

Неотложная помощь при агрессивном поведении

Цукарзи З.Э.

Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России

II. Ведение пациентов

РЕЗЮМЕ. Статья является второй из двух публикаций, посвященных агрессии как ургентному состоянию в психиатрии. В работе анализируются различные аспекты ведения пациентов с агрессивным поведением. Автором проведен анализ применения фармакологических и нефармакогенных методов контроля агрессии. Особое внимание уделено методикам быстрой транквилизации, преимуществам и ограничениям их применения. Предлагаемый алгоритм терапевтических мероприятий при агрессивном поведении исходит из последовательности принимаемых клинических решений, направленных на предупреждение повторных эпизодов агрессии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: агрессивное поведение, ведение пациентов, алгоритмы терапии, быстрая транквилизация, нефармакогенные методы контроля агрессии

КОНТАКТ: e-mail: tsukarzi@gmail.com

Способность быстро, эффективно и безопасно купировать возбуждение и проявления агрессии у пациента является своеобразной проверкой на зрелость и профессиональную квалификацию для врачей и среднего медперсонала [1, 3, 4, 72]. Высокие риски, ответственность каждого клинического решения определяют необходимость стандартизации тактики ведения больных с агрессией и деструктивным поведением. Тактика ведения пациентов с агрессивным поведением основана на одновременном выполнении двух основных задач: обеспечения безопасности и проведения диагностической оценки (табл. 1).

Проявления агрессии при наличии психического расстройства являются показанием для ургентной госпитализации [2, 6, 8, 59]. Соответственно, обследование и лечение таких пациентов проводится в условиях психиатрического стационара. Поэтому первым важным аспектом в организации психиатрической помощи являются архитектура и оборудование отделения и врачебных кабинетов [9, 17, 74]. Они должны быть подчинены основной цели: обеспечению безопасности других пациентов, медперсонала, а также самого больного с агрессивным поведением или с его высоким риском. Другое требование к устройству психиатрического отделения: оно должно быть просторным и уютным. Известно, что возбужденным пациентам требуется больше свободного пространства [26]. Кроме того, более свободные, просторные условия дают больному ощущение собственной безопасности [18, 61].

Для обеспечения безопасности персонала и пациента необходимо строго придерживаться правил оборудования **врачебных кабинетов** (ординаторских), где проходят консультации потенциально агрессивных больных. Они достаточно просты и важны:

- кабинет должен быть большим, уютным и не изолированным. Это позволит персоналу при необходимости быстро оказать помощь. Идеально, если имеются два выхода из кабинета. В случае если выход один, рабочее место врача находится между пациентом и выходом;

- наличие «тревожной» кнопки;
- мебель должна быть достаточно массивной, чтобы ее было трудно сдвинуть;

- стул, на котором сидит врач, должен быть легким. Он может использоваться в качестве защиты, в этих же целях могут использоваться мягкие предметы (подушки и т.д.);

- никаких «лишних» предметов на столе и в кабинете (ручки, статуэтки, пепельницы и т.д.);

- одежда врача: желательно снять очки, галстук и ювелирные украшения.

Осмотр пациента, клиническое обследование, а также применение терапевтических техник де-эскалации осуществляются, если это возможно, без присутствия других лиц [41, 42]. Важно придерживаться следующих правил общения с возбужденными и **потенциально агрессивными больными**:

1) при отсутствии кабинета, отвечающего требованиям безопасности, используйте для беседы открытое пространство внутри отделения;

2) займите в комнате наиболее безопасное место, удобное для выхода. Пациент также должен иметь возможность беспрепятственно покинуть кабинет. Необходимо, чтобы дверь была постоянно открыта – это успокоит психотических больных и облегчит в случае необходимости выход из помещения персонала;

3) **убедитесь в отсутствии оружия** у больного. При подозрениях о его наличии немедленно вызывайте охрану/полицию;

Таблица 1. Алгоритм ургентных мероприятий при агрессивном поведении



4) никогда не подходите к больному сзади, приближайтесь не быстро и очень спокойно. Также никогда не поворачивайтесь к пациенту спиной;

5) соблюдайте **безопасную дистанцию**, на расстоянии длины 1–2 вытянутых рук, располагаясь лицом к пациенту, при этом больной будет лучше видеть врача и чувствовать себя в большей безопасности. Убедитесь в возможности в любой момент быстро покинуть помещение либо нажать «тревожную кнопку»;

6) избегайте конфронтации, не смотрите постоянно прямо в глаза. Старайтесь использовать нейтральное выражение лица и интонации голоса, сохранять расслабленную позу. Не скрещивайте руки перед собой, а также не держите их за спиной;

7) если врач не уверен в себе, несколько растерян, это не должен видеть или чувствовать пациент – в данном случае целесообразно прервать общение;

8) в случае если кто-либо из присутствующих является раздражителем для больного, постарайтесь его удалить;

9) не оставляйте пациента одного;

10) внимательно и непрерывно **наблюдайте** за пациентом и **слушайте** его. Первые признаки изменения состояния, его ухудшения обычно проявляются в речи и моторике пациента.

Особенно важным является грамотное построение беседы с больным. Необходимо соблюдать ряд основных принципов [1, 31, 34, 51]. Для установления общения в начале беседы необходимо представиться и кратко объяснить то, что вы собираетесь делать. Старайтесь задавать **простые вопросы, использовать короткие и четкие предложения**. Желательно предложить больному удобно сесть, спросить, не хочет ли он пить. Используйте доверительный, но при этом формальный стиль разговора. Постарайтесь объяснить пациенту, что с ним случилось и где он находится. Расскажите о планируемых диагностических и лечебных процедурах. Обсудите с пациентом возможность проведения лечения. Избегайте быть спровоцированным. Старайтесь соглашаться с пациентом, не высказывайте своего несогласия. **Поддерживайте контакт с пациентом глазами**, внимательно, с участием слушайте его, попытайтесь выяснить, чего он в настоящий момент хочет. Если просьбы больного неразумны – не отказывайте в категорической форме либо отложите их рассмотрение.

В начале беседы старайтесь задавать больному эмоционально индифферентные вопросы. Отложите более деликатные темы. Задайте их тогда, когда установятся первые элементы терапевтического альянса. Постарайтесь выяснить истинную мотивацию агрессии. Объясните абсолютную неприемлемость агрессии.

В случаях угрозы появления **агрессии** прекратите контакт глазами, смотрите немного в сторону, сохраняйте нейтральное выражение лица, прекратите разговоры о лечении, незаметно для больного позовите сотрудников охраны.

