

ВЫБОР СПОСОБА ДЕЙСТВИЯ ПЕРСОНАЛА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

А.Д. Борохов*, **Р.Д. Стриковская***, **Э.С. Гринберг****, **А.М. Капцан*****
Госпиталь им. Сары Герцог*, Иерусалим, Госпиталь «Адасса»***, Иерусалим,
Центр психического здоровья***, Беэр-Шева
E-mail: adsamuray@gmail.com

Агрессивное поведение пациентов – явление, встречающееся в практике разных лечебных учреждений. Правильная и своевременная диагностика позволяет предотвратить и адекватно лечить проявления агрессии. Авторы дают практические рекомендации по диагностике и лечению агрессивных больных, в том числе по использованию техники фиксации возбужденного больного.

Ключевые слова: агрессия, диагностика, лечение, фиксация возбужденного больного.



Агрессивное поведение в клинической практике не только психиатрических отделений, но и отделений общего профиля – весьма актуальная проблема медицины [1–8]. Последствия практически любых агрессивных действий могут носить трагически-фатальный характер не только для пациента, но и для персонала. Так, в условиях стрессовой ситуации, например при сообщении пациенту или его родственникам о серьезном диагнозе, неудачной операции или родах, прерывании долгожданной беременности, прерывании беременности после искусственного оплодотворения, обнаружении в крови ВИЧ и т.д. сам пациент или его родственник в состоянии аффекта может проявить агрессию (импульсивная попытка суицида или самоповреждения или перенос агрессии на персонал).

Как правило, вербальная агрессия предшествует физической. Она имеет специфические характеристики. Так, высота голоса может варьировать в достаточно широком диапазоне – от низких до высоких частот, часто переходя в крик. Интересно, что в одном из детективов в качестве смертоносного оружия используется ... голос. В подобной ситуации изменяется тембр голоса, а также то, как расставляются акценты. Попробуйте произнести вслух вроде бы одну и ту же фразу: «ИДИ сюда» и «СЮДА, иди»; безусловно, есть разница. В первом варианте речь идет о выполнении какого-то действия, а вот во-втором произнесенное напоминает команду, применяющуюся при дрессировке: «К ноге!» Имеет значение и темп речи, он ускоряется, модуляция и артикуляция звуков снижаются, «смазываются». Произносятся ругательства, которые сначала носят персонифицированно-личный характер, а затем ругающиеся переходят к обобщениям и нецензурной брани. Нередко используется уголовный жаргон.

Следующий этап: вербальная агрессия может переходить в невербальную, которая также имеет особенности:

- взгляд; у собеседника возникает ощущение «пронизывающего», «сверлящего» взгляда; как угрожающий воспринимается взгляд сподобья, с нахмуриванием бровей и напряжением других мимических мышц; нередко глазные щели сужены;
- жесты – движения, передающие окружающим наше состояние, его эмоциональный компонент; один из наиболее известных угрожающих жестов – так называемая «боксерская шея»; характерная для боксеров перед началом боя; к другим жестам агрессивного характера относятся сжимание и разжимание кулаков, удары кулаком или ребром ладони по другой ладони; есть жесты, имитирующие сексуальный контакт или несущие гипотетическую или явную сексуальную угрозу.

Все вышеперечисленное, как правило, означает грубый отказ от выполнения требований персонала, конфликтную ситуацию между пациентами.

Физиологически возбуждение может сопровождаться ускоренным дыханием, иногда – с раздуванием ноздрей и произвольными жевательными движениями – «игра желваками». Нередко можно заметить некие предикторы раздражения или возбудимости пациента. Так, раздражительность пациента может проявляться подрагиванием (пристукиванием пяткой) одной или обеих ног во время беседы с персоналом или другими пациентами. При наиболее тяжелой форме психомоторного возбуждения – ажитации – больной «не может найти себе место и мечется»; тогда в целях безопасности самого пациента возникает необходимость ограничения его активности с помощью лекарств или принудительной изоляции.

