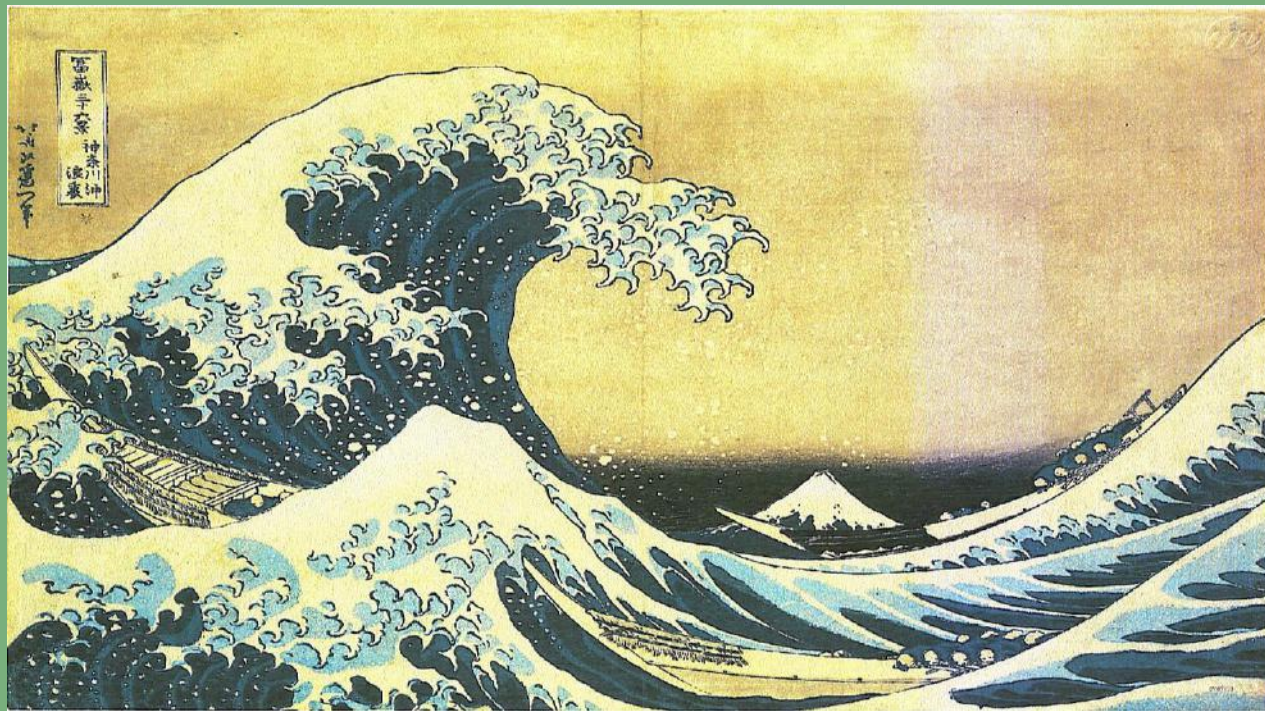


ΟΙ ΨΥΧΩΣΕΙΣ ΣΤΑ ΤΕΠ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ: Παρέμβαση στη κρίση Μ.Διαλλινά

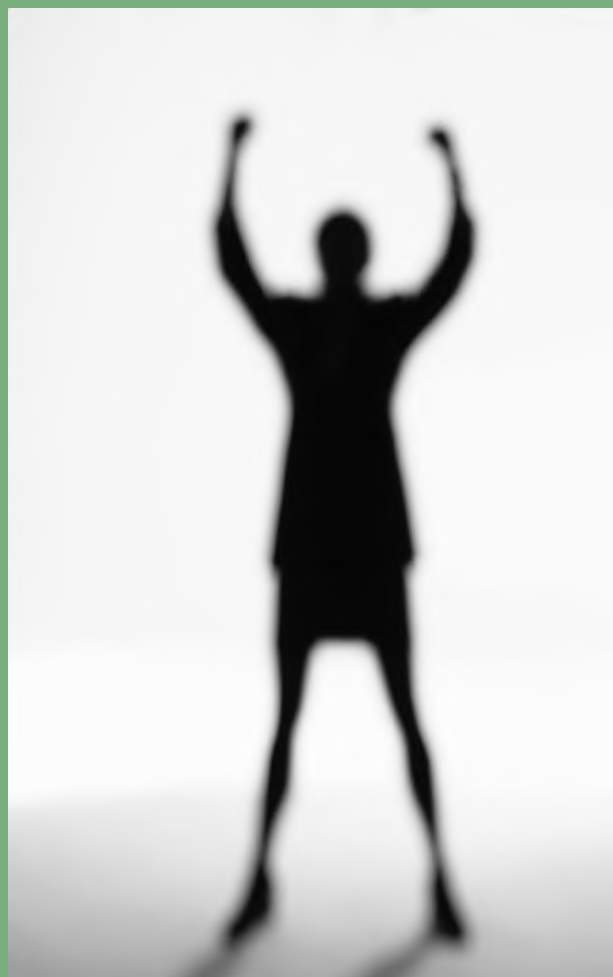


Η ΨΥΧΩΣΗ ΣΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΤΩΝ ΓΕΝΙΚΩΝ Νοσοκομείων:

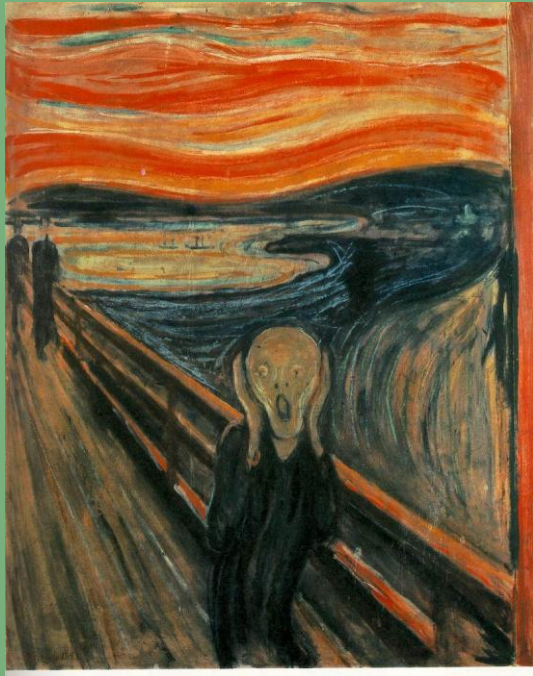
- ❏ Τα επείγοντα ιατρεία των γενικών νοσοκομείων στα ΤΕΠ αποτελούν συχνά τον τόπο που το πάσχον υποκείμενο σε κατάσταση κρίσης θα συναντήσει συχνά για πρώτη φορά τον θεράποντα ψυχίατρο.
- ❏ Αυτή η πρώτη συνάντηση με τις ψυχιατρικές υπηρεσίες, θα παίξει καθοριστικό ρόλο στην μελλοντική εξέλιξη και πορεία της ψυχωτικής διεργασίας, της θεραπευτικής σχέσης (ψυχωτική μεταβίβαση), στην εμπιστοσύνη στις ψυχιατρικές δομές και υπηρεσίες και στην αποδοχή και τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής. «Αυτή η πρώτη συνάντηση είναι σημαντική για την εξέλιξη αυτού του βασανισμένου υποκειμένου σε όλη την πορεία της ασθένειάς του. Γι' αυτό το λόγο η ψυχοθεραπεία δεν είναι μόνο τεχνική αλλά και στάση.» Benedetti 1980.



