

Urgentna obravnava v otroški in mladostniški psihiatriji

Anja Tomašević Kramer

(EIOAP CMZ, UPK Ljubljana, anja.tomasevic@psih-klinika.si)

UVOD

Urgentna obravnava v otroški in mladostniški psihiatriji obsega vsa nujna stanja, pri katerih je potrebna bolnišnična obravnava otroka ali mladostnika za zagotavljanje njegove varnosti oz. varnosti njegove okolice.

Med ta stanja spadajo agitacija, delirij, katatonija in akutna samomorilna ogroženost. V članku so zajeti diagnostični kriteriji in akutna obravnava naštetih stanj, vključno s farmakoterapijo in nefarmakološkimi ukrepi, med katere štejemo tudi posebne varovalne ukrepe. V podpoglavju o agitaciji je opisana tudi pravna podlaga iz Zakona o duševnem zdravju, Zakona o pacientovih pravicah in Družinskega zakonika.

AGITACIJA

Agitacija je stanje povišane psihične in motorične vzburljenosti, povezane z občutki notranje napetosti, ki zahteva čim hitrejšo razrešitev. Na agitacijo moramo gledati kot na opozorilni znak za stres in disfunkcijo otrokovega¹ delovanja. Ponavadi je agitacija reaktivna in jo lahko povežemo z določenim sprožilnim dejavnikom (zunanji ali notranji stresor). Kljub temu da se agitacija lahko kaže z agresijo, je pomembno, da jo ločimo od agresivnega vedenja, ki ni posledica agitiranega stanja, ki je načrtovano in usmerjeno. Dejavniki tveganja za razvoj agitacije, naštetih v Tabeli 1, so raznoliki in se med seboj pogosto povezujejo v kompleksno sliko klinične slike agitacije (1, 2). Tudi pri otroku ali mladostniku, ki nima nobenih premorbidnih dejavnikov tveganja, lahko pride do razvoja agitacije, saj že samo bolnišnično okolje, ki mu je tuje in nepoznano, predstavlja dejavnik tveganja za agitiranost (2, 3).

Tabela 1: Dejavniki tveganja za pojav agitacije

Moški spol
Anamneza agresivnega vedenja do ljudi in predmetov (še posebej v zadnjih 24 urah)
Anamneza vedenjskih težav v šoli ali doma
Anamneza kriminalnih dejanj
Anamneza preteklih pedopsihiatričnih hospitalizacij in obravnav
Anamneza fizične in spolne zlorabe
Avtizem
Organska motnja ali poškodba glave
Anamneza zlorabe PAS
Nizek socio-ekonomski status

Etiologija

Spekter stanj, ki se lahko kažejo z agitacijo, je širok. Pri opredelitvi vzroka razvoja agitacije nam je v veliko pomoč kakovostna heteroanamneza. Vzroke za agitacijo v grobem delimo na pet etioloških podskupin (Tabela 2) (4).

¹ V članku izmenično uporabljам izraza otrok in mladostnik, čeprav se v večini primerov opis nanaša na obe starostni skupini.

Tabela 2: Vzroki agitacije (4).

Zastrupitve	Zdravila (antiholinergiki, antidepresivi, antipsihotiki, antihistaminiki, sedativi in hipnotiki, steroidi, opiat, stabilizatorji razpoloženja)	Prepovedane droge in druge psihoaktivne substance (alkohol, amfetamini, opiat, halucinogeni, kanabinoidi, GHB in druge rekreativne droge)	Ogljikov monoksid Odtegnitev
Nevrološke motnje	Kontuzije parenhima Subarahnoidne krvavitve Subduralni/epiduralni hematomi Tumorske lezije Hidrocefalus Epileptični napadi/postiktalno stanje Možganska kap		
Okužbe	Meningitis Encefalitis Možganski absces Sepsa		
Presnovne motnje	Hipoglikemija/hiperglikemija Hiponatremija Hiperkalcemija Ledvična odpoved Akutna hipoksija Hipotermija/hipertermija Hepatična encefalopatija Hipertenzivna encefalopatija Tirotoksikoza/hipotiroidizem		

Iz tabele je razvidno, da duševne motnje predstavljajo le del vzrokov za pojav agitacije, zato je pomembno, da pri otroku izključimo možne telesne vzroke – predvsem kadar je pacientova anamneza

brez jasnega sprožilca (notranjega ali zunanjega) za razvoj agitiranega stanja ter negativna za agitacijo v preteklosti ali vključenost v pedopsihiatrično in/ali klinično psihološko obravnavo.

Pregled in obravnava

Pri obravnavi akutnega stanja, kot je agitacija, potekajo pregled, ocena stanja in obravnava pacienta vzporedno. Že pred prvim stikom s pacientom si poskušamo s heteroanamnestičnimi podatki svojcev, nujne medicinske pomoči oz. ostalih služb, vključenih v obravnavo pacienta, pridobiti podatke, s pomočjo katerih lahko načrtujemo okviren potek začetne obravnave pacienta. Predvsem smo pozorni na oceno tveganja za pojav hude agitacije z agresivnim vedenjem, ki bi lahko ogrožala pacienta in nje-

govo okolico. Za pregled si poskušamo zagotoviti varen in miren prostor. Ker je avtoanamneza agitiranega otroka ali mladostnika ponavadi zelo pomanjkljiva in skopa, si za oceno stanja pomagamo predvsem z opazovanjem pacienta, ki ga imamo pred sabo. Pozorni smo na pacientovo razvojno stopnjo, telesno mimiko, govor in miselni tok ter fizični videz, ki nam skupaj s heteroanamnestičnimi podatki lahko pomagajo ustvariti sliko o poteku in razvoju stanja, ki je pripeljalo do agitacije (1, 2).

Kadar je tveganje za agresivno vedenje pacienta zelo visoko ali pa je bil pacient agresiven že na terenu, se lahko odločimo za aplikacijo farmakoterapije z namenom umirjanja že pred samim pregledom, šele po vsaj delni umiritvi pa se lotimo pregleda pacienta in ocene njegovega stanja (4, 5). Pri oceni tveganja za razvoj agresivnega vedenja si pomagamo z ocenjevalnimi lestvicami. Pri nas pri odraslih in otrocih uporabljamo lestvico Brøset Violence Checklist (BVC) in Overt Aggression Scale (OAS), pri hospitaliziranih otrocih pa usmerjeno uporabljamo še lestvico The

Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA, sl. dinamično vrednotenje situacijske agresije) (6, 7). Primer ocenjevalne lestvice BVC je predstavljen v Tabeli 3. Vsako opazovano vedenje prinese eno točko. Večji kot je skupni seštevek točk, večja je napovedna verjetnost za stopnjevanje agresivnega vedenja. Lestvica DASA temelji na vrednotenju opazovanega vedenja preteklih 24 ur, zato jo lahko uporabljamo za oceno agitiranosti samo pri hospitaliziranih pacientih, ki so na oddelku več kot 24 ur (7).