Очевидно, что в некоторых случаях, особенно у психотических больных и у пациентов с органическими заболеваниями ЦНС, вербальные техники де-эскалации и вообще беседы с пациентами могут быть абсолютно неэффективны и даже невозможны

[2, 27]. Вместе с тем, даже острый психотический больной может положительно отреагировать на установление адекватного контакта с медперсоналом [1]. Негативное, неприязненное отношение к больному со стороны персонала, обнаруживаемое в любой форме, категорически неприемлемо. Его результатом может быть «контрперенос» и, как следствие – возрастающий риск агрессии [46].

Понятно, что вероятным объектом агрессии и насилия может становиться персонал отделения. Провоцирующим фактором могут являться конфликты, вызванные, в частности, отказом в выписке или лишением определенных привилегий. Риск агрессии повышается при авторитарном стиле поведения медперсонала и низкой его толерантности. Также неблагоприятно в плане риска агрессии одновременное совместное пребывание большого числа пациентов с сопутствующим диагнозом расстройства личности или злоупотреблением ПАВ.

С целью скорейшего установления доверительных отношений с больным, терапевтического альянса необходимо проявлять эмпатию, гибкость во время беседы и стараться фокусироваться на запросах больного [31]. Ложь пациенту, равно как и невыполнение ранее данных обещаний, абсолютно неприемлемы. Старайтесь не ставить больного в ситуацию выбора и не вступайте с ним в конфронтацию. Предложите помощь в обсуждении вопросов лечения. Обсудите прошедший эпизод с агрессивным поведением, дайте варианты альтернативных действий в данной ситуации, в том числе использования навыков совладения. Оцените наличие острого или хронического факторов дистресса.

К сожалению, не исключены ситуации, когда врач может оказаться один на один с пациентом, который начинает проявлять физическое насилие. В случае если врач при этом не может немедленно покинуть помещение, необходимо придерживаться следующих правил:

- отойти в сторону, не стоять к больному лицом;
- руки должны быть готовыми к защите;
- ноги для защиты и ударов не используются;
- используйте для защиты стулья, матрацы, подушки и т.д.;
- применяйте силу, если больной наносит удары или пытается вас схватить;
- контролируйте руки больного, если он пытается схватить вас за волосы;
- быстро прижмите подбородок, если пациент пытается души.

На практике возможна ситуация, когда пациент с возбуждением и агрессией **вооружен**. Для этих чрезвычайных случаев должна быть напечатанная доступная инструкция для персонала с контактными телефонами и алгоритмом действий. В любом случае в этой ситуации всегда нужна помощь (полиции/охраны, других сотрудников). Также необходимо выполнять следующие правила: держаться на безопасном расстоянии, попытаться установить вербальный контакт и уговорить положить оружие. Если пациент положил оружие, то в его присутствии не нужно его поднимать и брать.

Эпизоды агрессии, насилия в психиатрическом отделении традиционно относятся к чрезвычайным

происшествиям и становятся предметом анализа. Основной целью работы создаваемых по данным событиям внутренних комиссий психиатрического учреждения является поиск ошибок и виновных. При этом важнейший аспект – образовательный – как правило, в дальнейшем упускается. Очевидно, что подобные эпизоды должны стать моделями-сценариями (случаями из практики) для обучения врачей, среднего и младшего медперсонала.

Еще один аспект, связанный с реакцией на прошедшие чрезвычайные события внутри отделения с позиций взаимоотношений персонала и пациентов. Чаще эти эпизоды не обсуждаются («как будто ничего не было»). Вместе с тем для формирования благоприятного климата внутри отделения желательно обсуждение с пациентами этих эпизодов с объяснением причин необходимости применявшихся действий (фиксация, инъекции лекарственных препаратов и др.).

Быстрая транквилизация (БТ)

БТ, или «ургентная седация» – фармакологическая методика достижения быстрого успокоения возбужденного и агрессивного больного. Следует понимать, что термины БТ и «быстрая нейролептизация» (БН) не тождественны. Под БН во второй половине прошлого века понималось проведение антипсихотической терапии изначально в максимально разрешенных дозах для предположительно более быстрого и глубокого эффекта. Для лучшего понимания эффектов БТ необходимо опять же обратиться к терминологии, а именно к определениям «успокоение», «легкая седация», «глубокая седация» и «анестезия». Успокоение представляет собой редукцию тревоги и возбуждения. Легкая седация – достижение состояния покоя с редукцией психомоторной активности при сохранении речевого контакта в полном объеме. Глубокая седация сопровождается угнетением сознания, психомоторной активности и прогрессивным сохранением речевого контакта. Анестезия – состояние, следующее за глубокой седацией. Сопровождается отключением сознания, аналгезией, мышечной релаксацией, угнетением дыхания, ослаблением рефлексов. Состояние требует наблюдения анестезиолога. При проведении БТ желательно, чтобы терапевтический эффект был достигнут на уровне успокоения или легкой седации. Однако при необходимости допускается достижение глубокой седации и даже анестезии [63]. Вместе с тем в ряде зарубежных руководств по БТ достижение глубокой седации и даже сна являются нежелательными эффектами БТ [39].

В настоящее время БТ для купирования возбуждения и дезорганизованного поведения используется при безуспешности применения стандартных фармакологических и нефармакогенных (поведенческая терапия и методики психологической деэскалации) методов лечения в качестве терапии «последней линии выбора». Однако при проявлениях агрессии ввиду высоких рисков применение БТ предпочтительно уже на первых этапах оказания помощи (см. табл. 1).

К сожалению, сложившиеся правила применения данной методики не имеют существенной доказательной базы. Они сформулированы преимущественно с учетом клинического впечатления и теоретических

предпосылок из-за крайней сложности проведения контролируемых исследований при ургентных состояниях. Только в трех систематических обзорах проведенный анализ эффективности антипсихотиков для БТ соответствует высокому уровню доказательности. Они были посвящены применению дроперидола, клотиапина и зуклопентиксола ацетата [25, 28, 35, 51]. К сожалению, практическая значимость этих данных ограничена, так как клотиапин с производства снят, а применение дроперидола ограничено. Тем не менее оба препарата показали высокую эффективность при БТ с оговорками о необходимости дальнейших исследований. Некоторое ограничение применения зуклопентиксола ацетата именно как средства для быстрой транквилизации связано, по мнению авторов, с более медленным началом действия [35, 51].

Как известно, для БТ могут использоваться как антипсихотики, так и бензодиазепины. В некоторых работах проводилось прямое сравнение антипсихотиков и бензодиазепинов, а также их комбинации при психотическом возбуждении [14, 30, 36, 51, 62, 69]. В широком понимании оба класса препаратов оказались в равной степени эффективны, при том, что начало действия бензодиазепинов развивалось быстрее [9, 12, 51]. Вместе с тем при наличии психотической симптоматики назначение для контроля агрессии антипсихотиков одновременно является началом лечения психоза. При комбинировании препаратов (обычно это галоперидол и лоразепам, а в отечественной практике – диазепам) эффективность существенно повышается [37, 69]. Изначальный выбор комбинированной терапии оправдан, когда мы знаем по прежнему опыту, что больной может слабо отреагировать на монотерапию. Другим вариантом являются случаи, когда принуждение к инъекции требует значительных усилий персонала и повторную инъекцию при необходимости через 30 минут сделать будет очень трудно. В этом случае клиническое решение останавливается на комбинированной терапии, обладающей более потенцированным эффектом.

