja i objasniti situaciju [20]. Medicinska dokumentacija mora da bude detaljna i da u potpunosti prati postupak koji mora da bude u skladu sa medicinskom doktrinom, kao i sa pravnom regulativom.

Medikamentozna terapija: Farmakološki pristup agresivnom pacijentu treba da bude baziran na proceni najverovatnijeg uzroka agitacije. Vreme ordiniranja lekova može da bude presudno za ishod tretmana agitiranog pacijenta. Ako je pacijent previše sediran to može da spreči dalju psihijatrijsku procenu. Ako je pacijentu dat lek prekasno to može da ugrozi pacijenta, osoblje i druge osobe iz okoline [21].

Cilj je smirivanje pacijenta bez uvođenja u san. Ne postoji najbolji lek za sva stanja. Najčešće korišćeni lekovi su benzodiazepini i antipsihotici prve (tipični) i druge (atipični) generacije. Mogući načini ordiniranja su oralni /solubilna tableta, intramuskularni i intravenski, inhalacioni. Kad god je moguće treba uključiti pacijenta u dogovor oko tipa leka i načina administracije. Lekar treba da ima jasan i dosledan stav kada proceni da je uključivanje medikamenta neophodno.

Kod odlučivanja za medikamentoznu terapiju potrebno je razlikovati nepsihotične manifestacije (anksiozni poremećaji, poremećaji ličnosti) od psihotičnih manifestacija, stanja delirijuma i apstinencije, kao i stanja kognitivnog deficita kod demence. Generalno, kod psihotičnih stanja terapija su antipsihotici, prve ili druge generacije a kod nepsihotičnih benzodiazepini.

Antipsihotici prve generacije koji se daju za sedaciju su *hlorpromazin* (oralno, i.m., i.v.) u pojedinačnoj dozi od 25 – 100mg, maksimalno do 200mg, *levomepromazin* (oralno, i.m.) u pojedinačnoj dozi od 25-100mg, maksimalno 150mg, *promazin* (oralno, i.m.) u pojedinačnoj dozi od 25-100mg, maksimalno 200mg. Ova grupa lekova ima naglašen sedativni učinak a neželjeni efekti obuhvataju hipotenziju, antiholinergičke efekte i povećan rizik

za trombozu. Najpotentniji je levomepromazin, a najbezbedniji u odnosu na neželjene efekte promazin. Od specifičnih neuroleptika lek izbora za sedaciju je *haloperidol* (oralno, i.m., i.v.) u pojedinačnoj dozi od 2 -10mg, maksimalna dnevna doza je 20mg. Ne izaziva značajniju hipotenziju, bezbedan je za davanje sa drugim lekovima. Neželjeni efekti su izazivanje ekstrapiramidalnih simptoma koje se može sprečiti ili ublažiti ako se aplikuje sa benzodiazepinima ili biperidinom. Intravenska primena se ne preporučuje zbog tendencije produžavanja QT intervala, ukoliko se proceni da je neophodna obavezan je kontinuirani EKG monitornig.

Poslednjih godina je u nekim zemljama za sedaciju odobren *loxapin* za inhalacionu primenu. Lek deluje brzo a za njegovu primenu je potrebna saradnja pacijenta. Neželjeni efekti su komplikacije respiratornog sistema [22].

Za sedaciju kod psihotičnih stanja daju se i atipični neuroleptici koji postoje i u obliku orosolubilne tablete i u ampularnom obliku. Njihove zajedničke osobine su da su efikasni u izazivanju sedacije, da imaju nizak potencijal za ekstrapiramidalne efekte i da stvaraju subjektivno dobar osećaj pacijenta posle uzimanja. *Risperidon* koga ima u tabletnom obliku i u soluciji se daje u pojedinačnoj dozi od 1-4mg, ima potencijal za izazivanje ekstrapiramidalnih simptoma. *Olanzapin* (rastvorljiva tableta) od 5-10mg, maksimalno 20mg, neželjeni efekti se potenciraju ako se daje sa benzodiazepinima: bradikardija, ortostatska hipotenzija, somnolentnost. Kada se *ziprasidon* daje ampularno pojedinačna doza je 10-20mg, a maksimalna dnevna doza 40mg; neželjeni efekti su mučnina, glavobolja, vrtoglavica, produženje QT intervala [23].