Tabela 3: BVC / Opazovano agresivno vedenje

1. Zmedenost, nemir	1 točka
2. Napetost, razdražljivost, konfliktnost	1 točka
3. Glasnost, zahtevnost	1 točka
4. Verbalne grožnje	1 točka
5. Fizične grožnje	1 točka
6. Nasilnost do predmetov	1 točka

Kadar ocenimo, da obstaja verjetnost za pojav agresivnega vedenja in stopnjevanja agitacije, si med pregledom in obravnavo lahko pomagamo z uporabo deeskalacijskih tehnik. K pacientu pristopimo mirno in počasi, ostanemo na primerni razdalji in ne vstopamo v njegov osebni prostor. Poskušamo izravnati očesni nivo s pacientom (če pacient sedi, se tudi sami usedemo, če leži, se predklonimo ali počepnemo itd.), vendar ne poskušamo vzpostaviti očesnega stika na silo, naša telesna drža naj bo sproščena. Pacientu se predstavimo, obrazložimo, kdo smo, potem pa na kratko obrazložimo planiran potek obravnave. Govorimo jasno, z mehkim glasom, v zmernem tonu in v kratkih, preprostih stavkih (8).

Pri obravnavi agitiranega otroka so lahko starši orodje za pomoč pri deeskalaciji, če njihova prisotnost otroka pomirja, kar večinoma velja za mlajše otroke. Pri mladostnikih in kadar je otrokova agitacija vezana na družinski konflikt oziroma specifične psihosocialne okoliščine v domačem okolju, lahko prisotnost starša med pogovorom poviša stopnjo agitacije (9).

Ko je pacient dovolj umirjen, opravimo razgovor. Pri tem pazimo, da pacienta s svojimi vprašanji ne vznemirimo ponovno. Pri razgovoru v skladu z deeskalacijskimi tehnikami uporabljamo vprašanja odpr-

tega tipa, pacientu pustimo prostor, da na vprašanja odgovori, smo neobtožujoči in razumevajoči (8).

Po razgovoru opravimo grob somatski in nevrološki pregled, kadar je to mogoče. Če na podlagi pridobljenih hetero- in avtoanamnestičnih podatkov ter telesnega statusa ocenimo, da je agitacija pri otroku najverjetneje somatskega izvora, ga za podrobnejšo diagnostiko usmerimo v obravnavo k pediatrom. V nasprotnem primeru otroka sprejmemo na pedopsihiatrični oddelek. V čim krajšem času naredimo načrt za odvzem krvi za laboratorijske preiskave in EKG ter ostalo diagnostiko, ki jo otrok potrebuje.

Farmakoterapija

Kadar deeskalacijske metode in umik v bolnišnično okolje niso dovolj za pomiritev pacienta, uporabimo farmakoterapijo. Pacientu ponudimo, da terapijo vzame per os, oziroma mu damo možnost izbire med aplikacijo terapije per os (PO) in intramuskularno (IM) aplikacijo terapije. Možnost izbire oblike terapije je prav tako ena izmed deeskalacijskih metod, saj pacientu daje občutek, da je vključen v proces svojega zdravljenja in da je upoštevana njegova volja. Večina pacientov se raje odloči za ponujeno terapijo PO. Terapevti se na ta način izognemo dodatni agitaciji in potencialni travmatizaciji otroka ob IM aplikaciji terapije. (5, 8, 10)

Farmakoterapijo agitacije lahko delimo na dve fazi: na takojšnjo terapijo že razvite agitacije pacienta, katere namen sta čimprejšnja pomiritev in preprečevanje poškodbe pacienta, osebja in predmetov v okolici, ter dolgoročno zdravljenje osnovne težave in preprečevanje pojava agitacije v prihodnje². V prvi fazi je zelo pomembno, da smo mirni, odločni pri svoji izbiri. Odločimo se za terapijo, ki jo imamo na voljo in jo dobro poznamo. Vedno velja, da pacientu ponudimo možnost terapije PO, preden se odločimo za IM aplikacijo (5, 10).

Farmakoterapijo prilagajamo potrebam pacienta, ki ga imamo pred seboj. Najboljši rezultati pri umirjanju agitiranih pacientov so se izkazali pri terapiji, ki je bila usmerjena v pomiritev najbolj izražene simptomatike pacienta oz. na osnovno stanje, ki je pripeljalo do agitacije. Če ima pacient že predpisano redno terapijo, naj bo ta terapija naše vodilo pri izbiri akutne farmakoterapije, ki mu jo bomo predpisali. Če nam čas dopušča, pri prvem pregledu pridobimo kar se da veliko informacij o dosedanji obravnavi,

² V svoji specialistični nalogi se bom osredotočila predvsem na prvo fazo zdravljenja, ki se ukvarja s takojšnjo stabilizacijo in umiritvijo otroka oz. adolescenta.

morebitni farmakoterapiji, ki jo je pacient prejemal v preteklosti, in odzivih na predpisano terapijo (11).

Kadar je prevladujoča simptomatika anksioznost, bo usmerjena terapija izbire benzodiazepin (lorazepam ali klonazepam). Pri manični ali psihotični epizodi bomo izbrali antipsihotike (haloperidol, atipični antipsihotiki), kadar pa je pacient hudo agitiran, bo najuspešnejša kombinacija haloperidola z benzodiazepinom – najpogosteje lorazepamom. Obe zdravili lahko apliciramo tudi IM (4, 10).

Tipični antipsihotiki

Včasih se je pri sedaciji odraslih in otrok najpogosteje uporabljal tipični antipsihotik haloperidol, vendar se je zaradi pogostih stranskih učinkov sčasoma uporaba omejila, vse pogosteje pa se namesto haloperidola predpisujejo atipični antipsihotiki (12). Haloperidol pogosteje povzroča ekstrapiramidno simptomatiko (EPS) in podaljšanje dobe QTc, povezan pa je tudi s pogostejšo pojavnostjo nevroleptičnega malignega sindroma kot atipični antipsihotiki (5). Njegovi prednosti sta možnost IM aplikacije s stabilno in hitro absorpcijo ter močan sedativen učinek. Terapevtski učinek IM haloperidola se pokaže v od 30 do 60 minutah po aplikaciji in deluje do 24 ur. Možna je tudi intravenska aplikacija haloperidola, pri kateri pa je obvezno stalno spremljanje vitalnih funkcij (monitoring) in je v Sloveniji na psihiatričnih ali pedopsihiatričnih oddelkih ne izvajamo (13).

Atipični antipsihotiki

Atipični antipsihotiki poleg dopaminskih inhibirajo tudi postsinaptične serotoninske receptorje in na ta način najverjetneje zmanjšujejo verjetnost za pojav EPS (14).

Med atipičnimi antipsihotiki se pri nas najpogosteje uporablja risperidon, največkrat v obliki peroralne raztopine v obliki 1 mg/ml (14). Metaanalize so pokazale dober odziv otrok in mladostnikov z agresivnim vedenjem in drugimi vedenjskimi zapleti na risperidon, predvsem kadar so ti otroci imeli v osnovi diagnozo intelektualne manjzmožnosti ali katere druge razvojnonevrološke motnje (najpogosteje avtizem ter motnja pomanjkljive pozornosti in hiperaktivnosti ali s kratico ADHD) (12).