Наиболее оптимальным при БТ является парентеральный внутримышечный путь введения препаратов. Внутривенное введение в настоящее время из-за соображений безопасности повсеместно не рекомендуется, хотя допустимость его применения не отрицается. Необходимо отметить, что в отдельных исследованиях показана более высокая эффективность внутривенного введения бензодиазепинов для достижения седации как в комбинации с галоперидолом, так и без [22, 69]. Безусловно, следует помнить, что при комбинированной терапии оба препарата должны вводиться раздельно.

Анализ литературных данных свидетельствует о том, что для БТ могут применяться многие антипсихотики первого поколения [32, 33, 45, 55, 56, 64, 65]. Обобщая, можно выделить 2 стратегии БТ: использование высокопотентных (инцизивных) и низкопотентных (седативных) нейролептиков (табл. 2). Кроме того, существуют 2 тактики режима дозирования препаратов: БТ в низких и высоких дозах (см. табл. 2). В качестве высокопотентного нейролептика на практике чаще используется галоперидол, а низкопотентного – хлпромазин. Так же как и в случае с бензодиазепинами, наличие психоза предопределя-

Таблица 2. Быстрая транквилизация: методики применения**А. Терапия высокопотентными (инцизивными) нейролептиками:**

1. Низкие дозы галоперидола: 5 мг (1 мл) в/м, интервал от 30 мин до 4–8 ч. Максимальная суточная доза 15–30 мг.
2. Высокие дозы галоперидола: 10 мг (2 мл) в/м интервал от 30 мин до 4–8 ч. Максимальная суточная доза 45–100 мг.

Б. Терапия низкопотентными (седативными) нейролептиками

1. Тестовая доза хлорпромазина 10–25 мг в/м.
2. Низкие дозы хлорпромазина 25 мг (1 мл) им каждые 4 ч. Максимальная суточная доза 150 мг.
3. Высокие дозы: хлорпромазин 75 мг (3 мл) им каждые 4 ч. Максимальная суточная доза 400 мг (не более 3 мл в одном шприце).

В. Терапия бензодиазепинами (монотерапия или в комбинации с галоперидолом)

1. Перорально: лоразепам 2–4 мг или диазепам 5–10 мг, повторение дозы через 4–6 часов. Максимальная суточная доза для лоразепама 10 мг, для диазепама 60 мг.
2. Парентерально: лоразепам 2–4 мг (1–2 мл) в/м или диазепам 5–10 мг в/м, повторные инъекции через 2 часа. Максимальная суточная доза для лоразепама 10 мг, для диазепама 60 мг.
3. Внутривенное введение: лоразепам 2–4 мг (1–2 мл) или диазепам 5–10 мг в/в, медленно со скоростью 2 мг (1 мл) в минуту для лоразепама и 5 мг в мин. для диазепама. При необходимости повторное введение через 10-минутный интервал. Максимальная суточная доза для лоразепама 10 мг, для диазепама 60 мг.

ет выбор в пользу высокопотентных нейролептиков. Тем не менее, окончательное клиническое решение основывается на оценке возможных рисков, в первую очередь ЭПС и ортостатической гипотензии. При высоком риске развития ЭПС выбор должен останавливаться на седативных нейролептиках, а при чувствительности к ортостатическим реакциям несколько более предпочтительно назначение галоперидола.

При применении **БТ в низких дозах** разовая доза галоперидола составляет 5 мг, интервал введения 4–8 часов, суточная доза 15–30 мг. Методика с **высокими дозами** допускает использование в качестве разовой дозы 10 мг галоперидола, интервал введения 30 минут, допустимая суточная доза 45–100 мг. Считается, что для большинства больных при БТ требуемая доза галоперидола распределяется в интервале от 15 до 60 мг [69]. Вместе с тем в некоторых современных руководствах регламентируется не превышать суточную дозу галоперидола выше 30 мг [59]. При применении других препаратов для БТ используются эквивалентные дозы. Как уже было отмечено, **низкопотентные антипсихотики** реже рекомендуются для БТ. Их преимущество над галоперидолом по уровню седации успешно компенсируется его комбинацией с бензодиазепинами. Хлорпромазин обычно является препаратом выбора при данной методике. Рекомендуется изначальное введение тестовой дозы 10–25 мг для мониторинга ортостатической гипотензии. Если их нет, хлорпромазин назначается каждые 4 часа 75 мг (в **низких дозах** по 25 мг) в максимальной суточной дозе 400 мг. Не рекомендуется вводить в одном шприце более 3 мл (75 мг) из-за риска развития местного раздражения.

Бензодиазепины также могут использоваться для БТ как средство монотерапии, так и в комбинации с антипсихотиками (см. табл. 2). Их применение в качестве монотерапии целесообразно при непсихотическом возбуждении. В некоторых случаях (примерно у 1% больных) возможно развитие парадоксальных реакций с усилением возбуждения [29]. Для БТ преимуществом выбора обладают бензодиазепины с более коротким периодом полувыведения: лоразепам и, с определенными оговорками, диазепам. Лоразепам обладает существенно более коротким (12 ч.) в сравнении с диазепамом периодом полувыведения и, соответственно, более низкой кумуляцией при повторных введениях. Кроме того, благодаря своим фармакокинетическим свойствам седативный эффект лоразепама развивается быстрее, характеризуется стойкостью и большей мощностью [15]. Следует отметить, что в ряде руководств по БТ специально указывается, что использование диазепама для БТ следует избегать [56].

Бензодиазепины для БТ, в отличие от антипсихотиков, могут применяться как парентерально, так и перорально (см. табл. 2). Однако предпочтение также отдается внутримышечному или внутривенному введению из-за более быстрого достижения седации (различия в 1–1,5 часа) [50]. При пероральном применении интервалы между приемами составляют 4–6 ч., в то время как при внутримышечном введении он должен быть не менее 2 часов. Разовая доза лоразепама составляет 2–4 мг, а суточная не более 10 мг. При применении диазепама разовая доза – 5–10 мг, а суточная до 60 мг. В отдельных руководствах допускается одномоментное введение 20 и даже 30 мг диазепама [1]. При внутривенном введении вводится 2 мг лоразепама или 5–10 мг диазепама медленно в течение 60 сек. При необходимости введение повторяется в этой же дозе через 10 мин. Следует помнить, что указанием для внутривенного пути введения является наличие крайне тяжелого и не купирующегося другими методами возбуждения.