Татуировка является своеобразным пиктографическим письмом, адресованным окружающим; она, например, не только отражает уголовное прошлое ее носителя, употребление психоактивных веществ и алкоголя, но и может символизировать психологические и сексуальные травмы и предпочтения и вообще субъективные ценностные ориентации. Сознательно или на бессознательном уровне человек наносит себе только то изображение, которое ему близко по духу, смыслу, содержанию. Безусловно, персоналу при физикальном осмотре стоит обратить внимание на татуированные изображения хищников, особенно с оскаленной пастью, сцены поединков между людьми или животными, изображения оружия, любые сцены насилия, угрожающие надписи. Такие больные нередко являются нарушителями режима, а также в случае конфликтов могут представлять угрозу для других пациентов и персонала [1].

Шрамы, рубцы. Такие находки отнюдь не редки. Особенно стоит обратить внимание на любые последствия нарушения кожных покровов, не связанные с каким-либо типичным медицинским вмешательством (например, шрам от аппендэктомии или кесарева сечения). Локализация шрамов от порезов или от прижигания сигаретами на внутренней и внешней поверхности предплечий, наружной поверхности бедер, иногда – в районе живота и груди, говорит о склонности к самоповреждениям на фоне личностных расстройств или употребления психоактивных веществ. Есть и специфические проявления тех или иных самоповреждающих действий колюще-режущего характера. Так, многолетний клинический опыт показывает, что об истинной попытке вскрытия вен свидетельствуют 2–4 пореза в области запястья или в локтевом сгибе, причем глубина и сила порезов различаются; тонкий поверхностный шрам («касание птичьего пера») – пациент как бы «пробует» опасное действие и прислушивается к своим ощущениям; если же совершились

резкие, размашистые движения, способные повредить не только вены, но и сухожилия, остаются более грубые рубцы. Большое количество шрамов в области средней трети предплечья – свидетельство, скорее, наличия патопсихологических личностных проблем, чем истинной попытки самоубийства. Попытки вскрыть вены вдоль хода их ветвей, а не поперек, чаще свидетельствуют о состоянии психоза в момент суицидальных действий. Скажем так: при нанесении себе ранений в область шеи и живота более вероятно психотическая депрессия, чем просто аффективное состояние.

Шрамы от инъекций тоже имеют значение; так, более свежие имеют вид «кнопки» (точечное кровоизлияние и округлая припухлость вокруг), в то время как старые многочисленные пигментации наркоманы даже называют «лунной или звездной дорожкой». В нашей практике было 2 случая, когда высоким воротником верхней одежды пациент скрывал свежую странгуляционную борозду (после попытки самоповешения).

«Суицидальная линейка» – полезный практический инструмент для оценки в динамике суицидальной активности. Пациенту предлагается самостоятельно оценить выраженность своего стремления к смерти в баллах от 0 до 10, где 0 – полное отсутствие суицидальной активности; от 1 до 3 баллов – низкая суицидальная активность; 3–5 баллов – средняя; 5–7 – высокая (возможно, пациенту следует предложить лечение в условиях стационара); >7 баллов – требуется немедленно сообщить врачу, возможны внеплановые изменения лечения.

Несколько простых практических советов, которые помогут персоналу избежать эскалации агрессии:

- при беседе с возбужденным психотическим пациентом (особенно с параноидным бредом) не следует делать в его присутствии какие-либо записи; присутствие, как минимум, еще 1 сотрудника обязательно;
- надо вести себя уверенно, спокойно и доброжелательно по отношению к больному; недопустимы угрозы, грубость, насмешки и фамильярность как в адрес больного, так и его родственников; подобное поведение персонала может спровоцировать или усилить агрессивную реакцию;
- в начале беседы с возбужденным пациентом для установления контакта лучше задать нейтральные вопросы, отвлекающего характера; например, хочет ли он сейчас покурить, можно ли ему сейчас измерить давление;
- не следует спорить и разубеждать пациента; надо проявлять достаточно эмпатии к его состоянию и вместе с тем нельзя безоговорочно

соглашаться со всеми его претензиями и обидами;

- беседа должна вестись в присутствии еще 1 сотрудника; в случае агрессивного поведения пациента необходимо присутствие медсестры; данная мера предосторожности рекомендуется, чтобы избежать как нападения пациента на персонал, так и возможного обвинения сотрудников в агрессивных действиях или сексуальных домогательствах по отношению к больному;
- нельзя терять профессиональной бдительности, так как поведение больного может носить импульсивный характер; на столе у персонала не должно быть предметов, пригодных для нападения или самоповреждения; нельзя позволять больному подходить к незарешеченному окну, допускать, чтобы пациент блокировал собой выход из комнаты, создавая тем самым угрозу для персонала.