Poleg risperidona se uporablja tudi aripiprazol, v tujini pa se pogosto predpisuje tudi olanzapin, ki pa v Sloveniji ni registriran za uporabo pri otrocih in mladostnikih. Vseeno ga občasno predpisujemo off-label, predvsem kadar je znano, da se pacient dobro odziva na to zdravilo ali pa ga ima v svoji redni tera-

piji. Uporabimo ga lahko tudi v primerih, ko ostala zdravila niso učinkovita (15).

Najpogostejši stranski učinki atipičnih antipsihotikov, ki so jih opažali pri otrocih in mladostnikih, so bili EPS (vendar z nižjo incidenco kot pri tipičnih antipsihotikih), prekomerna sedacija, povišana telesna teža in zvišani nivoji prolaktina (12). Če ima otrok v svoji redni terapiji atipični antipsihotik, je smiselno, da pričnemo terapijo agitacije z dodatnim odmerkom pacientove redne terapije. Glavna pomanjkljivost večine atipičnih antipsihotikov, ki jih uporabljamo za zdravljenje agitacije pri otrocih in mladostnikih, je, da nimamo pripravka za IM aplikacijo zdravila (15).

Ponekod v tujini uporabljajo tudi druge atipične antipsihotike, ki so na voljo v IM obliki. Najbolj razširjen je ziprazidon, ker je prvi atipični antipsihotik, ki je bil na voljo tudi v IM obliki. V študiji Jangro et al., ki je primerjala učinkovitost IM ziprazidona z IM kombinacijo lorazepama in haloperidola pri agresivnih mladostnikih, je bil rezultat obeh terapij primerljiv. Pri obeh je bil glavni stranski učinek sedacija (16). V IM obliki je na voljo tudi olanzapin, vendar se poleg prekomerne sedacije lahko pri dolgotrajnejšem jemanju pojavita hiter porast telesne teže in akatizija (17).

Benzodiazepin

Benzodiazepini dvignejo učinek prenašalca GABA na GABA-benzodiazepinskem receptorskem kompleksu, kar vodi do večjega odprtja klorovih kanalčkov in zmanjšanja celičnega potenciala (5).

Benzodiazepine lahko apliciramo tako PO kot IM. Prednost uporabe benzodiazepinov je v tem, da potencirajo sedativni efekt antipsihotikov in na ta način ob kombinirani aplikaciji znižajo potreben odmerek antipsihotika (kar zmanjša verjetnost pojava EPS in drugih stranskih učinkov) (18, 19). V Sloveniji so za uporabo pri otrocih in mladostnikih registrirani diazepam, oksazepam, klonazepam (vendar samo za epilepsijo), klobazam in nitrazepam. V praksi najpogosteje uporabljamo lorazepam in klonazepam, kljub temu da nista registrirana za uporabo pri otrocih in mladostnikih za zdravljenje agitacije (15).

Lorazepam je za razliko od ostalih benzodiazepinov na voljo v IM obliki, ki ima hiter pričetek delovanja (15–30 min) in dolgo razpolovno dobo (6–20 ur) (18). Pri otroku, pri katerem menimo, da agitacija ni posledica duševne motnje, lahko uporabimo benzodiazepin kot edino farmakoterapijo agitacije. Na ta način se izognemo morebitnemu pojavu stranskih učinkov antipsihotične terapije, kar je smiselno, če smo mnenja, da pacient terapije ne bo potrebo-

val dolgoročno. Pri psihotični agitaciji je smiselna kombinacija antipsihotika in benzodiazepina (najpogosteje sta to haloperidol in lorazepam), ker delujeta sinergistično (20). Pri pacientih s pervazivnimi razvojnimi motnjami, predvsem pri intelektualni manjzmožnosti, moramo biti previdni, ker lahko ob aplikaciji lorazepama pride do paradokсне agitacije ali celo do razvoja delirija (4, 21).

Tabela 4: Farmakoterapija agitacije otrok in mladostnikov (22).

	Odmerki	Oblika	Maksimalen dnevni odmerek	tmax
Haloperidol	0,55 mg/kg/odmerek običajen odmerek: 0,5–10 mg	PO/IM	15–40 kg: 6 mg >40 kg: 15 mg	PO: 2 uri IM: 20 minut
Lorazepam	0,05–0,1 mg/kg/odmerek običajen odmerek: 0,5–2 mg	PO/IM/IV/NGS	4–8 mg	IV: 10 min PO/IM: 1–2 uri
Risperidon	0,005–0,01 mg/kg/odmerek običajen odmerek: 0,25–1 mg	PO/ODT	1–3 mg	PO: 1 ura
Olanzapin	običajen odmerek: 2,5 mg–10 mg	PO/ODT/IM Ne v kombinaciji z benzo- diazepini zaradi nevarnosti depresije dihanja!	10–20 mg	PO: 5 ur IM: 15–45 min
Kvetiapin	1–1,5 mg/kg/odmerek običajen odmerek: 25–50 mg	PO	600 mg	PO: od 30 minut do 2 uri

Druga zdravila

V tujini so v uporabi tudi nekatera druga zdravila za zdravljenje agitacije, ki pa v Sloveniji niso v stalni praksi. Med ta zdravila spadajo antihistaminiki prve generacije, ker delujejo na centralni živčni sistem ter povzročajo sedacijo in upočasnitev psihomotoričnih in kognitivnih funkcij (23). Najpogosteje se uporabljajo za indukcijo spanja, IM oblika antihistaminika difenhidramina pa se uporablja tudi kot alternativa IM antipsihotikom in benzodiazepinom (24). Njegovo delovanje v IM obliki je takojšnje, primeren je predvsem za blažje oblike agitacije in pri manjših otrocih, ni pa primeren za zdravljenje delirija. Njegova uporaba se odsvetuje tudi, kadar je v preteklosti pri pacientu že prišlo do paradokсне dezinhibicije ob aplikaciji antihistaminika (22, 25).

Posebni varovalni ukrepi (PVU)

Pri močno agitiranem pacientu ali pri pacientu, ki je odklonilen do obravnave, je včasih treba ob farmakoterapiji za zagotavljanje varnosti tako pacienta kot njegove okolice uporabiti tudi PVU (26–29). Pri odločanju o uporabi PVU pri agitiranem otroku ali mladostniku si pomagamo z ocenjevalnimi lestvicami, kot so BVC (Tabela 3), DASA, OAS itd. Pozorni smo na določene oblike vedenja in na simptome, ki nas opozarjajo na povečano tveganje za pojav agresivnega vedenja.

Vse oblike PVU posegajo v pacientovo integriteto, vsekakor pa so nekatere oblike bolj invazivne kot druge. Če je možno, se sprva odločimo za blažje oblike PVU, če pa presodimo, da je treba uporabiti telesno oviranje, z njim ne odlašamo (30).