Ο ψυχωτικός ασθενής χαμένος μέσα σε μια νέα πραγματικότητα όπου ο χώρος , ο χρόνος και η ικανότητα διαπραγμάτευσης με τις εκάστοτε περιβαλλοντικές απαιτήσεις αποκτούν ένα καινούριο νόημα χρήζει ιδιαίτερης κατανόησης και προσέγγισης εκτός από ειδική φαρμακευτική αγωγή. Ο χώρος, ο σύντομος χρόνος επαφής, η μεγάλη πίεση και ο μεγάλος αριθμός των ασθενών καθώς και ο συγχρωτισμός με τις άλλες ιατρικές ειδικότητες καθιστούν το έργο του προσωπικού των ΤΕΠ μέσα στα γενικά νοσοκομεία ιδιαίτερα δύσκολο



Η πρώτη επαφή με τον ψυχωτικό ασθενή διεγερμένο η όχι :Παρέμβαση στην κρίση.



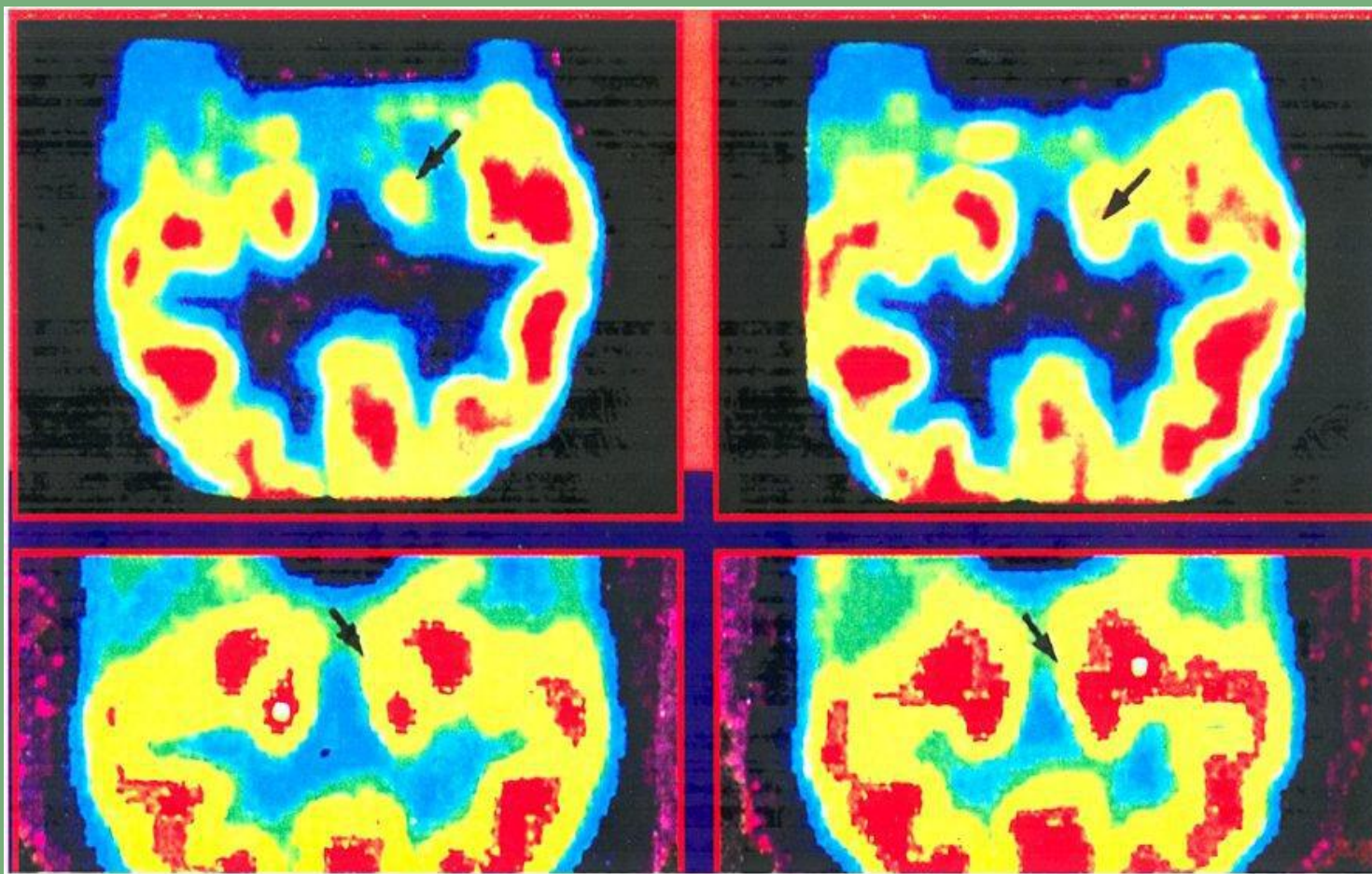
Η επίτευξη μιας **θετικής σχέσης μεταξύ του ιατρού και του ασθενή** είναι αναγκαία ακόμη και στο σύντομο χρονικό διάστημα της συνάντησης τους στα επείγοντα ιατρεία.

Η ανάπτυξη μιας θετικής μεταβίβασης θα αποτελέσει διελκυστίνδα για την συμμόρφωση ,της θεραπευτικής συμμαχίας και αγωγής και για την εισαγωγή ή όχι του ψυχωτικού ασθενή στην κλινική.