Теперь собственно о предлагаемой нами тактике поведения с больным.

Прежде чем подойти к пациенту, необходимо успокоиться самому, быть уверенным в своих силах; возможно, следует представить себе диадду «огонь и вода»; агрессивное поведение пациента метафорически подобно огненной стихии, способной принести вред не только пациенту, но и его окружению и имуществу; поведение персонала при этом подобно воде, т.е. направлено на тушение очага возгорания. Хотя и существует тактика поведения по отношению к агрессивному пациенту, при которой применяется фармакологическое или физическое ограничение свободы его действий, на ранних этапах агрессии все же имеет смысл использовать именно беседу успокаивающего характера и лишь потом объяснить пациенту, к чему в дальнейшем может привести его поведение и какой ответной реакции надо ждать от персонала.

Необходимо настроиться на правильную волну, т.е. дать понять пациенту, что персонал не испытывает страха и беспомощности перед его состоянием, но при этом поведение персонала не должно носить агрессивного характера, так как у больных, например в состоянии параноидного психоза или каких-либо личностных расстройств, могут усиливаться агрессивные тенденции.

Речь медсестры должна быть уверенной, спокойной, хорошо модулированной. Необходим зрительный контакт. Пациент должен понять, что его согласны выслушать. Вся беседа направлена на то, чтобы пациент проникся чувством, что он будет понят и принят таким, какой он есть. Мы считаем также, что в некоторых случаях, когда нет эскалации напряжения и агрессивного поведения, возможен и мануальный контакт. Так, медсестра после

получения разрешения больного может положить свою руку на его. Это успокаивает пациента; более того, мы считаем, что в отличие от патерналистической (отцовской) позиции врача роль медсестры является неким продолжением материнского начала и, не будучи альтернативой стандартному врачебному паттерну поведения, дополняет и уравновешивает его. Вместе с тем всегда нужен индивидуальный подход к пациенту; мы считаем, что в начале общения с агрессивным пациентом необходимо соблюдать дистанцию 50–70 см (на расстоянии вытянутой руки), что создает относительно безопасную зону.

Опишем 4 основных способа фиксации: гериатрическое кресло, пояс Поззи, пластмассовые наручники и фиксация в 3–4 точках (запястья и лодыжки).

Гериатрическое кресло достаточно широко используют у пожилых больных с деменцией. Это – кресло на широком основании (иногда – на колесах), снабженное замыкающей доской, которая крепится к подлокотникам. Спутанного, возбужденного, дезориентированного больного с помощью кресла лишают возможности бродить по палате и отделению, мешать другим больным, причинять им вред или вызывать ответные агрессивные действия. Преимущества этого вида фиксации заключаются в том, что больной сидит в удобном положении, его руки свободны, он может самостоятельно есть, принимать лекарства, писать, рисовать. Кресло сравнительно безопасно, так как перевернуть его трудно. Кроме того, возможен постоянный контакт больного с персоналом.

Пояс Поззи представляет собой широкий ремень из холста, кожи или ткани, который оборачивают вокруг талии больного и прикрепляют к кровати раме (в сочетании с боковыми загородами) или к креслу. Пояс Поззи препятствует свободному передвижению больного с деменцией или делирием по палате, если ему по его психическому или соматическому состоянию необходим постельный режим. Возможные осложнения: нарушения кровообращения, сдавление живота, ссадины, а также наиболее опасное для жизни – самопроизвольное сдавление, если больной пытается вылезти из пояса; последнее обстоятельство заметно снижает практическую ценность пояса Поззи.

Пластмассовые наручники. Это – достаточно редкая форма фиксации; она оправдана, если необходима экстренная эвакуация больных из палаты или корпуса (пожар, пожарные учения и т.п.); тогда агрессивным и панически возбужденным больным можно временно надеть пластмассовые наручники. Они напоминают обычные металлические, но изготовлены из нетравматической пластмассы и снабжены внутренними мягкими прокладками.