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr) v Sloveniji PVU za otroke in mladostnike ne opredeljuje ločeno od ukrepov za odrasle. Kot PVU sta v ZDZdr opredeljena telesno oviranje s pasovi in omejitve gibanja znotraj enega prostora (30, 31). Čeprav ZDZdr omejitve gibanja znotraj enega prostora opredeljuje kot obliko PVU, pa se ta v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah aktivno ne izvaja (30). V tujini se poleg teh dveh oblik PVU pri otrocih in mladostnikih uporablja tudi fizično oviranje z držanjem, t. i. terapijski holding, ki pri nas prav tako ni v uporabi, vendar so vse tri oblike PVU za teoretičen prikaz različnih oblik obravnave agitacije pri mladih pacientih opisane spodaj.

Vsi PVU so odrejeni za minimalen potreben čas. Takoj ko zdravnik presodi, da je stanje pacienta dovolj izboljšano, da ne ogroža več sebe in svoje okolice, so PVU ukinjeni. Pri nas je v ZDZdr opredeljeno, da je treba potrebo po nadaljnjem telesnem oviranju preverjati vsake štiri ure, potrebo po nadaljevanju omejitve gibanja znotraj enega prostora pa vsakih dvanajst ur. Posebne opredelitve za otroke in mladostnike niso navedene (31). Stroka opredeljuje, da je pri otroku med devetimi in sedemnajstim letom starosti potrebna ponovna ocena vsake dve uri od pričetka PVU, pri otroku, mlajšem od devet let, pa v roku ene ure (32).

Omejitev gibanja znotraj enega prostora

Agitiranega otroka ali mladostnika umaknemo v posebej za to namenjen prostor, ki je oblazinjen in varen ter v katerem je manj možnosti za samopoškodbo. Prostor mora biti dobro osvetljen, mirnih barv, z oknom s pogledom na zunanje okolje in oknom na vratih s pogledom na oddelek, za čim bolj odprt občutek in omogočanje stalnega nadzora. V prostoru ne sme biti nobenih predmetov, robovi morajo biti zaobljeni, talne in stenske obloge morajo biti zaščitene, tako da se ne morejo trgati. V prostoru mora biti zagotovljena ustrezna požarna varnost. Prvo uro mora biti nadzor stalen in v živo, kasneje pa lahko spremljanje poteka tudi preko naprav za video in avdionadzor oz. skozi okno na vratih (32).

Omejitev gibanja na en prostor je najmanj intruzivna oblika fizičnega oviranja. Uporabna je predvsem, kadar je pacient agresiven do drugih in do predmetov, pri samopoškodovalnem vedenju pa je njena uporabnost omejena. Pacient sicer nima na voljo predmetov, s katerimi bi se poškodoval, vseeno pa se lahko samopoškoduje z udarjanjem v steno, praskanjem, brcanjem, boksanjem v glavo in podobnim (32).

Fizično oviranje z držanjem

Pri mlajših otrocih je ena od pogosto uporabljenih metod fizičnega oviranja terapijski holding, kjer za to izurjen zdravstveni delavec drži otroka v prijemu ter mu na ta način omejuje gibanje in da možnost za pomiritev (28).

Druga oblika fizičnega oviranja z držanjem je, kadar vsaj dva člana zdravstvenega osebja držita otroka z ustreznimi prijemi. Osebjem naj bi pacienta držalo v mirnem okolju, umaknjenega od drugih otrok. Večinoma se taka oblika PVU uporablja, kadar je potrebno zelo kratkotrajno oviranje, ali pa se uporablja kot predstopnja druge oblike fizičnega oviranja. Za pravilno izvedbo take oblike oviranja potrebujemo dovolj osebja, ki mora biti izurjeno v ustreznih prijemih. Velikokrat je treba uporabiti več kot dva člana osebja, predvsem kadar je pacient mladostnik in močno agitiran (32).

Taka oblika oviranja prav tako najbolj posega v posameznikov osebni prostor, saj so pacienti cel čas oviranja v tesnem fizičnem stiku z osebjem. Treba je oceniti, ali bi dolgotrajno fizično oviranje z držanjem vplivalo na poslabšanje agitacije pri pacientu (npr. pri senzorično občutljivem otroku z avtizmom) oziroma ali bi po nepotrebnem povzročilo retravmatizacijo (anamneza fizične/spolne zlorabe pri pacientu). Neustrezni prijemi pri oviranju, neizkušeno osebje in podobni dejavniki lahko pripeljejo tudi do resnejših poškodb pacienta ali osebja (32).

Telesno oviranje s pasovi

Telesno oviranje s pasovi je najbolj restriktivna oblika PVU, ki najbolj posega v osebno integriteto in je lahko za pacienta zelo travmatična izkušnja. Zato se za ta ukrep odločamo samo znotraj opredeljenih indikacij in ob oviranju poskrbimo za strokoven pristop osebja, ki ukrep izvaja (30, 32).

Indikacije za telesno oviranje:

- preprečevanje neposredne nevarnosti poškodb za pacienta, druge paciente na oddelku in osebje,
- preprečevanje resne motnje v terapijskem programu (nemiren pacient, ki s svojim vedenjem zelo ovira običajne aktivnosti na oddelku),
- preprečevanje resne škode na inventarju,
- zmanjšanje stimulacije iz okolja, ki pacientu škoduje (maničen ali deliranten pacient, ki se ne zmore umiriti v običajnem okolju oddelka),
- na zahtevo pacienta (kadar sam ob primernem uvidu ne zmore kontrolirati svojega vedenja) (30).

Telesno oviranje s pasovi na postelji izvajamo v sobi, ki mora dosegati enake standarde kot soba za pomirjanje. V sobi mora biti postelja, ki je pritrjena na podlago ali pa dovolj stabilna, da se ne premika, če se pacient na njej močno upira (32). Pacienta se ležečega na hrbtu s posebnimi pasovi priveže na posteljo, in sicer z enim pasom za vsak ud in dodatnim trebušnim pasom. Uporabljajo se posebej za to narejeni pasovi, ki se zapirajo z magnetnim sistemom in so mehko obloženi, da minimalizirajo nastanek poškodb pri upiranju (30). Oviran pacient mora biti pod stalnim nadzorom osebja.

Zdravstveno osebe, ki izvaja telesno oviranje, mora biti ustrezno usposobljeno. Poznati mora teoretične osnove nevarnega vedenja ter vzrokov, oblik in posledic le-tega. Namen edukacije je usposobiti osebe za pravičen pristop in pogovor s pacientom, ki se nevarno vede (deeskalacija), ter pravilno izvedbo posameznih PVU (30).

Zdravljenje na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice in zdravljenje brez privolitve

Pri hudi agitaciji je pacient dostikrat nezmožen razumeti, da potrebuje zdravljenje in obravnavo v bolnišnici. V ZDZdr je v 39. členu natančno opredeljeno, kdaj lahko zdravnik brez privolitve odredi sprejem pacienta na oddelku pod posebnim nadzorom.