Η σύγχρονοι νευροεπιστήμονες όπως ο Karlan τονίζουν τον ρόλο του λόγου και της ανθρώπινης σχέσης ώστε να προκληθούν αλλαγές στους εγκεφαλικούς νευρώνες μέσω της πλαστικότητας του εγκεφάλου και να προκληθούν αλλαγές όμοιες με εκείνες των φαρμάκων.

Σύγχρονες νευροαπεικονιστικές έρευνες αποδεικνύουν όλο και πιο συχνά την δυνατότητα αυτή .

Ομαλοποίηση του μεταβολισμού της γλυκόζης στα Βασικά Γάγγλια μετά από χρήση S.S.R.I (Fluoxetine) ή μετά από επιτυχή ψυχοθεραπεία με ιδεοληπτική διαταραχή. Ενώ αντίθετα σε υγιή άτομα δεν διαπιστώθηκε καμία μεταβολή του μεταβολισμού. (Baxter et al 1992)





- **Άδελφες γνώσεις** μεταξύ ασθενή και θεραπευτή, που λαμβάνουν χώρα μέσα σε ένα καθορισμένο πλαίσιο σχέσεων, σκέψεων, συναισθημάτων και πράξεων καθορίζουν την ασυνείδητη σχέση μεταξύ τους και το θεραπευτικό συμβάν.
- Η **μήτρα των ασυνείδητων σχέσεων παραμένει άρρητη στην μεταβίβαση** αλλά **σκηνοθετείται** από τη στάση του Αναλυτή. (Josef 1981)
- Η **επεξεργασία της μεταβίβασης** που επεξεργάζεται συνειδητά τις προσυνειδητές και ασυνείδητες αναπαραστάσεις σχέσεων αποκτά όλο μεγαλύτερο νόημα σε σχέση με την προσπάθεια να επανακληθούν οι έκδηλες αναμνήσεις.
- Η ενεργοποίηση της **“Άδελφης μνήμης επιτυγχάνετε με την αποαισθητηριακές και συναισθηματικές καταστάσεις και εμπειρίες**

Ο ψυχωτικός ασθενής συχνά χαρακτηρίζεται από:



- αμφιθυμικά συναισθήματα (έντονη ανάγκη επικοινωνίας και συγχρόνως άρνησή της).
- κατακλύζεται από έντονο ψυχωτικό άγχος.
- συχνά βασανίζεται από αβάσταχτη θλίψη και συναισθηματικό κενό (ο μαύρος ήλιος της μελαγχολίας του ποιητή Ναβάρ)
- απόσυρση, .
- έντονες ψευδαισθήσεις και παραληρηματικές ιδέες κατακλύζουν την ύπαρξή του «Dasein» διαλύοντας την σκέψη του. Τα σύνορα μεταξύ Εαυτού και περιβάλλοντος διαχέονται .
- έτερο - αυτοκαταστροφικές τάσεις συχνά τον κατακλύζουν.

Ιδιαίτερες δυσκολίες στην αντιμετώπιση των ψυχωτικών ασθενών στα ΤΕΠ των Γεν. Νοσοκομείων:

1. Η από διετίας εφημερία στα επείγοντα περιστατικά του νοσοκομείου, χωρίς τον συνδυασμό με την εφημερία των άλλων ειδικοτήτων ,αποτελεί κίνδυνο για τους ασθενείς με λειτουργικές ψυχώσεις, οργανικά ψυχοσύνδρομα, τοξικές ψυχώσεις και συνοσηροτητα . Η **συνύπαρξη με την ανοιχτή εφημερία του γενικού νοσοκομείου παρ' όλα τα προβλήματα, που προσθέτει είναι απαραίτητη.**
2. Δυσκολίες στη διαχείριση των κοινών ασθενών με τις άλλες ειδικότητες .Η συνάντηση της λογικής με το «άλογο.»
3. Διαγνωστικά προβλήματα.
4. Έλλειψη κίνητρου για θεραπεία των ψυχωτικών ασθενών.
5. Δυσκολίες στη διαχείριση των διεγερμένων ασθενών στον ιδιαίτερο χώρο ενός Γεν. Νοσοκομείου.
6. Δυσκολίες στη η διαχείριση των αυτοκτονικών ψυχωτικών ασθενών στον ιδιαίτερο χώρο ενός Γεν. Νοσοκομείου.
7. Δυσκολίες στη πρώτη επαφή στον ιδιαίτερο χώρο ενός Γεν. Νοσοκομείου

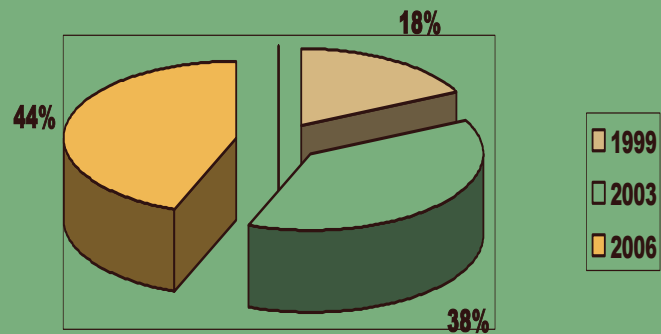


**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΣΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΚΡΑΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ
(ΤΕΠ) Διάστημα 8 μηνών 2006.**

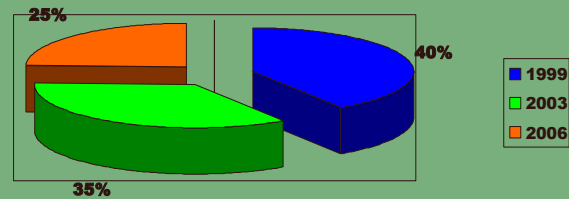
N=847

Διαγνώσεις	N	%
Σχιζοφρενική, Συναισθηματική Τοξική Ψύχωση	319	37,6
Εξάρτηση από ουσίες	162	19,1
Οργανικό ψυχοσύνδρομο	54	6,3
Αγχώδης,Καταθλιπτική, Υστερική νεύρωση	232	27,3
Νοητική υστέρηση Κοινωνικά προβλήματα Διαταραχές προσωπικότητας Αντίδραση προσαρμογής	80	9,4