БТ является мощным, но далеко не всегда безопасным средством ургентной терапии. Наибольшие риски при применении БТ связаны с возможностью развития острых дистоний и артериальной гипотензии (табл. 3). Кроме того, это и известные грозные осложнения: центральная гипертермия, ЗНС и кардиотоксические эффекты. К осложнениям терапии бензодиазепинами следует отнести угнетение дыхания и развитие ларингоспазма. Риски, связанные с применением БТ, нашли отражение в некоторых последних рекомендациях по ее применению, а именно требование дополнительной консультации более опытного психиатра **при неэффективности второй инъекции** с целью возможного назначения альтернативной терапии [54].

Во время проведения БТ необходим тщательный контроль соматического состояния (АД, пульс, температура и частота дыхания) [67]. Мониторинг этих показателей должен проводиться в течение первого часа каждые 10 минут, затем каждые 30 минут.

Артериальная гипотензия (АГ) квалифицируется при снижении диастолического давления ниже 50 мм/рт. ст. При развитии АГ необходим строгий постельный режим с приподнятыми нижними конечностями либо наклоном кровати в сторону головы.

Таблица 3. Быстрая транквилизация: побочные эффекты и осложнения

Побочный эффект	Терапевтическая тактика
Острая дистония	Тригексифенидил 1–4 мг перорально (ПО), бипериден 1–4 мг ПО или 5–10 мг в/м или в/в капельно
Угнетение дыхания (< 10/мин) или сатурации кислорода (< 90%)	Кислород, приподнять нижние конечности, не давать больному лежать лицом вниз. Если угнетение дыхания связано с назначением БЗД – назначение антидотной терапии (флумазенил). В случае развития угнетения дыхания после другой терапии следует проводить ИВЛ.
Аритмия или брадикардия (< 50 уд)	Срочная консультация кардиолога
Снижение артериального давления (диастолического < 50)	Мониторинг артериального давления, строгий постельный режим, приподнятые нижние конечности либо наклон кровати в сторону головы
Гипертермия	Отмена антипсихотиков: риск развития ЗНС и нарушений сердечного ритма. Определение содержания креатинфосфокиназы (КФК) по cito

При изменении состояния больного с развитием загруженности, сонливости и дезориентировки необходимо динамическое проведение пульсоксиметрии для оценки сатурации кислорода и наблюдение за пациентом среднего медицинского персонала. Угнетение дыхания диагностируется при частоте дыхания < 10/мин или сатурации кислорода < 90%. Если угнетение дыхания связано с назначением БДП, в качестве первого шага требуется назначение антидотной терапии (флумазенил). Однократно назначается 200 мкг флумазенила внутривенно медленно в течение 15 секунд. Если показатели угнетения дыхания не восстанавливаются, через 60 сек вводится повторно 100 мкг флумазенила также внутривенно. При необходимости допустимы повторные инъекции в указанной дозировке с интервалом не менее 60 сек (суточная доза не должна превышать 1000 мкг). Некоторыми авторами рекомендуется превентивное назначение антидотной терапии в случаях, когда мы прогнозируем необходимость повторного введения бензодиазепинов [54]. Целью антидотной терапии является восстановление дыхательной функции до нормальных показателей. Основным принципом должен быть тщательный мониторинг пульсоксиметрии и сатурации, так как терапевтический эффект флумазенила может быстро истощаться. В случае развития угнетения дыхания после другой терапии (без бензодиазепинов) следует проводить ИВЛ. Ларингоспазм является достаточно редким осложнением при терапии бензодиазепинами. Тем не менее при БТ с применением бензодиазепинов необходима доступность инструментария для ларинготомии.

Тактика при развитии острых дискинезий и нейролептического паркинсонизма во время БТ несколько отличается от общепринятой при лечении антипсихотиками. В частности, предпочтение отдается парентеральному введению корректоров, причем во многих случаях оптимальным считается внутривенный путь. В некоторых руководствах предлагается предварять применение антипсихотика внутривенной или внутримышечной инъекцией корректоров с целью профилактики ЭПС [54]. Следует помнить, что развитие неврологических побочных эффектов, в первую очередь акатизии, может сопровождаться усилением возбуждения.

При проведении БТ, особенно при использовании высоких доз антипсихотиков, настоятельно рекомендуется снятие ЭКГ и определение гематологических показателей [49, 57, 71]. Высокая физическая активность пациента (что наблюдается часто при возбуждении) ускоряет абсорбцию при парентеральном введении препаратов, повышая риск развития кардиотоксических эффектов [44, 71]. Кроме того, гипокалиемия, стресс и возбуждение больного также повышают риск развития нарушений сердечного ритма. При развитии нарушения сердечного ритма необходима срочная консультация терапевта (кардиолога) и отмена нейролептика.

Появление гипертермии может быть клиническим признаком начинающегося ЗНС или высокого риска его развития. В данном случае врачебная тактика включает незамедлительную отмену антипсихотика и экстренное определение содержания креатининфосфокиназы (КФК) в плазме крови.

Противопоказанием для БТ является диагностика **текущего органического заболевания ЦНС**, особенно при наличии указаний на эпизоды делириозного помрачения сознания [20]. В этом случае антихолинергический и седативный эффекты нейролептиков повышают риск развития лекарственного делирия или усиления уже имеющейся делириозной симптоматики. Наличие **алкогольной интоксикации или интоксикации другими ПАВ** также является противопоказанием для БТ ввиду риска развития спутанности [20]. В состоянии **алкогольной абстиненции** БТ повышает риск развития судорог, снижая судорожный порог [8].

Критерием завершения БТ является снижение риска агрессии, проявляющееся купированием возбуждения и дезорганизованного поведения. При этом пациент переводится на эквивалентные суточные дозы того же антипсихотика с пероральным путем введения (таблетированные либо жидкие формы при проблемном комплаенсе) [13, 52]. Некоторыми авторами рекомендуется при переводе на таблетированные формы увеличивать дозу на 50% [13].

При неэффективности БТ или отказе от ее применения при сохраняющемся высоком риске агрессивного поведения в качестве вариантов выбора остаются применение дроперидола, барбитуратов.

Дроперидол

В последнее десятилетие препарат упоминается редко, он не разрешен к применению в европейских странах. В нашей стране и США дроперидол не зарегистрирован как препарат для лечения шизофрении и применяется для премедикации, анестезии, а также как средство для купирования возбуждения, развивающегося в послеоперационный период. Дополнительным показанием к применению препарата в РФ является купирование алкогольного делирия. Ограничения связаны со способностью препарата удлинять интервал QT. Согласно рекомендациям FDA при терапии дроперидолом требуется тщательный мониторинг ЭКГ. Вместе с тем считается, что пациенты изначально с низким риском удлинения QT и получающие небольшие дозы дроперидола мониторинга не требуют [28].