»39. člen

(1) Zdravljenje osebe v oddelku pod posebnim nadzorom brez njene privolitve je dopustno, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

- če ogroža svoje življenje ali življenje drugih ali če huje ogroža svoje zdravje ali zdravje drugih ali povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim,
- če je ogrožanje iz prejšnje alineje posledica duševne motnje, zaradi katere ima oseba hudo moteno presojo realnosti in sposobnost obvladovati svoje ravnanje in
- če navedenih vzrokov in ogrožanja iz prve in druge alineje tega odstavka ni mogoče odvrniti z drugimi oblikami pomoči (z zdravljenjem v psihiatrični bolnišnici izven oddelka pod posebnim nadzorom, z ambulantnim zdravljenjem ali z nadzorovano obravnavo).

(2) Sprejem na zdravljenje brez privolitve iz prejšnjega odstavka se opravi:

- a) na podlagi sklepa sodišča, ki se izda po predlogu za sprejem v oddelku pod posebnim nadzorom, ali
- b) v nujnih primerih pred izdajo sklepa sodišča, če so izpolnjeni pogoji iz 53. člena tega zakona (31).«

ZDZdr tako kot pri PVU tudi pri zdravljenju na oddelku pod posebnim nadzorom in sprejemu pacienta na oddelku pod posebnim nadzorom brez privolitve ne opredeljuje obravnave mladoletne osebe. Opredeljeno je le, da se v primeru sprejema brez privolitve o tem obvesti starše oz. skrbnike mladoletne osebe. Zaradi neurejenosti na področju obravnave otrok in mladostnikov v ZDZdr trenutno velja, da se ob sprejemu vseh otrok na oddelku pod posebnim nadzorom obvešča sodišče, tudi kadar se mladoletna oseba in njegovi skrbniki s sprejemom strinjajo.

Pri mladoletnih osebah moramo upoštevati tudi 35. člen Zakona o pacientovih pravicah.

»35. člen (otroci)

(1) Kadar otrok ni sposoben privolitve v medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo, se ta sme opraviti le, če ga dovolijo njegovi starši ali skrbnik oziroma skrbnica (v nadaljnjem besedilu: skrbnik). Enako velja za posebne vrste privolitve iz tretjega odstavka 26. člena tega zakona, če zakon ne določa drugače.

(2) Šteje se, da otrok do 15. leta starosti ni sposoben privolitve, razen če zdravnik glede na otrokovo zrelost oceni, da je za to sposoben, pri čemer se glede okoliščin, ki govorijo o sposobnosti odločanja o sebi, praviloma posvetuje s starši oziroma skrbnikom. Šteje se, da je otrok, ki je dopolnil 15. let starosti, sposoben privolitve, razen če zdravnik glede na otrokovo zrelost oceni, da za to ni sposoben, pri čemer se glede okoliščin, ki govorijo o sposobnosti odločanja o sebi, praviloma posvetuje s starši oziroma skrbnikom. /.../ (33)«

V Zakonu o pacientovih pravicah je opredeljeno še, da se nujna medicinska pomoč pri otroku lahko opravi tudi, kadar jo starši ali skrbniki zavrnejo (36. člen) (33). Vendar pa ni jasno opredeljeno, ali zdravljenje na psihiatričnem oddelku pod posebnim nadzorom pri agitiranem pacientu oz. pri kakršni koli duševni bolezni, ki neposredno ogroža pacientovo življenje, spada pod nujno medicinsko pomoč. Zato je pomembno, da, kadar presodimo, da je takšno zdravljenje otroka nujno potrebno, staršem ali skrbnikom kar se da natančno obrazložimo, zakaj se nam zdi smiselno, da se otroka sprejme na zdravljenje. Če starši ali skrbniki kljub temu ne privolijo v zdravljenje otroka, se lahko sklicujemo na Družinski zakonik. Starši morajo poskrbeti za dobrobit otroka, kadar pa tega niso zmožni storiti oziroma kadar ne ravnajo v skladu s koristjo otroka, lahko ustrezne ukrepe odredi sodišče (34).

V primerih nujne obravnave otrok v sklopu urgentne pedopsihiatrične službe, kjer sta indicirana hospitalizacija otroka in nujno zdravljenje, starši pa se z zdravniškim mnenjem ne strinjajo, obvestimo starše, da morajo podpisati izjavo, da ukrepajo proti nasvetu zdravnika. O tem obvestimo socialno službo, ki presodi, kako bo postopala naprej. Ukrep, ki ga lahko predlaga Center za socialno delo, je obravnava na sodišču, to pa potem lahko odredi ukrep obveznega zdravljenja (172. člen DZ).

**»172. člen
(odločitev o zdravniškem pregledu ali
zdravljenju)**

Sodišče lahko odloči o zdravniškem pregledu ali zdravljenju otroka brez soglasja staršev ali v nasprotju z njihovo odločitvijo, kadar je to nujno potrebno, ker je ogroženo njegovo življenje ali je huje ogroženo njegovo zdravje. Ko je otrok v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice, sposoben privoliti v medicinski poseg ali v zdravstveno oskrbo, se ta ukrep lahko izvaja le z njegovim soglasjem (34).«

DELIRIJ

Delirij je stanje kvalitativne motnje zavesti in izrazitih motenj spoznavnih sposobnosti (35). Najpogosteje ga srečamo pri starostnikih s telesnimi boleznimi in demenco ter otrocih v bolnišničnem okolju, največkrat po operativnih posegih in na intenzivnih oddelkih. Otroci so bolj nagnjeni k razvoju delirija kot odrasli ljudje, in sicer zaradi še potekajočega procesa biokemičnega in strukturnega razvoja otroških možganov. Nevarnost razvoja delirija pada s starostjo otroka, najbolj ogroženi so otroci, ki so mlajši od dveh let. Pri otrocih z razvojnonevrološkimi motnjami zaradi specifičnosti poteka razvoja možganov ogroženost ostaja visoka ne glede na starost (36).

Dejavniki tveganja

Na povečanje tveganja za razvoj delirantne epizode vplivajo predobstoječi biološki dejavniki in pa zunanji okoljski dejavniki. Najbolj učinkovita delitev dejavnikov tveganja je na tiste, ki so nespremenljivi (na njih ne moremo vplivati), in na tiste, ki so spremenljivi, kjer z ustreznimi intervencijami lahko zmanjšamo tveganje za razvoj delirija. V prvo skupino spadajo predvsem biološki dejavniki, v drugi pa najdemo več zunanjih okoljskih dejavnikov (35, 36).

Nespremenljivi dejavniki tveganja za razvoj delirija pri otrocih:

- pretekla delirantna epizoda
- starost
- razvojnonevrološke motnje in druge motnje centralnega živčnega sistema
- povečana prepustnost krvno-možganske bariere
- obravnava na intenzivni enoti
- anestezija
- operativni posegi
- senzorne motnje (slabovidnost, slepota, gluhost itd.) (36, 37)

Spremenljivi (okoljski) dejavniki tveganja za razvoj delirija pri otrocih:

- uporaba benzodiazepinov pri tveganih skupinah
- iatrogena odtegnitev
- socialna izolacija
- pomanjkanje senzoričnih stimulusov
- nepoznano okolje (36,37).