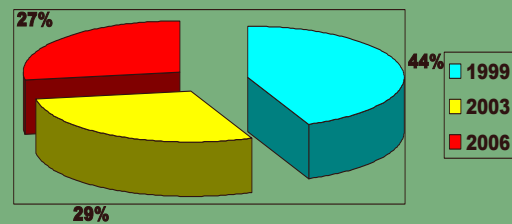
Σχιζοφρένεια



Κατάθλιψη



Αγχώδεις Διαταραχές



Δυσκολίες στη διαχείριση των κοινών ασθενών με τις άλλες ειδικότητες



**ΑΙΣΘΗΜΑΤΑ
ΠΡΟΚΑΤΑΛΗΨΗΣ ΚΑΙ
ΑΡΝΗΣΗΣ ΕΚ ΜΕΡΟΥΣ
ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΩΝ
ΓΕΝΙΚΩΝ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ
ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΥΣ
ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ
ΣΤΟΥΣ
“ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥΣ” ΤΟΥΣ
ΙΑΤΡΟΥΣ**



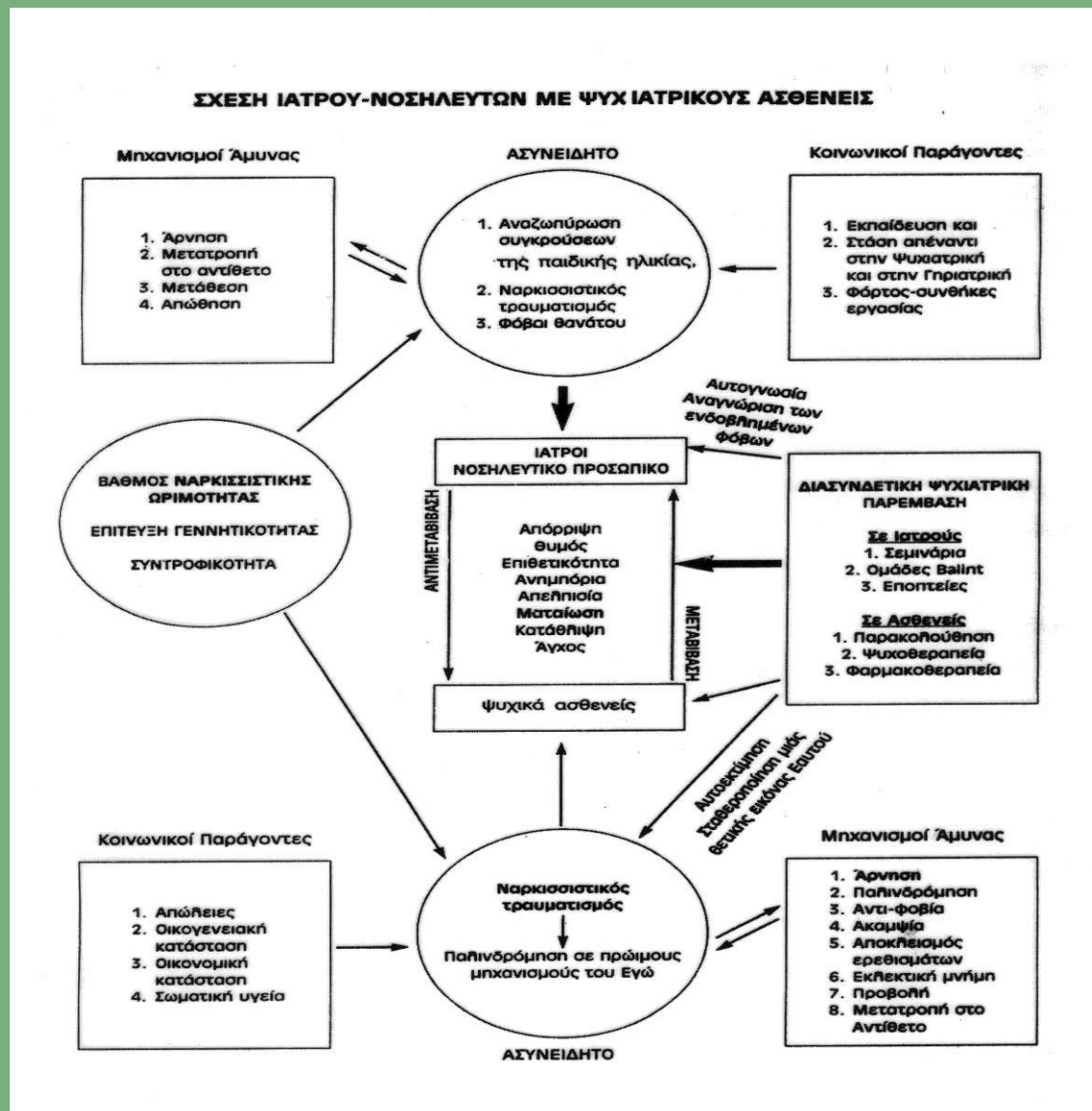
- Ο ψυχικά ασθενής υπενθυμίζει με την “τρέλα” του, και σωματικά προβλήματα, τους άλυτους προσωπικούς μας φόβους θανάτου και ενισχύει την ψυχική άμυνα απέναντι στους φόβους αυτούς, την **Άρνηση** τους. Έτσι, ώστε με την **αποποίηση**, **αποφυγή**, **απόρριψη** και **μετάθεση** να απομακρύνουμε τον ασθενή μαζί με την εσωτερική σύγκρουση που μας προκαλεί. Μ’ αυτόν τον τρόπο μπορούμε να εξηγήσουμε τις δυσκολίες.

**Η παλινδρόμηση σε
αρχαίkowski μηχανισμούς
άμυνας όπως:**

- η άρνηση,
 - η αποποίηση σκέψεων,
 - η μετάθεση,
- που αποτελούν λειτουργία προσαρμογής του Εγώ και έχουν προστατευτικό σκοπό.**



Δυσκολίες στη διαχείριση των κοινών ασθενών με τις άλλες ειδικότητες



Διαγνωστικά προβλήματα:



ΟΞΕΑ ΕΠΙΣΟΔΕΙΑ:

Δημογραφικοί και κλινικοί παράγοντες βοηθούν στο να υποθέσουν την πιθανή χρήση ουσιών από ψυχωτικούς ασθενείς. Επειδή όμως συχνά υπόδιαγιγνώσκονται οι τοξικές ψυχώσεις οι Classen CA et al 1997 προτείνουν την λήψη ούρων από όλους τους ασθενείς σε οξύ ψυχωτικό επεισόδιο ως εξέταση ρουτίνας στα ΤΕΠ.



Οι Wingerson D et al 2001 σε μια επτάμηνη έρευνα (n=2419) διαπίστωσαν υψηλά ποσοστά λειτουργικών ψυχώσεων και λειτουργικών αναπηριών στους ασθενείς που χρησιμοποιούν τα επείγοντα ιατρεία σε σχέση με ασθενείς που χρησιμοποιούν ουσίες ή είναι άστεγοι.