Препарат обладает очень коротким периодом полувыведения (около 2 часов). Разовая доза для купирования возбуждения составляет 2,5–5 мг.

Дроперидол является достаточно хорошо изученным препаратом. Доказательная база основана на большом числе исследований, в том числе 2 плацебо-контролируемых, анализированных в систематическом обзоре [28, 58, 68]. В частности, в одном из них при сравнении дроперидола в дозе 5 мг с галоперидолом 5 мг он существенно реже требовал повторных инъекций для купирования сохраняющегося возбуждения [68]. В другом сравнительном исследовании с лоразепамом, проведенном на 202 пациентах с кокаиновой и метамфетаминовой интоксикацией и возбуждением, оба препарата вводились внутривенно (дроверидол в дозе 2,5–5 мг, лоразепам 2–4 мг) [28]. Эффект обоих препаратов развивался в среднем через 5 минут после введения, седация была больше выражена в группе дроперидола, что также меньше требовало его повторных инъекций. В относительно недавнем двойном слепом исследовании, проведенном на базе отделений неотложной психиатрии у 144 пациентов, которым требовалась быстрая седация (в основном пациенты с алкогольной интоксикацией), сравнивались дроперидол и парентеральные формы зипрасидона и мидазолама [47]. Все препараты назначались внутримышечно, дозы дроперидола, зипрасидона и мидазолама были соответственно 5, 20 и 5 мг. Развитие седации как цели терапии было более медленным у пациентов, получавших зипрасидон, при этом успокаивающий эффект дроперидола и зипрасидона был схожим, превосходящим мидазолам. Дроперидол, как и другие препараты, не вызвал значимых изменений интервала QT и угнетения дыхания.

Барбитураты

Использование барбитуратов в неотложной психиатрической ситуации возможно при соблюдении специальных условий (дыхательное оборудование в условиях отделения интенсивной терапии/блока реанимации) [60]. Целью их применения является достижение глубокой седации или медикаментозного сна. Обычно применяется фенобарбитал, он вводится медленно внутривенно в виде 10% водного раствора в дозе от 200 до 500 мг со скоростью 1 мл/мин.

Если после сна возбуждение вновь нарастает, допустимо повторное введение препарата. Возможность угнетения дыхания и развития ларингоспазма требует обеспечения возможности проведения ларинготомии. Конечно, клинические реалии свидетельствуют о крайне редком применении барбитуратов для купирования возбуждения в психиатрической практике ввиду предпочтения в большинстве случаев более щадящей медикаментозной терапии и методов фиксации и изоляции.

Другие виды терапии

Безусловно, применение БТ относится преимущественно к urgentным психиатрическим ситуациям при так называемых «тяжелых» проявлениях агрессии или высоком риске их развития [5]. Однако в практической работе мы также сталкиваемся с «нетяжелой» агрессией. Известно, что большинство антипсихотиков как первого, так и второго поколения показали хорошую эффективность по отношению к симптомам агрессии [54, 59]. Конечно, преимуществом здесь обладают нейролептики в формах для парентерального применения.

Зуклопентиксол ацетат является достаточно удобным средством для контроля агрессии благодаря своей пролонгированной терапевтической активности. Препарат не уступает галоперидолу в эффективности по отношению к проявлениям агрессии [21, 35, 40]. По некоторым данным, зуклопентиксол ацетат в большей степени, чем галоперидол, способен вызывать седацию, что в ряде случаев предпочтительно [43]. В последних публикациях сообщается об эффективности по отношению к проявлениям агрессии и низких доз препарата (25–50 мг) [40].

Привлекательность применения парентеральных форм антипсихотиков второго поколения, а именно оланзапина, зипрасидона и арипипразола, определяется их лучшим профилем безопасности. В частности, с их применением реже связывается развитие острых дискинезий и избыточной седации [19, 23, 70]. Другой аспект связан с возможностью обеспечения преемственности терапии и отсутствием необходимости в дальнейшем переводить на другой антипсихотик для длительной терапии. Проведенные исследования показали сопоставимую эффективность внутримышечных форм оланзапина, зипрасидона и арипипразола в сравнении с галоперидолом по отношению к проявлениям возбуждения и агрессии [19, 23, 70]. При этом терапевтическое действие оланзапина развивается быстрее, чем у галоперидола [19]. Вместе с тем указывается на слабость доказательной базы о сопоставимости эффектов инъекционных атипичных антипсихотиков и галоперидола при тяжелых формах возбуждения [51].

Фиксация и изоляция пациентов

Необходимость фиксации обуславливается неэффективностью других способов успокоения пациента, как вербальных, так и фармакологических. При агрессивном поведении фиксация может применяться непосредственно после акта агрессии наряду с БТ и изоляцией (см. табл. 1). Во многих странах существу-

ют разработанные рабочими группами и одобренные на съездах национальных обществ отдельные руководства по применению фиксации, изоляции пациентов и принудительному применению психотропных препаратов [10, 11, 16, 24, 38]. В нашей стране нормативным документом является очень краткая инструкция МЗ РФ от 26/12/2002 № 2510/12963-02-32 «О мерах физического стеснения при оказании психиатрической помощи».

Показания для фиксации

В инструкции по применению указано, что показанием для фиксации являются состояния, когда больной представляет угрозу для себя и окружающих. Более детально показания описаны в Руководстве Американской психиатрической ассоциации (АРА).

Показаниями для фиксации пациента являются:

- 1) угроза причинения вреда (нанесения повреждений) для окружающих пациентов и для самого больного, когда другие средства контроля неэффективны или не могут быть применены,
- 2) предупреждение прерывания пациентом лечебно-диагностических процедур,
- 3) предупреждение существенного повреждения пациентом окружающей обстановки,
- 4) случаи, когда фиксация является компонентом поведенческой психотерапии.

Кроме того, введены два дополнительных показания для **изоляции** больного:

- необходимость минимизации влияния внешних раздражителей,
- изоляция по просьбе пациента.

Принципиальным моментом является установление в каждом конкретном случае факта наличия «угрозы причинения вреда» со стороны больного. Обычно под этим понимаются попытки (а не угрозы) нанести травмы окружающим и суицидальные попытки. Фиксация в превентивных целях может применяться лишь при «предманифесте» этих симптомов у уже «известных» больных, перенесших в прошлом urgentные состояния. В данном случае речь идет об определенном паттерне поведения, предшествующему например, агрессивному акту. При применении фиксации необходимо записать в истории болезни этот факт и аргументировать клиническое решение. Возможность применения фиксации не зависит от диагноза, а определяется лишь неотложностью ситуации. Так, например, разрушающие действия может предпринять как пациент с расстройством личности, так и больной шизофренией или манией с дезорганизованным поведением.