Vrste delirija

Klinično ločimo tri oblike delirija:

- hiperaktivno
- hipoaktivno
- mešano obliko delirija

Klinično sliko hiperaktivnega delirija lahko hitro prepoznamo, kaže se z agitacijo, nemirom in čustveno labilnostjo (38), vendar pa je samo majhen delež delirijev pri otrocih hiperaktivne oblike. Longitudinalna študija Traube et al. je ugotovila, da je razmerje oblik delirija pri otrocih:

- hipoaktivni delirij – 46 % primerov
- mešana oblika – 45 % primerov
- hiperaktivni delirij – samo 8 % primerov (39)

Pri hipoaktivnem deliriju sta v klinični sliki v ospredju apatija in zmanjšana odzivnost na zunanje dražljaje, pri mešani sliki pa gre za preplet kliničnih znakov obeh drugih vrst delirija. Pri mešani sliki je simptomatika pogosto spremenljiva, fluktuirajočo klinično sliko glede na intenziteto izraženih simptomov (predvsem glede na čas v dnevu) pa srečamo pri vseh oblikah delirija (36).

Diagnostični kriteriji

Po DSM-5 so diagnostični kriterij za delirij naslednji:

- Motnje pozornosti (zmanjšana sposobnost usmeritve, vzdrževanja in preusmeritve pozornosti) in orientacije v prostoru.

- B. Motnje se razvijejo v kratkem časovnem obdobju (od nekaj ur do nekaj dni) in čez dan nihajo v intenziteti.
- C. Motnje spoznavnih sposobnosti (npr. motnje delovnega spomina, vidnoprostorske predstave, govora)
- D. Motenj iz točk A in C ne moremo obrazložiti s kakšno drugo predobstoječo oz. razvijajočo nevrokognitivno motnjo in niso posledice kvantitativnih motenj zavesti.
- E. Anamneza, somatski status in/ali laboratorijski izvidi potrjujejo povezavo med klinično sliko in somatskim obolenjem ali zastrupitvijo oz. odtegnitvijo od določene substance (40).

Za hitrejšo prepoznavanje delirija, predvsem hipoaktivnih oblik, si v intenzivnih enotah, kjer najpogosteje pride do razvoja delirija pri otrocih, pomagajo z ocenjevalnimi lestvicami, ki pomagajo opredeliti paciente, pri katerih sta potrebna psihiatrična obravnava in zdravljenje. Primer take lestvice je Cornell Assessment of Pediatric Delirium. Pri oceni nad devet točk (od možnih dvaintridesetih) lahko postavimo diagnozo delirija (41).

Tabela 5: Lestvica Cornell Assessment of Pediatric Delirium (41)

	Nikoli 4	Redko 3	Včasih 2	Pogosto 1	Vedno 0	Rezultat
Ali otrok vzpostavi očesni kontakt s skrbnikom?						
Ali je otrokovo vedenje smiselno?						
Ali se otrok zaveda svoje okolice?						
Ali otrok izrazi svoje potrebe/želje?						
	Nikoli 4	Redko 3	Včasih 2	Pogosto 1	Vedno 0	Rezultat
Ali je otrok nemiren?						
Ali je prisoten neutolažljiv jok?						
Ali je otrok hipoaktiven v budnem stanju?						
Ali potrebuje dolgo časa za odziv na dražljaj?						

Zdravljenje

Preden pričnemo z zdravljenjem, moramo opredeliti vzrok za razvoj delirija. Delirij je pogosto posledica somatskega obolenja, tako da je treba preveriti prisotnost elektrolitskih motenj, drugih metabolnih motenj, infekcije ali hipoksemije. Omenjene motnje lahko povzročajo pojav delirantne slike oziroma jo še dodatno stopnjujejo, tako da bo razrešitev teh zapletov pripomogla k zmanjšanju simptomatike delirija, tudi če ne bo vodila v razrešitev osnovne težave. Huda bolečina je prav tako lahko sprožilec za nastanek delirija, tako da je pomembno, da ima pacient ustrezno protibolečinsko terapijo (36).

Za preprečevanje iatrogenega delirija omejimo uporabo farmakoterapije na nujna zdravila, ki jih pacient potrebuje, in sicer v najmanjših še učinkovitih odmerkih. Kadar ima pacient veliko količino zdravil, se omejimo na predpisovanje terapije, ki jo v danem trenutku potrebuje, in poskusimo omejiti oz. ukiniti terapijo z antiholinergiki. Izogibamo se predpisovanju benzodiazepinov, če je mogoče, še posebej pri majhnih otrocih in pri otrocih z razvojnonevrološkimi motnjami (36, 37).

Kadar pacient prejema dolgotrajno terapijo, ki lahko povzroči razvoj odvisnosti (opiati, benzodiazepini, hipnotiki itd.), je potrebna počasna titracija terapije do ukinitve, da preprečimo nastanek delirija. Če se zaradi prehitre ukinitve oz. kljub počasni titraciji razvije delirij, ponovno uvedemo ukinjeno terapijo in jo postopoma nižamo (35–37).

Drugi zunanji ukrepi v bolnišničnem okolju prav tako lahko pripomorejo k zmanjšani možnosti razvoja delirija. Ti so povezani z zgoraj naštetimi spremenljivimi dejavniki tveganja za razvoj delirija. Poskrbeti moramo, da otrok kljub umetnem bolnišničnem okolju ohranja ritem budnosti in spanca. K zmanjšanju verjetnosti razvoja delirija pomembno prispevata mobilizacija in kognitivna stimulacija čez dan (36, 37).

Kadar kljub vsem zgoraj naštetim ukrepom klinična slika hiperaktivnega delirija vztraja in pacient zaradi svojega vedenja ogroža sebe in okolico, ga zdravimo s haloperidolom, ki ga lahko predpišemo v obliki per os ali intramuskularni obliki. Pri zdravljenju s haloperidolom spremljamo pacientov EKG zaradi možnosti podaljšanja dobe QTc. Pozorni smo na morebitne predobstoječe elektrolitske motnje, ki bi v kombinaciji s predpisanim haloperidolom lahko vodile v večje tveganje za razvoj motenj ritma (5, 36, 37).

Pri otrocih in mladostnikih se redkeje srečujemo z delirijem kot posledico odtegnitve od psihoaktivnih substanc (PAS), kot so alkohol in prepovedane droge. Vsekakor pa ne smemo pozabiti na to diferencialno diagnozo, predvsem kadar imamo pred seboj mladostnika, ki ima anamnezo zlorabe PAS. V klinični sliki bodo pri takem pacientu najpogosteje vidni tremor, potna koža ter povišan krvni tlak in pulz ob odsotnosti drugih telesnih simptomov in patoloških laboratorijskih izvidov. Pomagamo si lahko z avto- in heteroanamnezo in pa urinskim testom na PAS, ki nam lahko pomaga opredeliti, katere PAS je pacient zlorabljal. Mladostniki bodo težje spregovorili o potencialni zlorabi PAS, če jih bomo o tem spraševali vpričo staršev ali skrbnikov. Iskren odgovor bomo od njih najlažje prejeli, če jih bomo v varnem in zasebnem okolju povprašali o uporabi PAS in jim obrazložili morebitne zaplete nezdravljenega delirija (9, 35, 37).