Άλλοι ερευνητές Frame DS, Kencher E, 1999 συνιστούν την προσοχή μας στο γεγονός ότι οι οξείες ψυχώσεις αποτελούν έκφραση πολλαπλών οργανικών και λειτουργικών διαταραχών και χρήζουν εκτός από γρήγορη καταστολή διεξοδικό, εργαστηριακό και ακτινολογικό έλεγχο διότι πολλές από αυτές χρήζουν εισαγωγής σε χειρουργικά ή παθολογικά τμήματα



ΟΙ ΧΡΟΝΙΟΙ ΨΥΧΩΣΙΚΟΙ:

προσέρχονται στα ΤΕΠ κυρίως για κοινωνικό λόγους.

(Christensen AM, 1993)

Philososph-Gelb (1997) οι ψυχοκοινωνικές δυσκολίες είναι πολύ συχνές αιτίες που οδηγούν τους ψυχωτικούς ασθενείς στα ΤΕΠ



Ο Mulder CL(2005) διαπιστώνουν ότι η ΕΛΛΕΙΨΗ ΚΙΝΗΤΡΟΥ για θεραπεία ενός μεγάλου μέρους των ασθενών αποτελεί το κύριο πρόβλημα των επειγόντων ψυχιατρικών ιατρείων στα ΤΕΠ. Σε μια μελέτη 719 ασθενών διαπιστώθηκε ότι το 47% των ασθενών ενώ είχαν σοβαρά κλινικά προβλήματα δεν είχαν κίνητρο για θεραπεία κατάσταση που συσχετίστηκε με σοβαρούς κινδύνους και πρότειναν την ανάπτυξη τεχνικών για την δημιουργία κινήτρου.



Αντίθετα οι Αυστραλοί Cannon (2001και 2006) et all προτείνει στους βίαιους ψυχωτικούς και οργανικούς ασθενείς n=1000 με την καταστολή χημική ή μηχανική των ασθενών!!!(1000 ασθενείς με 3 επεισόδια ο καθένας).Οι συχνότερη καταστολή ήταν Haloperidol 90%,Midazolam 82% και Diazepam 59% Χειρονακτική(manual) καταστολή 87%Μηχανική καταστολή 69%,απομόνωση 23%,χημική καταστολή 33%.



Αντίθετα οι Γερμανοί Gebhardt RP,Schmidt-Michel PO στο ψυχιατρικό κέντρο του Weissenau(2002)κατάφεραν με ένα δορυφορικό μοντέλο μεταξύ ψυχιατρικής και γενικής ιατρικής στην κοινότητα να μειώσουν σε δύο τομείς την παραπομπή στα επείγοντα στο 71% και στο 82% των σχιζοφρενών ασθενών, οι οποίοι θεραπεύονταν στις δορυφορικές περιφέρειες.



Παρόμοια αποτελέσματα είχαν Breslow RE(2006) μέσω manage care.



Το 1998 ο Bruce βιντεοσκόπησε τους τις συνεντεύξεις ψυχιάτρων σε επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά και διαπίστωσαν ότι είναι απαραίτητη η δημιουργία guidelines ως εργαλείο για την βελτίωση μιας κοινής δομημένης ψυχιατρικής άποψης για τις επείγουσες περιπτώσεις.



.





Η αξιοπιστία των διαγνώσεων στα ΤΕΠ είναι ικανοποιητική για τις διαγνωστικές κατηγορίες των **σχιζοφρενικών διαταραχών** και της **διπολικής διαταραχής** αλλά επισημαίνεται ο κίνδυνος να **επικαλυφθούν οι τοξικές ψυχώσεις** (Lieberman PB, Backer FM, 1985).



Οι Saliou , Fichelle et all (2005) διαπίστωσαν ότι:

1. το **38%** των ασθενών στο ΤΕΠ ήταν ψυχιατρικές διαταραχές. Το **8%** καινούρια περιστατικά. "
2. Το 78% των ασθενών αυτών είχαν προσέρθει στα επείγοντα για άλλους λόγους. Άστεγοι(16%).



Οι Schanzer et all 2006 διαπιστώνουν μια τάση($p<.001$) των ιατρών των ΤΕΠ (Collumbia university, 2006) να υπερδιαγιγνώσκουν πρωτοπαθείς ψυχώσεις σε σχέση με τις προκληθείσες από ναρκωτικές ουσίες.



Οι Quandt CM, Sommi RW et all ήσυνιστούν την προσοχή μας στην διάφορο διάγνωση των **οξέων ψυχωτικών επεισοδίων από τοξικώσεις από κοκαΐνη κ.λ.π** (benzocaine, procaine, atropine, amphetamine...) Συμπτώματα όπως ταχυκαρδία, μυδρίαση, σύγχυση, περίεργη ,βίαιη συμπεριφοράς δεν πρέπει να παραβλέπονται.



Δυσκολίες στη διαχείριση των διεγερμένων ασθενών στον ιδιαίτερο χώρο ενός Γεν. Νοσοκομείου

Παράγοντες που συσχετίζονται με αύξηση του κινδύνου για βιαιοπραγία:

- Τα θετικά ψυχωτικά συμπτώματα Η εξάρτηση σε ουσίες
Swanson JW et al(2006), Dean K , Walsh E, et al 2006
- Οι διαπροσωπικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Dean K , Walsh E, et al 2006 Swanson JW et al 2006 με ψυχωτικά καταθλιπτικά συμπτώματα. (Swanson JW et al(2006
- Αντικοινωνικά και ψυχοπαθητικά χαρακτηριστικά. (Dean K , Οι Rasmussen K, Levandes S (2002) Khalid Abushua' leh, et al(2006)

- Οι ερευνητές Stompe T et al (2006) του Πανεπιστημίου της Βιέννης αναγνωρίζουν ως μη ευνοϊκά χαρακτηριστικά σε σχιζοφρενείς ασθενείς.
- Χαμηλή κοινωνική τάξη
- Ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στην οικογένεια
- Απώλεια του πατέρα
- Νέα ερωτική σχέση της μητέρας
- Ανάπτυξη σε διαλυμένη οικογένεια
- Παραμονή σε ανάδοχες οικογένειες



Παράγοντες που συσχετίζονται με αύξηση του κινδύνου για ελαφριά ή σοβαρή βιαιοπραγία:

1. Τα θετικά ψυχωσικά συμπτώματα
(Rasmussen K, Levanders S,2002, Swanson JW et all 2006)
2. Η εξάρτηση σε ουσίες.
(Swanson JW et all 2006,Dean K , Walsh E, et all 2006)
3. Οι διαπροσωπικοί και κοινωνικοί παράγοντες.
(Dean K , Walsh E, et all 2006, Swanson JW et all2006)
4. Αντικοινωνικά και ψυχοπαθητικά χαρακτηριστικά.
(Dean K , Oι Rasmussen K, Levanders S (2002)_Khalid Abushua' leh, Ahmad Abu-Akel (2006)
5. Τα ψυχωσικά καταθλιπτικά συμπτώματα.
6. (Swanson JW et all2006)



ΜΗ ΕΥΝΟΪΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΕ ΣΧΙЗОΦΡΕΝΕΙΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΒΙΑΙΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Stompe T et al (2006) Βιέννη

- Χαμηλή κοινωνική τάξη
- Ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς στην οικογένεια
- Απώλεια του πατέρα
- Νέα ερωτική σχέση της μητέρας
- Ανάπτυξη σε διαλυμένη οικογένεια.
- Παραμονή σε ανάδοχες οικογένειες





Πρώτη επαφή:

- ❏ Ο θεραπευτής με σταθερότητα, ηρεμία, με σιγουριά δείχνει λεκτικά εξωλεκτικά πρόθυμος να ακούσει, κατανοήσει τον ασθενή με ενσυναίσθηση.
- ❏ Τον αφήνει να μιλήσει ,δεν τον πιέζει.
- ❏ Ψάχνει σύγχρονος σημεία επαφής.
- ❏ Τον καθησυχάζει, χωρίς όμως να αρνείται την πραγματικότητα.
- ❏ Δείχνει πρόθυμος να μοιραστεί τα βάσανα του.
- ❏ Σε άρνηση της νοσηλείας του εξηγήσει τους κινδύνους, τον καθησυχάζει

- ❏ Σε παραληρηματικούς ασθενείς δεν εμπλέκεται με το παραλήρημα..
- ❏ Με προσεχτικούς χειρισμούς φωτίζει την πραγματικότητα του ασθενή, ώστε να ενισχύσει τα ψήγματα ενσυναισθησίας του.
- ❏ Σε ασθενείς με διωκτικό ή με αυτοκτονικό ιδεασμό μπορεί να επικαλεστεί την δυνατότητα προστασίας και απάλυνσης του άγχους μέσα στην κλινική.
- ❏ Εξηγεί σε ακούσιους ασθενείς τον ρόλο της πολιτείας.
- ❏ Συνομιλεί με τους συγγενείς τους δώσει οδηγίες.



Φαρμακολογική διαχείριση των ψυχιατρικά επειγόντων Ενέργειες περιστατικών

Στόχοι

Άμεση μείωση διαταραχής,
οξυθυμίας και εχθρικοτητας

Άμεση μείωση της
επικινδυνότητας

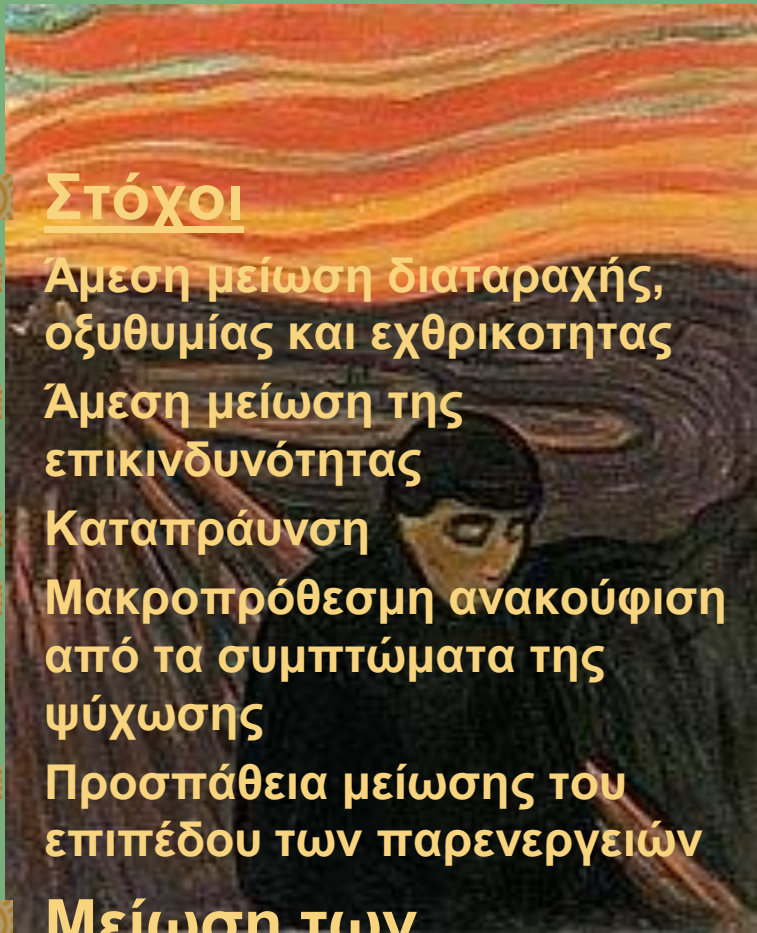
Καταπράυνση

Μακροπρόθεσμη ανακούφιση
από τα συμπτώματα της
ψύχωσης

Προσπάθεια μείωσης του
επιπέδου των παρενεργειών

Μείωση των
φαρμάκων

- Προσπάθεια συμβουλευτικής προσέγγισης
- Γνώση του Πρωτοκόλλου πριν προκύψει το πρόβλημα
- Αποτροπή-είναι η καλύτερη πράξη
- Προσπάθεια συγκαταβατικής ομιλίας
- Έλεγχος συμπτωμάτων
- Λήψη ιστορικού του ασθενή και του περιβάλλοντος του
- Εάν ο ασθενής έλαβε ηρεμιστικά στο παρελθόν, ποια ήταν αυτά και τι επίδραση είχαν
- Εξέταση της φυσικής κατάστασης του ασθενή.
- Χρήση φαρμάκων δια του στόματος εάν είναι απαραίτητη
- Σωματική καθήλωση εάν είναι αναγκαία



- αντιμετώπιση του ασθενούς με την
πρέπουσα σοβαρότητα
- ξεκάθαρες οδηγίες
- παρακολούθηση ενεργητική και με
ενσυναίσθηση
- ήσυχη και σίγουρη εμφάνιση
- να μην εξωθούνε στα άκρα τους ασθενείς
- αξιολόγηση επικινδυνότητας

Ο ΑΣΘΕΝΗΣ

• Πρόθυμος ομιλητικά?
• ΟΧΙ ΝΑΙ

- Μείωση της έντασης με το :
- να προσφέρεις με τις συμβουλές σου λύση στην σύγκρουση
- να εξηγήσεις τις ιατρικές οδηγίες και εξετάσεις επιτυχία
- να προσφέρεις φαγητό, ποτό, τσιγάρα στους ασθενείς
- να δεχτείς ή να αποκλίσεις τους συγγενείς από την συζήτηση ανάλογα με την επιθυμία του ασθενή.