Под вторым показанием (предупреждение прерывания лечебно-диагностических процедур) подразумеваются те случаи, когда диагноз еще не ясен, а психическое состояние больного мешает проведению обследования. Кроме того, изоляция и фиксация могут быть средством выбора при невозможности применения психофармакотерапии (текущее острое соматическое заболевание, тяжелые аллергические реакции).

Третье показание для фиксации (предупреждение существенного повреждения пациентом окружающей обстановки) включает состояния, когда больной

совершает разрушающие действия, ломает мебель, предметы интерьера, а также если его поведение противоречит социальным нормам (публично мастурбирует, обнажается, мочится и т.д.). В этих случаях изоляция может быть предпочтительнее.

К сожалению, в настоящее время в РФ изоляция используется практически лишь в психиатрических учреждениях специализированного типа. Помещения для изоляции должны оборудоваться видеонаблюдением и быть безопасными в плане риска нанесения самоповреждения (бронированные стекла, толстые матрасы-маты и т.д.).

За рубежом изоляция используется преимущественно для ограничения внешних раздражителей при ряде острых психотических состояний. Тихая атмосфера и закрытая комната могут уменьшить выраженность острых чувственно-бредовых обманов восприятия. Изоляция также может применяться к пациентам с антисоциальным поведением, особенно подросткам, провоцирующим персонал, тестируя его границы толерантности и отрицательно влияя на других пациентов. Изоляция по просьбе больного применяется только в том случае, когда он в полной мере осознает свою просьбу. Возбужденные «пограничные» пациенты могут успокоиться в условиях изоляции без дополнительных медикаментов.

Противопоказания для фиксации и изоляции

Конечно, нельзя применять данные методы к пациентам с высоким риском суицида (суицидальной готовностью). В этих случаях требуется постоянный контакт и наблюдение персонала [5]. Деменция не является противопоказанием для фиксации, за исключением тяжелых форм, когда больной не вступает в контакт и не может предъявить жалобы. Другие противопоказания касаются применения изоляции. Это крайне нестабильное или неясное соматическое состояние больного, тяжелые лекарственные реакции, передозировка или пациенты, требующие тщательного мониторинга для подбора дозы препарата.

Мониторинг и документация

Процедура фиксации обязательно документируется врачом и другим медперсоналом (причины, предполагаемая длительность). В нашей стране записи делаются в истории болезни, но в некоторых регионах существуют специальные журналы фиксации. В ряде стран ведение специального журнала является обязательным.

Согласно нашим рекомендациям фиксация назначается на 2-часовой период, и в случае необходимости ее продления больной должен быть сначала «расфиксирован» для осмотра. Во время фиксации пациент должен осматриваться врачом не реже чем 1 раз в 2 часа.

Зарубежные правила применения фиксации значительно отличаются от отечественных [10, 11, 53, 66, 73]. Врач должен быть извещен о факте применения фиксации в течение 1 часа. Также он должен осмотреть пациента в 3-часовом интервале (желательно в течение 1 часа) в случае, если к данному пациенту фиксация применена впервые. После осмотра необходимо сделать письменное одобрение

применения данной процедуры. Последующие осмотры врачом проводятся через 12-часовой период. Осмотры сестрой осуществляются каждые 15 минут (можно не заходя в помещение, через стекло). После визита в журнале кратко, несколькими словами описывается психический статус. Сестринские посещения больного регламентируются каждые 2 часа, они также документируются. При необходимости сестру сопровождает другой персонал. Пациенту измеряются артериальное давление, пульс и частота дыхания, предлагается питье и/или пища. Посещение туалетной комнаты проводится с интервалом в 4 часа.

В некоторых клиниках, а также в отделениях неотложной психиатрии может осуществляться индивидуальное постоянное наблюдение внутри палаты.

Медикаментозная терапия

Фиксацию/изоляция рекомендуется применять на фоне предшествующей и продолжающейся терапии. Серьезные изменения схемы лечения нежелательны из-за риска развития избыточной седации и других нежелательных явлений.

Прекращение фиксации/изоляции

Критерием завершения процедуры является стабилизация психического состояния (пациент не представляет опасности для себя и окружающих). Оценка проводится во время визитов и основывается на способности больного поддерживать беседу, выполнять инструкции, сотрудничать, согласии принять лекарство. Также учитываются внешние признаки возбуждения. Прекращение процедур рекомендует-ся осуществлять постепенно.

Помещение и оборудование для фиксации и изоляции

На практике фиксация в наших психиатрических учреждениях осуществляется средствами, изготовленными персоналом самостоятельно. Причем нередко они удобны и функциональны. За рубежом пользуются серийно выпускаемыми ремнями и оде-
жками.

Устройство изолятора должно исключить любые случайности. Обычно там есть только толстый матрас, изготовленный из синтетического материала, пожаробезопасный и без пружин. Если в отделении есть изолированное помещение для фиксации, то в нем должна быть функциональная кровать. Помещение оснащено приглушенным светом, с высоким потолком и стенами из плотного, неразрушающегося материала. Оснащение видеонаблюдением также должно быть обычной практикой.

Заключение

Таким образом, терапевтическая тактика при агрессивном поведении предполагает предпочтительность применения быстрой транквилизации, фиксации или изоляции. Они должны использоваться немедленно в случаях, если техники де-эскалации и поведенческой терапии не дадут быстрого и качественного эффекта. Оптимально, когда переход к неотложным терапевтическим мероприятиям происходит до развития агрессии при наличии угрожающих признаков ее развития. Тщательная и непрерывная оценка факторов риска агрессии является одной из ключевых составляющих психиатрической помощи на всех этапах ее оказания.