Наручники облегчают транспортировку больного, способствуют безопасности других больных.

Фиксация в 4 точках – самый распространенный метод физического ограничения в психиатрической практике [5–8]. Фиксация в 4 точках показана в тех крайних случаях, когда неуправляемое поведение пациента достигает опасных масштабов, когда больной отказывается от дополнительного медикаментозного лечения, а временная изоляция и словесные убеждения неэффективны. Так, больных с агрессивным и саморазрушительным поведением при интоксикационном психозе (например, при отравлении психоактивными веществами) фиксируют до тех пор, пока отравляющее вещество не будет выведено или не подействуют антидоты. Фиксация показана также при делирии (прежде всего – на фоне алкогольного или иного абстинентного синдрома), особенно если необходимо на короткое время оставить больного без присмотра [5, 7].

Экстренная фиксация бывает необходима при параноидных и маниакальных состояниях, когда медикаментозное лечение еще не подействовало, а изоляция недостаточно эффективна. Этот метод показан также и при ажитированной депрессии с непрекращающимися попытками членовредительства и самоубийства. Если агрессия мешает лечению соматического заболевания, может также потребоваться фиксация, чтобы спокойно выполнить все необходимые манипуляции по лечению и уходу (например, при расстройствах пищевого поведения, для введения желудочного зонда). Существует мнение, что фиксация при психозах у беременных предпочтительнее введения психотропных препаратов.

Однако нельзя подходить к пациенту шаблонно; так, бывает, что пациент сам чувствует, что не в состоянии совладать с приступом агрессии или аутоагрессии и просит персонал фиксировать его.

Ограничение физической активности пациента как форма предотвращения дальнейшей агрессии состоит из 2 этапов. Вначале можно изолировать его в специальном помещении, где стены и пол имеют покрытие из мягкого упругого материала, и пациент не может принести себе физический вред, нанося удары по стенам. Если эта процедура не помогает или пациент выраженно агрессивен, прибегают к фиксации ремнями за 4 конечности. Есть случаи, когда фиксируют за 3 конечности – за 2 руки и ногу (эпилепсия, токсические состояния, алкоголь); это делают, чтобы при возникновении рвоты или западения языка во время судорожного припадка избежать аспирации верхних дыхательных путей путем поворота пациента на бок. Беременных кладут на левый бок (подложив под

правое бедро подушку), чтобы предотвратить сдавление брюшной аорты и нижней полой вены.

Алгоритм фиксации возбужденного больного

1. Если пациент возбужден, но адекватно реагирует на просьбу персонала пройти в комнату для временной изоляции и согласен на фиксацию, достаточно и 2 сотрудников; они придерживают его за локти и располагаются по бокам от пациента во избежание ударов ногами.

2. Если пациент возбужден, агрессивен, неадекватно реагирует на замечания персонала, прежде всего надо обратиться к другим пациентам с просьбой отойти от него и освободить пространство; если больной продолжает угрожать как пациентам, так и сотрудникам, минимально необходимы 4 сотрудника, по 1 на каждую конечность, а оптимально – 6 человек; в случае невозможности подойти спереди из-за агрессивности пациента, сзади накидывают ему одеяло на голову, кладут на бок и в горизонтальном положении транспортируют в комнату изоляции; никогда не следует в одиночку пытаться остановить агрессивного больного, всегда следует обратиться за помощью.

3. Во время фиксации руки и ноги пациента выпрямляют в физиологическом направлении, при этом между ремнем и фиксируемой конечностью должен оставаться зазор в 1–1,5 см (свободно проходит палец), что позволяет избежать травматизации и нарушения кровообращения.

4. Сестринский персонал проверяет пациента каждые 15 мин; желательно, чтобы параллельно или во время фиксации врач сделал неотложные медикаментозные назначения (инъекции) для усиления седативного эффекта.