Benzodiazepini se koriste u tabletnom i ampuliranom obliku. Zajednička karakteristika je da dovode do sedacije, a kao neželjeni efekat se ističe depresija centra za disanje. Najčešće preporučivan je *lorazepam* a zatim i *diazepam* i *clonazepam*. *Diazepam* se preporučuje u višim dozama (10mg), smatra se da niže doze mogu delovati paradoksalno i potencirati agitaciju. Osim kod nepsihotične agitacije posebno se preporučuju kod intoksikacije stimulansima CNS-a i kod apstinencijalnih sindroma u okviru zavisnosti od alkohola i benzodiazepina (i u delirijumu).

Medikamentozna terapija određenih stanja koje za posledicu imaju agitaciju/agresiju:

- 1. Intoksikacija alkoholom i depresorima CNS-a:**
Diferencirati intoksikaciju od apstinencijalnog sindroma (delirijum). Kod intoksikacije se ne preporučuju benzodiazepini već niske doze risperidona (2mg), olanzapina (5-10mg), haloperidola (do 3mg), parenteralno ziprasidone 10-20mg, haloperidol i.m. niska doza
- 2. Intoksikacija stimulatorima CNS-a:**
benzodiazepini: lorazepam 1-2mg; diazepam 5-10mg;
ako postoje psihotični simptomi dati antipsihotike (risperidon, haloperidol)
- 3. Apstinencijalni sindrom (alkohol, benzodiazepini, depresori CNS-a):** benzodiazepini: lorazepam 1-2mg; diazepam 5-10mg
- 4. Psihozako** kod pacijenta sa poznatim psihijatrijskim poremećajem:
risperidon (2-4mg), olanzapin (5-20mg), haloperidol (2-10mg), parenteralno ziprasidone 10-20mg, haloperidol i.m (5-10mg), po potrebi dodati benzodiazepine
- 5. Nepsihotični poremećaji** (reaktivna stanja, panični poremećaj, PTSD, poremećaj ličnosti): benzodiazepini, kod poremećaja ličnosti i bazalni neuroleptici
- 6. Demenca:**
Benzodiazepini, niske doze atipičnih neuroleptika (risperidon 1-2mg)
- 7. Nejasan uzrok ili višestruka etiologija**
Ako nema psihotične simptomatologije – benzodiazepini, ako ima psihotične simptomatologije antipsihotici.

ZAKLJUČAK

Agresivni pacijent predstavlja urgentnog pacijenta sa vrlo visokim zahtevima za službu urgentne medicine. Od lekara se zahteva da istovremeno procenjuje stepen i manifestacije agresivnosti i da odgovarajućim, što je moguće manje restriktivnim merama omogući saradnju sa pacijentom radi sprovođenja dijagnostičke procedure vodeći se obavezom da osigura bezbednost za pacijenta i osoblje. Složenost zahteva koji pred lekara postavlja dijagnostika i tretman agresivnog ponašanja

zahteva kako značajno vreme tako i visoki stepen znanja i veština iz medicine i psihijatrije.

LITERATURA:

1. World Health Organization: Third Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Report 2007: Scaling Up. Geneva, Switzerland, WHO, 2007
2. Kansagra SM, Rao SR, Sullivan AF, et al. A survey of workplace violence across 65 U.S. emergency departments. *AcadEmerg Med.* 2008;15:1268–1274
3. Emergency Nurses Association Institute for Emergency Nursing Research. Emergency department violence surveillance study. Available at: <http://www.ena.org/IENR/Documents/ENAEVSSReportAugust2010.pdf>.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. NICE guidelines [NG10] Published date: May 2015. www.nice.org.uk/guidance/ng10
5. Holloman GH, Jr, Zeller SL. Overview of Project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med.* 2011;13:1–2
6. Baron RA, Richardson DR: Human Aggression. 2nd edition. New York: Springer; 2004
7. Caspi A, McClay J, Moffitt T, Mill J, Marti J, Craig IW, ... Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002, 297(5582), 851–854
8. Critchley HD, Simmons A, Daly EM, Russell A, van Amelsvoort T, Robertson DM, Glover A, Murphy DG. Prefrontal and medial temporal correlates of repetitive violence to self and others. *Biol Psychiatry* 2000; 47:928–934
9. Berman ME, McCloskey MS, Fanning JR, Schumacher JA, & Coccaro EF. Serotonin augmentation reduces response to attack in aggressive individuals. *Psychological Science* 2009, 20(6), 714–720
10. Siever LJ. Neurobiology of aggression and violence, *Am J Psychiatry* 2008; 165:429–442
11. Banks T, & Dabbs JM, Jr. Salivary testosterone and cortisol in delinquent and violent urban subculture. *Journal of Social Psychology* 1996, 136(1), 49–56.
12. Bushman BJ, & Cooper HM. Effects of alcohol on human aggression: An integrative research review. *Psychological Bulletin* 1990, 107(3), 341–354
13. Swift RH, Harrigan EP, Cappelleri JC, et al. Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients. *J Psychiatr Res.* 2002;36:87–95
14. Fishkind AB, Zeller SL, eds. *Emergency Psychiatry: Principles and Practice.* Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008:125-136
15. Olshaker JS, Browne B, Jerrard DA, et al. Medical clearance and screening of psychiatric patients in the emergency department. *AcadEmerg Med.* 1997;4:124–128.
16. Nordstrom K, Zun LS, Wilsom M, Stiebel V, Ng AT, Bregman B, Anderson EL: Medical Evaluation and Triage of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Medical Evaluation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13(1)
17. Nordstrom K, Allen MH. Managing the acutely agitated and psychotic patient. *CNS Spectr.* 2007;12(suppl 17):5–11.
18. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):17–25
19. Fishkind A. Calming agitation with words, not drugs: 10 commandments for safety. *Current Psych.* 2002;1(4). Available at: http://www.currentpsychiatry.com/pdf/0104/0104_Fishkind.pdf.
20. Knox DK, Holloman GH: Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup *West J Emerg Med.* 2012 Feb; 13(1): 35–40
21. Ng AT, Zeller SL, Rhoades RW: Clinical Challenges in the Pharmacologic Management of Agitation *Primary Psychiatry.* 2010;17(8):46-52
22. Currier G., Walsh P.: Safety and Efficacy Review of Inhaled Loxapine for Treatment of Agitation. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses* 2013: 25-32
23. Zimbardo DL. Pharmacological control of acute agitation: focus on intramuscular preparations. *CNS Drugs.* 2008;22(3):199-212.

AGGRESSIVE PATIENT – DIAGNOSIS AND THERAPY

Snežana Manojlović

Medical Faculty, University of Niš

ABSTRACT

Agression is a complex problem in an emergency setting. Agression is a symptom of a psychiatric but also a medical disorder and it is important to differentiate the cause of aggression. Treatment of aggressive patients demands, beside the medical knowledge, skilled and trained medical staff who is able to calm the patient and prevent the escalation of aggressive behaviour, taking into consideration the safety of the patient and the staff. Manifestations of aggression and evaluation of aggressive behaviour and diagnostic algorithms are described. In the treatment of aggressive behaviour it is necessary to determine therapeutic goals. The specific techniques for reducing aggression (verbal de-escalation, medication and seclusion and restraint) are discussed in detail.

Key words: aggression, manifestation of aggression, diagnostic procedures, treatment

Korespondencija/Corespondence:

Snežana Manojlović, PhD

Medical Faculty, University of Niš

E mail: sdmanojlovic@gmail.com

Rad primljen:

23.12.2015

Rad prihvaćen:

26.12.2015.

Elektronska verzija objavljena:

01.02.2016.