Литература

1. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. — М.: Медицина, 1979. — 192 с.
2. Морозов Г.В. Неотложная помощь в психиатрии // Проблемы неотложной психиатрии. — М., 1985. — С. 3–5.
3. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Малин Д.И. Неотложная помощь в психиатрии // Неотложная помощь в медицинской практике // Под ред. Веркина А.Б., Брискина Б.С.). М.: Литера, — 2007. — С. 57–93.
4. Мосолов С.Н., Цукарзи Э.Э., Малин Д.И. Неотложная терапия в психиатрии // Ж. Медицина критических состояний. — 2005. — № 6. — С. 36–42.
5. Цукарзи Э.Э. Суицид: оценка рисков и первая помощь // Современная терапия психических расстройств. — 2011. — № 2. — С. 30–39.
6. Цукарзи Э.Э. Неотложная помощь при агрессивном поведении. I. Факторы риска агрессии // Современная терапия психических расстройств. — 2012. — № 4. — С. 36–40.
7. Aleman A., Kahn R. Effects of the atypical antipsychotic risperidone on hostility and aggression in schizophrenia: a meta-analysis of controlled trials // European Neuropsychopharmacology. — 2001. — № 11. — С. 289–293.
8. Allen M. (Ed). Emergency psychiatry. Review of psychiatry // American Psychiatric publishing. Washington, DC. — 2002. — Vol. 21(3).
9. Allen M., Forster P., Zealberg J. et al. American Psychiatric Association Task Force on Psychiatric Emergency Services: Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services: a review and model program descriptions // August 2002. Available at: http://archive.psych.org/edu/other_res/lib_archives/archives/tfr/tfr200201.pdf. Accessed September 19, 2009.
10. APA: Task Force on the Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint// http://www.ncstac.org/index.php?option=com_content&view=article&id=94%3Aseclusion-and-restraint-practice-standards-a-review-and-analysis&catid=34&Itemid=53
11. American Psychiatric Nurses Association. Position statement on the use of seclusion and restraint// 2007. USA. http://www.apna.org/files/public/APNA_SR_Position_Statement_Final.pdf
12. Appelbaum P.S. Textbook of Violence Assessment and Management/ Foreword// Edited by Simon R, Tardiff K. Washington, DC, American Psychiatric Publishing.— 2008.— P. xvii–xxii.
13. Bell C.C. Assessment and management of the violent patient // Journal of the National Medical Association. — 2000. — № 92(5). — P. 247–253.
14. Bieniek S.A., Ownby R.L., Penabver A. et al. A double-blinded study of lorazepam versus the combination of haloperidol and lorazepam in managing agitation // Pharmacotherapy. — 1998. — № 18. — P. 57–62.
15. Bick P., Lennox H.A. Intramuscular lorazepam to restrain violent patient s// The Lancet. — 1986. — 8474, 206.
16. Bornstein P.E. The use of restraints on a general psychiatric unit// Journal of Clinical Psychiatry. — 1985. — № 46(5). — 175–178.
17. Bourn J. A. safer place to work: protecting NHS hospital and ambulance staff from violence and aggression/ National Audit Office// London: The Stationary Office, 2003.
18. Bowers L., Crowhurst N., Alexander J. et al. Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: results from a London-wide survey // Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing.—2002. — № 9. — P. 427–433.
19. Brier A., Meehan K., Birkett M. et al. A double-blind, placebo-controlled doseresponse comparison of intramuscular olanzapine and haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia // Archive of General Psychiatry. — 2002. — № 59. — P. 441–448.
20. Binder R.L., McNeil D.E. Contemporary practices in managing acutely violent patients in 20 psychiatric emergency rooms // Psychiatric Services. — 1999. — № 50(12). — P. 1553–1554.
21. Bobon D., De Bleeker E. Zuclopenthixol acetate and haloperidol in acute psychotic patients — a randomized multicentre study / Proceedings of a symposium: New Strategies in the Treatment of Aggressive, Acutely Psychotic Patients // VIII World Congress of Psychiatry, Athens. — October 13–19, 1989. — P. 47–59.
22. Broadstock M. The effectiveness and safety of drug treatment for urgent sedation in psychiatric emergencies: a critical appraisal of the literature // New Zealand Health technology appraisal report. — 2001. — № 4(1).
23. Brook S., Lucey J., Gunn K.P. Intramuscular ziprasidone compared with intramuscular haloperidol in the treatment of acute psychosis // Journal of Clinical Psychiatry. — 2000. — № 61(12). — P. 933–941.
24. Carmen E., Crane B., Dunncliff M. et al. Task Force on the Restraint and Seclusion of Persons Who Have Been Physically or Sexually Abused: Report and recommendations // Boston, MA: Massachusetts Department of Mental Health. — 1996.