Ločenega protokola za zdravljenje delirija zaradi odtegnitve pri mladostnikih in otrocih v Sloveniji nimamo, zato uporabljamo enak protokol kot za zdravljenje odraslih ljudi. Izbrana terapija so benzodiazepini (15, 35).

Tabela 6: Zdravljenje delirija pri otrocih in mladostnikih s haloperidolom³

	Odmerek	Način aplikacije	Maksimalni dnevni odmerki
Haloperidol	0,55 mg/kg telesne teže običajen odmerek: 0,5–10 mg	PO/IM	15–40 kg: 6 mg >40 kg: 15 mg

³ Navedeni odmerki so enaki odmerkom za farmakoterapijo agitacije.

Tabela 7: Zdravljenje delirija pri otrocih in mladostnikih z benzodiazepini (15, 35)

	Odmerek	Način aplikacije	Razpolovna doba	Maksimalni dnevni odmerki
Lorazepam	0,5–2 mg	PO/IM	12 h	4–8 mg
Diazepam	2–5 mg	PO/IM	21–50 h	30 mg

KATATONIJA

Katatonija je kompleksen nevropsihiatričen sindrom z zmanjšano odzivnostjo na okoljske dražljaje in moteno motorično aktivnostjo. Med nujna stanja jo uvrščamo zato, ker je v 17 % primerov povezana s telesnimi obolenji (encefalitis NMDAR, paraneoplastični sindrom), ki so nevarna, pogosto tudi smrtna, če niso pravočasno prepoznana (42, 43). Katatonija lahko napreduje v maligno katatonijo, pri kateri lahko pride do avtonomne disfunkcije, elektrolitskih motenj in rhabdomiolize ter, če ostane nezdravljena, na koncu tudi smrti (42, 44).

Etiologija

Pri mladih se katatonija najpogosteje razvije pri shizofreniji in drugih psihotičnih motnjah ter razpoloženjskih motnjah. Redkeje jo najdemo pri telesnih obolenjih, duševni manjrazvitosti, avtizmu in razvojnonevroloških motnjah ter pri znani zlorabi psihoaktivnih snovi (45).

Klinična slika

Klinična slika je zelo raznolika, saj je velikokrat prepletena s klinično sliko osnovne motnje ali bolezni, prav tako pa je pri teh pacientih velikokrat prisotna komorbiditeta več različnih motenj, ki lahko vplivajo na izraženost simptomatike (avtizem, tiki, selektivni mutizem in podobno) (46). Klinična slika je močno vezana na otrokovo starost. Pri starejših mladostnikih je simptomatika lahko enaka tisti, ki jo srečamo pri odraslih, pri mlajših otrocih pod 12 let pa je lahko simptomatika precej nespecifična in se lahko kaže z agitacijo in vedenjskimi izpadi (47). Maligna katatonija se poleg motorične in psihiatrične simptomatike kaže tudi s hipertermijo, hipertenzijo, rhabdomiolizo in psihomotorično agitacijo (48).

Specifični diagnostični kriteriji za otroke in mladostnike s katatonijo ne obstajajo. V DSM-5 katatonija ni opredeljena kot samostojen sindrom, temveč kot skupek simptomov, ki se pojavijo v sklopu druge

duševne motnje ali telesne bolezni. Prisotni morajo biti vsaj trije od naštetih znakov:

- **Stupor:** stanje brez psihomotorične aktivnosti, neodzivnost na okoljske dražljaje.
- **Katalepsija:** stanje mišične rigidnosti in pasivnega vzdrževanja drže proti gravitaciji.
- **Voščena upogljivost:** vzdrževanje vsiljene poze.
- **Mutizem:** odsotnost govornice.
- **Negativizem:** odsotnost odgovora na zunanje dražljaje (pasivni negativizem) ali aktivno nasprotovanje ukazom (aktivni negativizem).
- **Prisilna drža:** spontano in aktivno vzdrževanje drže proti gravitaciji.
- **Manirizem:** bizarne in karikirane kretnje ali gibi.
- **Stereotipije:** neprestano ponavljanje enakih gibov.
- **Agitacija:** povečana brezciljna motorična aktivnost, ki ni povezana z zunanjimi dražljaji.
- **Grimasiranje:** spačena obrazna mimika.
- **Eholalija:** ponavljanje besed drugega, odmev.
- **Ehopraksija:** ponavljanje gibov drugega (40, 49).

Naštete znake lahko razdelimo na motorične (katalepsija, voščena upogljivost, prisilna drža, grimasiranje), vedenjske (mutizem, negativizem, manirizem, stereotipije) in regresivne (eholalija, ehopraksija). Pri otrocih in mladostnikih se v sklopu regresivnih znakov pojavlja tudi inkontinenca, ki ni opredeljena v DSM-5 in je pri odraslih ne vidimo (49).

Patofiziologija

Specifična patofiziologija katatonije še ni povsem jasna. Sicer obstaja več teorij o nastanku, a presegajo okvirje te specialistične naloge. Do sedaj najbolj raziskana je povezava med katatonijo in inhibitorjem gama-aminomaslene kisline preko receptorjev GABA-A na podlagi delovanja farmakoterapije, ki se je izkazala za najbolj uspešno pri zdravljenju katatonije. Benzodiazepini v visokih odmerkih, ki so po mehanizmu delovanja agonisti receptorjev GABA-A in imajo pri nekatatonem pacientu sedativen učinek,

bodo pri katatoniji imeli nasproten, aktivirajoč učinek. Lorazepam, ki je izbran benzodiazepin pri katatoniji, vpliva na abnormno funkcijo orbitofrontalnega korteksa, ki je posledica zmanjšanja delovanja GABA-ergičnega sistema v tem predelu. Ta lokalizirana disfunkcija je po patofizioloških teorijah katatonije kriva za afektivni del klinične slike, disfunkcija kortikospinalne nevronske poti pa naj bi bila povezana z motorično simptomatiko (48, 50).

Diagnostika

Postavitev diagnoze katatonije v večji meri temelji na klinični sliki pacienta. V pomoč so nam diagnostični kriteriji DSM-5, pomagamo pa si lahko tudi z drugimi ocenjevalnimi lestvicami, npr. Pediatric Cataonia Rating Scale.

Lorazepamski test, pri katerem pacientu IM ali PO apliciramo odmerek benzodiazepina lorazepama, je istočasno diagnostični test in terapevtska intervencija. Če pri pacientu v roku 30 minut pride do izboljšanja klinične slike, gre najverjetneje za katatonijo (51).