Χωρίς επιτυχία

- να του εξηγήσουμε για τα μέτρα που θα πάρουμε παρά την θέλησή του
- να επιδεικνύουμε αποφασιστικότητα επιτυχία
- να σηματοδοτούμε σιγουριά δύναμη και παρουσία

χωρίς επιτυχία

- Εάν υπάρχει εντολή από τον εισαγγελέα
- χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής παρά την θέληση του ασθενή
- σύντομη καθήλωση

- ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ
- ❖ Διάλογος
- ❖ Συνταγογράφηση
- ❖ Αξιολόγηση της διαλογικής
ικανότητας
- ❖ Επεξήγηση
φαρμακοθεραπείας
- ❖ Αξιολόγηση
επικινδυνότητας

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΑ

(Benkert-Hippius, 2007)

Διαφορική Διάγνωση	Θεραπεία
Ψυχωσική διέγερση και επιθετικότητα σε σχιζοφρενείς και σε μανιακά σύνδρομα	Haloperidol εναλλακτικά: Olanzapin, (Risperidon, Zibrazidon) με ή όχι Lorazepam
Διέγερση σε καταθλιπτικές συνδρομές	Lorazepam; Αντικαταθλιπτική αγωγή
<u>Διαφορική Διάγνωση</u> : Διέγερση σε καταστάσεις άγχους με ή όχι πανικού	Lorazepam
<u>Διέγερση σε συμπτωματικές ψυχώσεις επί σωματικών ασθενών (επί παθολογικών, νευρολογικών συμπτωμάτων δηλητηριάσεων)</u>	Haloperidol; συμπτωματική θεραπεία, ειδική θεραπεία για γηριατρικούς και ασθενείς με πολλαπλά παθολογικά συμπτώματα (Melperon)
<u>Διέγερση σε δηλητηρίαση από ναρκωτικά (περιοπλεγμένη μύηση)</u>	Haloperidol (δηλητηρίαση από Αλκοόλ) Cave: Benzodiazepine



Βιβλιογραφικές Απόψεις : καταστολής της επιθετικότητας.

- ❏ Ο συνδυασμός της Haloperidol και Lorazepam προκαλεί γρηγορότερη καταστολή και λιγότερα EMS (Battaglia J et al, 1997 Hovens JE et al 2005, Currier GW & Simson GM, 2001.)
- ❏ Οι Yildiz A et al από 701 εργασίες και διαπίστωσαν ότι τα άτυπα ψυχωτικά όπως Olanzapine, Risperidone, Ziprasidone σε συνδυασμό με Benzodiazepines φαίνεται να έχουν καλά αποτελέσματα ως πρώτη επιλογή.
- ❏ Oral risperidone με lorazepam αποτελεί μια δραστική εναλλακτική αγωγή σε σχέση με τα κλασσικά αντιψυχωσικά για τη θεραπεία της οξείας ψύχωσης στα επείγοντα (Hovens JE et al (2005), Currier GW & Simson GM, 2001)

Για τον Krakowski et al (2006)

- ❏ η clozapine εμφανίζει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα
- ❏ η Olanzapine εμφανίζει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα απ' ότι η Haloperidol.
- ❏ Το αποτέλεσμα της μείωσης της επιθετικότητας φαίνεται να διαχωρίζεται από την αντιψυχωτική και κατασταλτική δράση της φαρμακευτικής αγωγής.

Ο Allen MH (2005) παρουσίασε guideline από την εμπειρία 50 experts. προτείνουν; κατά πρώτο λόγο αντιψυχωτικά SGAs σε συνδυασμό με ή όχι BNZs

Σε περιπτώσεις μανίας και σχιζοφρένειας προτιμούσαν την διασπειρόμενη Olanzapine ή i.m κατά κύριο λόγο ακολούθως η διασπειρόμενη Risperidone και πολύ πιο σπάνια i.m. Ziprasidone ή oral Quetiapine

Σκευάσματα: (Benkert-Hippius,2007)

Haloperidol

- **Ενδείξεις:** Ψυχωσική και παραληρηματική (delirium) παρούσα κατάσταση
- Ψυχοκινητική διέγερση
- **Δόσεις:** I.v./ i.m. /p. 5-10 mg, για ηλικιωμένους ασθενείς χαμηλότερες δόσεις (0,5-1,5 mg)
- Επανάληψη ανά 30 min όχι περισσότερο από 100mg το 24/h oral 60 mg/24h parenteral
- **Ιδιαιτερότητες:** Υψηλή δραστικότητα
σε χαμηλές δόσεις και σε σύντομη χρήση σχετικά καλή καρδιαγγειακή ανοχή,
Υψηλός κίνδυνος EPS σε υψηλές δόσεις
- **CAVE:** Δυνατή επιμήκυνση του QTc ιδιαίτερα σε παρεντερική χορήγηση. Σε υψηλές δόσεις καρδιοτοξικός κίνδυνος, (διαταραχές του ρυθμού). Πιθανή ανάγκη παρακολούθησης μεμόνιτορ).
Όψιμη δυσκινησία (Akineton) 2,5-5 mg i.v.