25. Carpenter S., Berk M. Clotiapine for acute psychotic illnesses (Cochrane review) / The Cochrane Library // Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. – 2004. – Vol. 3.
26. Chou K.R., Lu R.B., Mao W.C. Factors relevant to patient assaultive behavior and assault in acute inpatient psychiatric units in Taiwan // Archives of Psychiatric Nursing. – 2002. – № 16. – P. 187–95.
27. Crane A.A., Joyce B.G. Cool down: a procedure for decreasing aggression in adults with traumatic head injury // Behavioural Residential Treatment. – 1991. – № 6. – P. 65–75.
28. Cure S., Carpenter S. Droperidol for acute psychosis. (Cochrane review) / The Cochrane Library // Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd. – 2001. – Vol. 4.
29. Dietch J., Jennings R. Aggressive dyscontrol in patients treated with benzodiazepines // J Clin Psychiatry. – 1988. – № 49(5). – P. 184–8.
30. Dorevitch A., Katz N., Zemishlany Z. et al. Intramuscular flunitrazepam versus intramuscular haloperidol in the emergency treatment of aggressive psychotic behavior // American Journal of Psychiatry. – 1999. – № 156(1). – P. 142–144.
31. Downey L.V., Zun L.S., Gonzales S.J. Frequency of alternative to restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department // Gen Hosp Psychiatry. – 2007. – № 29. – P. 470–474.
32. Dubin W.R., Weiss K.J. Rapid tranquilisation: a comparison of thiothixene with loxapine // Journal of Clinical Psychiatry. – 1986. – № 47(6). – P. 294–297.
33. Fann W.E., Linton P.H. Use of perphenazine in psychiatric emergencies: the concept of chemical restraint // Current Therapeutic Research. – 1972. – № 14(8). – P. 478–482.
34. Felthous A. Personal violence. / American Psychiatric Publishing Textbook of Forensic Psychiatry: The Clinician's Guide // Edited by Simon P. Gold L. Washington, DC, American Psychiatric Publishing. – 2004. – P. 471–496.
35. Fenton M., Coutinho E., Campbell C. Zuclopenthixol acetate in the treatment of acute schizophrenia and similar serious mental illnesses (Cochrane review) // The Cochrane Library, Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. – 2001. – Vol. 4.
36. Foster S., Kessel J., Berman M.E. et al. Efficacy of lorazepam and haloperidol for rapid tranquilisation in a psychiatric emergency room setting // International Clinical Psychopharmacology. – 1997. – № 12. – P. 175–179.
37. Garza-Trevino E.S., Hollister L.E., Overall J.E. et al. Efficacy of combinations of intramuscular antipsychotics and sedative-hypnotics for control of psychotic agitation // American Journal of Psychiatry. – 1989. – № 146(12). – P. 1598–1601.
38. Hill S., Petit J. The violent patient, part 1: ways to 'deescalate'; when and how to restrain // The Journal of Critical Illness. – 2000. – № 15(8). – P. 430–434.
39. Hyde C.E., Harrower-Wilson C., Morris J. Violence, dissatisfaction and rapid tranquilisation in psychiatric intensive care // Psychiatric Bulletin. – 1998. – № 2. – P. 480–483.
40. Jayakody K., Gibson R.C., Kumar A., Gunadasa S. Zuclopenthixol acetate for acute schizophrenia and similar serious mental illnesses (Review) // Cochrane Collaboration. Published by John Wiley & Sons, Chichester. – 2012. – № 3.
41. Leadbetter D., Paterson B. 'De-escalating aggressive behaviour' / Management of violence in health care // Kidd B, Stark C (editors). 1995, London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
42. Logan P.H. Aggression management // Journal of Clinical Psychiatry; 1988; 49(10): 412–413
43. Mahli G.D., Holloway F., Taylor D. Zuclopenthixol acetate (clopixol acuphase) for rapid sedation // International Journal of Psychiatry in Clinical Practice; 1999; 3:135–136.
44. Makkar R.R., Fromm B.S., Steinman R.T. et al. Female gender as a risk factor for torsade de pointes associated with cardiovascular drugs // Journal of the American Medical Association; 1993;270 (21)2590–7.
45. Man P.L., Chen C.H. Rapid tranquilisation of acutely psychotic patients with intramuscular haloperidol and chlorpromazine // Psychosomatics; 1973; 14:59–63.
46. Marco C.A., Vaughan J. Emergency management of agitation in schizophrenia // Am J. Emerg Med; 2005; 23:767–776.
47. Martel M., Sterzinger A., Miner J., et al. Management of acute undifferentiated agitation in the emergency department: a randomized double-blind trial of droperidol, ziprasidone, and midazolam // Acad Emerg Med. 2006 Feb;13(2):233.
48. Mohr W.K. Psychiatric records, in Medical Legal Aspects of Medical Records, Edited by Iyer P., Levin B.J., Shea M.A. Tucson, A.Z. Lawyers and Judges Publishing, 2006, P. 691–705
49. Moss A.J. Measurement of the QT interval and the risk associated with QTc interval prolongation: a review // American Journal of Cardiology; 1993; 72:23–25.
50. Mendoza R., Djenderedjian A.H., Adams J. Midazolam in acute psychotic patients with hyperarousal // Journal of Clinical Psychiatry; 1987; 48(7):291–292.
51. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Violence. The short-term management of disturbed/violent behavior in in-patient psychiatric settings and emergency departments / Guideline // Royal College of Nursing Publ., London, 2006.
52. Owen C., Tarentello C., Jones M. et al. Repetively violent patients in psychiatric units // Psychiatric Services; 1998, 49(11): 1458–1461.
53. Parkes J. Control and restraint training: a study of its effectiveness in a medium secure psychiatric unit // The Journal of Forensic Psychiatry; 1996, 7(3): 525–534.
54. Puri B., Treasaden I. Emergencies in Psychiatry // 2008, Oxford University Press, NY.
55. Piyakulmal S., Corbett L., Ahluwalia Y. et al. High dose pimozide in the treatment of acutely agitated schizophrenia // Current Therapeutic research; 1977; 22(4): 453–461.
56. Questnsted M., Ramsa R., Bernadt M. Rapid tranquilisation // British Journal of Psychiatry; 1992; 161, correspondence, 573.
57. Ray W.A., Meredith S., Thapa P.B. et al. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death // Archives of General Psychiatry; 2001; 58:1161–67.
58. Resnick M., Burton B.T. Droperidol vs. haloperidol in the initial management of acutely agitated patients // Journal of Clinical Psychiatry; 1984; 45(7): 298–299.
59. Riba M., Ravindranath D. (Eds) Clinical manual of Emergency Psychiatry // American Psychiatric Publishing, Inc, 2010.
60. Roberts J.R., Geeting G.K. Intramuscular ketamine for the rapid tranquilisation of the uncontrollable, violent, and dangerous adult patient // The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care; 2001; 51:1008–1010.
61. Rocca P., Villari V., Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency // Prog Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry, 2006; 30:586–598.
62. Salzman C., Solomon D., Miyawaki E. et al. Parenteral lorazepam versus parenteral haloperidol for the control of psychotic disruptive behavior // Journal of Clinical Psychiatry; 1991; 52(4):1 77–180.
63. Semonin-Holleran R., Bulcholz J. Use of conscious sedation in the emergency department // Journal of Emergency Nursing; 2000; 19(5): 468.
64. Soloff P.H. Neuroleptic treatment in the borderline patient: advantages and techniques // J Clin. Psychiatry, 1987; 48 Suppl: 26–31.
65. Stotsky B.A. Relative efficacy of parenteral haloperidol and thiothixene for the emergency treatment of acutely excited and agitated patients // Diseases of the Nervous System; 1977; 38(12): 967–973.
66. Swett C. Psychotropic medications used during mechanical restraint of patients // Current Therapeutic Research; 1985; 38(4): 621–626.
67. Tardiff K. Emergency control measures for psychiatric in-patients // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1981. – № 169. – P. 10–618.
68. Thomas H., Schwatz E., Petrilli R. Droperidol versus haloperidol for chemical restraint of agitated and combative patients // Annals of Emergency Medicine. – 1992. – № 21. – P. 407–13.
69. TREC Collaborative Group. Rapid tranquilisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine // British Medical Journal. – 2003. – № 327. – P. 708–713.
70. Tran-Johnson T.K., Sack D.A., Marcus R.N. et al. Efficacy and safety of intramuscular aripiprazole in patients with acute agitation: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial // J. Clin Psychiatry. – 2007. – № 68. – P. 111–119.
71. Warner J.P., Barnes T., Henry J.A. Electrocardiographic changes in patients receiving neuroleptic medication // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1996. – № 93. – P. 311–313.
72. Whittington R., Patterson P. Verbal and nonverbal behavior immediately prior to aggression by mentally disordered people: Enhancing the assessment of risk // Journal of Psychiatric Mental Health Nursing. – 1996. – № 3. – P. 47–54.
73. Wright S. Physical restraint in the management of violence and aggression in in-patient settings: a review of issues // Journal of Mental Health. – 1999. – № 8(5). – P. 459–472.
74. Yesavage J.A., Brizer D.A. Clinical and historical correlates of dangerous inpatient behavior / Current Approaches to the Prediction of Violence // Edited by Brizer DA, Crowner M. Washington, DC, American Psychiatric Press. – 1989. – P. 63–84.

Агрессия: острое управление

Тсукарзи Э.Э.

Moscow Research Institute of Psychiatry

SUMMARY: This article is the second volume describing guidelines management of aggression and violence. More importantly, treatment strategies for patients with aggressive behavior are presented. Analysis of pharmacological and non-pharmacological methods for controlling aggression was conducted. The main focus of attention in the article is on methods of rapid tranquilisation and on its advantages and disadvantages. The suggested algorithm of strategies is a result of therapist's clinical decisions which aim to prevent episodes of aggression.

KEY WORDS: aggression, treatments algorithms, rapid tranquilization, non-pharmacological methods for aggression control.

CONTACT: tsukarzi@gmail.com