5. Отмена фиксации зависит от психического состояния пациента; когда он несколько успокоится, ему следует объяснить причину фиксации, ее длительность, а также условия ее прекращения; медсестринскому персоналу необходимо уведомить врача о состоянии пациента и причинах отмены фиксации; недопустимы непоследовательные и несогласованные действия разных звеньев персонала (по типу «то отвяжем, то привяжем»); это может неблагоприятно сказаться на дальнейших взаимоотношениях между самими сотрудниками, так и между ними и пациентом.

Осложнения при фиксации большей частью носят соматический характер: ссадины и другие травмы от контакта с ремнями, манжетами или кроватью, нарушение кровообращения в фиксированной конечности, аспирация желудочного содержимого или пищи, расстройства мочеиспускания и дефекации в результате постоянного лежачего положения. У беременных надо избегать венозного застоя вследствие сдавления нижней полой вены.

При длительной фиксации возможны пролежни и нарушения мышечной трофики [6].

По-прежнему остается открытым вопрос о применении персоналом физической силы к агрессивным пациентам. Необходимо помнить, что какой бы изначально профессионально-объективной оценкой состояния больного не пользовался персонал, неизменным остается старый медицинский девиз: «Primo non nocere» (Прежде всего не навреди!).

Безусловно, мы коснулись только вершины айсберга, именуемого агрессивным поведением. И все же нам хочется верить, что наши наблюдения принесут практическую пользу нашим коллегам и помогут лучше понять пациентов.

Авторы выражают искреннюю благодарность докторам М. Ермиловой, Ю. Рогозному, санитару О. Альперу (госпиталь им. Сары Герцог, Иерусалим), доктору Е. Резникову (госпиталь Кфар Шауль, Иерусалим) за помощь в подготовке материала к публикации, а также за ценные советы и практические замечания.

Литература

1. Борохов А.Д. Значение татуировок в диагностике психических и поведенческих расстройств // Медицинская сестра. – 2011; 7: 24–32.
2. Голенков А.В. Агрессивные действия психически больных в стационаре: стандарты ухода и наблюдения // Медицинская сестра. – 2012; 6: 23–25.

3. Голенков А.В., Булыгина И.Е., Трофимова И.Н. Прогнозирование внутрибольничной агрессии в наркологическом стационаре и ее профилактика // Главная медицинская сестра. – 2011;10: 139–146.

4. Голенков А.В., Седова А.А. Агрессивное поведение: результаты наблюдения и опроса персонала // Медицинская сестра. – 2011;7: 7–10.

5. Bursten B. Using mechanical restraints on acutely disturbed psychiatric patients // Hosp. Community Psychiatry. – 1975; 26: 757–759.

6. Carmel H., Hunter M. Compliance with training in managing assaultive behavior and injuries from inpatient violence // Hosp. Community Psychiatry. – 1990; 41: 558–560.

7. Guirguis E.F., Durost H.B. The role of mechanical restraints in the management of disturbed behavior // Can. Psychiatr. Assoc. J. – 1978; 23: 209–218.

8. Tardiff K. Concise guide to assessment & management of violent patients. Washington, DC: American Psychiatric, 1989.

CHOICE OF THE MODUS OPERANDI OF PERSONNEL IN ACCORDANCE WITH A PATIENT'S THE MENTAL STATUS

A.D. Borokhov¹, R.D. Strikoskaya¹, E.S. Grinberg², A.M. Kaptan³

¹Sarah Herzog Hospital, Jerusalem; ²Hadassah Hospital, Jerusalem; ³Mental Health Center, Beersheba

The paper gives practical recommendations for the diagnosis and treatment of aggressive patients, including those for fixation technology for an excited patient.

Key words: aggression, diagnosis, treatment, fixation of an excited patient.

Журнал «ФАРМАЦИЯ»

предлагает руководителям фарминдустрии, сотрудникам аптек, преподавателям и студентам уникальную информацию о проектах фармакопейных статей, научных исследованиях в области контроля качества лекарственных средств.

С журналом «Фармация» вы всегда будете в курсе самых новейших достижений фармацевтической науки

Подписаться можно с любого месяца

Подписной индекс по каталогу «Роспечать» – 71477

по каталогу «Пресса России» – 44772

по каталогу «Почта России» – 73175

Подписка на электронную версию

журнала на сайте www.rusvrach.ru