Olanzapin (Benkert-Hippius,2007)

- **Ενδείξεις:** Ψυχωσική εικόνα ,Ψυχοκινητική διέγερση σε σχιζοφρένια, μανία, ιδιαίτερα σε άτομα υψηλού κινδύνου για EPS
- **Δόσεις:** i.m αρχικά 5-10mg έως 20 mg. Oral αρχικά 10-20mg. Επανάληψη ανά 30 λεπτά αλλά όχι παραπάνω από 20mg το εικοσιτετράωρο.
- **Ιδιαιτερότητες:** Χαμηλό κίνδυνος για EPS.
Εύκολη αλλαγή σε αγωγή δια του στόματος.
Ευκολοδιάλυτο στο στόμα
- **CAVE:** Δυνατή επιμήκυνση του QTc.
Σε i.m. θεραπεία γρήγορη αλλαγή σε αγωγή δια του στόματος.
Καμία i.v. Χρήση

Σκευάσματα	Ενδείξεις	Δόσεις	Ιδιαιτερότητες	CAVE
Δεύτερης επιλογής				
Ziprasidon	Ψυχωτική εικόνα Ψυχοκινητική διέγερση σε σχιζοφρένια, μανία, ιδιαίτερα σε άτομα υψηλού κινδύνου για EPS	- i.m αρχικά 10-20mg , επανάληψη : 10mg ανά 2 ώρες μέχρι το ανώτερο 40 mg το εικοσιτετράωρο - Po αρχικά 40mg κατανομή δόσης 40 mg*2 ανώτερο: 160	- Χαμηλός κίνδυνος EPS - Εύκολη αλλαγή σε αγωγή δια του στόματος	<u>Δοσοεξαρτώμενη επιμήκυνση του QTc με i.m. Θεραπεία</u> - Γρήγορη αλλαγή σε αγωγή δια του στόματος.
Risperidon	Ψυχωτική εικόνα Ψυχοκινητική διέγερση σε σχιζοφρένια, μανία, ιδιαίτερα σε άτομα υψηλού κινδύνου για EPS	Αρχικά 2-4mg /24h στις σχιζοφρενικές περιπτώσεις και πάνω από 6mg/24h2 στα μανιακό επεισόδια	- Όπως Olanzapin όμως σε υψηλότερες δόσεις και κίνδυνο για EPS - Επίσης Ευκολοδιάλυτο στο στόμα	Δυνατή επιμήκυνση QTc
Melperon	<u>Σε ελαφρές ή μέσης βαρύτητας ψυχοκινητικές διεγέρσεις ανησυχίες σε γηριατρικούς και σε ασθενείς με πολλαπλά παθολογικά προβλήματα</u>	- I.m: αρχικά 50-100mg ανώτερο 200mg/24h - Oral : αρχικά 50-100mg έως 400mg/24h	Καλή κατασταλτική δράση με μεσαία αντιψυχωτική επίδραση κα χωρίς αντιχολινεργικές παρενέργειες	- Σε ορισμένες περιπτώσεις έντονη ορθοστατική υπόταση - Καμία i.v χρήση
Lorazepam	Ψυχοκινητική διέγερση μέσης βαρύτητας σε έντονη αναταραχή(agitation) μαζί με Haloperidol	- I.v/i.m αρχικά 0,5-1 mg - Oral: Αρχικά 1-2,5mg - Επανάληψη ανά	- Μικρός χρόνος ημιζωής χωρίς εναργούς μεταβλητές. - Απλή χορήγηση	- Υπόταση και αναπνευστική καταστολή - Πολύ αργή χορήγηση i.v



ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΤΟΝΙΚΩΝ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΕΠΕΪΓΟΝΤΑ (Benkert-Hippius, 2007)

Διαφορική διάγνωση	Θεραπεία
Stupor σε κατατονική σχιζοφρένεια	Αρχικά Lorazepam και αν επιδράσει: Haloperidol, εναλλακτικά: Olanzapin (Risperidon ή Ziprasidon)
Καταθλιπτικό και μανιακό Stupor	Lorazepam και μετά την αποδρομή της οξείας κατάστασης, αντικαταθλιπτική ή αντιμανιακή αγωγή.
Stupor επί οργανικών κατατονικών διαταραχών	Haloperidol και θεραπεία της βασικής ασθένειας η οποία προκάλεσε το Stupor και απεξάρτηση από την ουσία που το προκάλεσε.
Διασχιστικό Stupor	Lorazepam, ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις

ΕΠΕΙΓΟΥΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΑΓΝΩΣΤΗ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ STUPOR (Benkert-Hippius,2007)

- Αρχικά Lorazepam
- Αν δεν έχουμε επιτυχία, αντιψυχωσικό κυρίως Haloperidol εφόσον αποκλειστεί το κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο
- Επί κακοήθους κατατονία επιπλέον προσπάθεια απώλειας θερμοκρασίας και θεραπεία σε μονάδα εντατικής ιατρικής και ηλεκτροσόκ αν αποκλειστεί η εγκεφαλίτιδα.



Η άλλη Αντίληψη.



Το 2003 οι Bola GR, Mosher LR δημοσιεύουν ένα ερευνητικό πρόγραμμα **Soteria** (1971-1983) όπου έγινε προσπάθεια σύμφωνα με την θεωρία του **Ciombi** να θεραπεύσουν ασθενείς σε νέους σχιζοφρενείς ασθενείς χρησιμοποιώντας ελάχιστη αντιψυχωσική θεραπεία, κατανοώντας την ψυχοπαθολογία και παρεμβαίνοντας κοινωνικά και ψυχοθεραπευτικά στους ασθενείς αυτούς οι οποίοι κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους σε ειδικά διαμορφωμένα σπίτια μέσα στην κοινότητα (Ελβετία , Καλιφόρνια) από 179 ασθενείς μεταξύ 1971 και 1979 το 8% εγκατέλειψε την Soteria χωρίς αντί-ψυχωτική



Τμήμα νοσηλείας οξέων περιστατικών!!! Μια Χίμαιρα.



Συμπέρασμα:

■ Jennifer Field Brown (2005) σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αναφέρεται στα ψυχιατρικά επείγοντα ιατρεία Τ.Ε.Π. (85 άρθρα) μεταξύ 1983-2003 διαπίστωσε μεθοδολογικούς περιορισμούς οι οποίοι εμφανίζονταν σταθεροί στη βιβλιογραφία και που παραμένουν αδιευκρίνιστοι και προτείνει μια ερευνητική ατζέντα.

Συμπέρασμα:

- Η δημιουργία οδηγιών προσαρμοσμένες στις εκάστοτε συνθήκες είναι αναγκαία.
- Τα άτυπα αντιψυχωσικά ενισχύουν το ρόλο τους ως επιλογή πρώτης γραμμής στα επείγοντα. Η χημική καταστολή πρέπει να ακολουθεί ένα πρωτόκολλο.
- Η επίτευξη **θεραπευτικής συμμαχίας** αποτελεί το μεγάλο στοίχημα και την διεκυστίνδα για την αποδοχή της αγωγής