Laboratorijska in slikovna diagnostika ne bo neposredno potrdila diagnoze katatonije, nam bo pa v pomoč pri izključevanju drugih, katatoniji podobnih stanj. Osnovne laboratorijske preiskave (hemogram, dušični retenti, glukoza, elektroliti in hepatogram) ter vrednosti kreatinske kinaze in mioglobina bodo izključile maligni nevroleptični sindrom. Opravimo urinski test za izključitev katatonije ob zastrupitvi s PAS. Posnamemo EEG za izključitev nekonvulzivnega epileptičnega statusa in encefalopatije (51).

Zdravljenje

Kot je opisano zgoraj, je najboljši odziv pacientov s katatonijo na benzodiazepine, natančneje na lorazepam. To velja za vse paciente, tako otroke in mladostnike kot tudi odrasle. Prvi odmerek lorazepama 1–2 mg, ki ga lahko apliciramo intramuskularno ali per os (izjemoma intravenozno), ima poleg terapevtskega učinka tudi diagnostičen pomen, imenujemo ga lorazepamski test. Pričakovani učinek izboljšanja klinične slike pričakujemo v roku 30 minut.

Pri pediatrični populaciji je maksimalen odmerek lorazepama 0,32 mg/kg/dan. Pri mladostnikih ponavadi pričnemo s 3–4 mg lorazepama na dan. Odmerke lahko titriramo po potrebi do 8–16 mg/dan.

Pri maligni katatoniji in rezistenci na benzodiazepine lahko v terapijo dodamo antagonist NMDA – amantadin, memantin in topiramid. V tujini uporabljajo tudi elektrokonvulzivno terapijo.

Po stabilizaciji stanja in umiku klinične slike akutne katatonije je priporočljiva vzdrževalna doza lorazepama vsaj še šest mesecev (52).

Pri zdravljenju moramo biti ves čas pozorni tudi na pacientove vitalne znake, predvsem temperaturo in krvni pritisk, za izključevanje maligne katatonije (51).

AKUTNA SAMOMORILNA OGROŽENOST

Med najpogostejše razloge za obisk psihiatrične urgentne službe med mladostniki spadajo akutne samomorilne misli in samomorilno vedenje, ki se najpogosteje pojavljajo pri populaciji mladostnikov, starih med 14 in 18 let. Slovenske in tuje raziskave kažejo, da fantje skoraj štirikrat pogosteje storijo samomor kot dekleta, obraten trend pa je opazen pri poskusih samomora in samomorilnih ideacijah (53).

Samomorilnost moramo ločiti od samopoškodovalnega vedenja brez samomorilnega namena, kjer si posameznik povzroči namerne poškodbe lastnega telesa, pri čemer pa namen ni končanje svojega življenja, temveč lajšanje stiske ali povzročanje ugodja. Samopoškodovalno vedenje ni enako kot samomorilno vedenje, vendar spada med dejavnike tveganja, ki vplivajo na samomorilno ogroženost mladostnika, predvsem kadar je to vedenje prisotno že dolgo časa in kadar imamo v anamnezi stopnjevanje intenzitete samopoškodovalnega vedenja v zadnjem času (54).

Ocena ogroženosti

Za oceno samomorilne ogroženosti moramo mladostnika neposredno vprašati o prisotnosti samomorilnih misli in načrtov. Pri eksploraciji prisotnosti samomorilnih misli vzporedno ocenjujemo tudi dejavnike tveganja in varovalne dejavnike. Na podlagi prejetih odgovorov in heteroanamnestičnih podatkov podamo končno stopnjo samomorilnega tveganja (55).

Predobstoječi dejavniki tveganja:

- Duševne motnje
- Moški spol
- Samopoškodovalno vedenje
- Poskusi samomora v preteklosti
- Neugodne socialne razmere
- Pozitivna družinska anamneza za samomore in duševne motnje
- Anamneza psihične, fizične, spolne zlorabe
- Impulzivnost, agresivno vedenje, socialni umik, izogibalno vedenje
- Škodljivo uživanje ali odvisnost od PAS
- Nizka samopodoba
- Neheteroseksualna spolna usmerjenost
- Kronična telesna obolenja
- Nedavni stresni dogodki
- Nedavni samomori ali poskusi samomora ljudi, ki so mladostniku pomembni

Varovalni dejavniki:

- Telesno zdravje
- Šolska uspešnost
- Vključenost v izvenšolske dejavnosti, šport
- Dobra socialna mreža
- Močna podpora družine
- Dobra samokontrola, dobre prilagoditvene sposobnosti (53–56).

Visoko tveganje predstavljajo pogoste, intenzivne in dalj časa trajajoče samomorilne misli, predvsem kadar mladostnik pove, da jih s težavo nadzoruje. Mladostnika vedno povprašamo tudi o tem, ali ima načrt, kako bi končal svoje življenje. Če imajo mladostniki že izdelan načrt, je tveganje za poskus samomora večje, kot če ga nimajo. Ocenjujemo tudi podrobnost izdelanega načrta ter nevarnost in dostopnost izbrane metode samomora. Metodi, ki sta manj smrtonosni, sta npr. zaužitje zdravil in rezanje z namenom izkrvavitve. Med bolj smrtonosne metode pa spadajo skok z višine, obešanje in druge podobne metode. Na podlagi enakih kriterijev ocenjujemo tudi morebitne pretekle poskuse samomora (53, 55).

V pomoč pri oceni samomorilne ogroženosti mladostnika, ki ga srečamo na pregledu v pedopsihiatrični urgentni službi, so nam tudi ocenjevalne lestvice. V Klinični poti za samomorilnega mladostnika Centra za mentalno zdravje Ljubljana se za oceno samomorilne ogroženosti uporablja lestvica SAD PERSONS.

Tabela 8: Lestvica SAD PERSONS in legenda

Spol: moški – 1
Ali je star pod 19 ali nad 45 let – 1
Depresija ali brezup – 2
Prejšnji poskusi samomora ali psihiatrična zdravljenja – 1
Ekscesna raba alkohola ali drog – 1
Razumska presoja izgubljena – 2
Separiran, ločen, odovel – 1
Organiziran ali resen načrt – 2
Ni socialne mreže – 1
Suicidalen plan za prihodnost – 2
Rezultat 6–8 točk: nujna psihiatrična ocena/zdravljenje
Rezultat >9 točk: takojšnja psihiatrična hospitalizacija

Končno oceno vedno podamo individualno za vsakega mladostnika posebej. Kadar z mladostnikom in njegovimi starši ali skrbniki lahko naredimo dober varnostni načrt, ki vključuje sklenitev antisuicidalnega pakta in podrobne strategije razreševanja akutnih stisk (npr. v primeru samomorilnih misli mladostnik lahko zagotovi, da se bo obrnil na enega od staršev ali drugo odraslo osebo, ki mu je blizu), takrat hospitalizacija na pedopsihiatričnem oddelku ni nujno potrebna.

Če pa mladostnik ni sposoben skleniti antisuicidalnega pakta, če je po poskusu samomora z nevarno metodo, če je v preteklosti že imel neuspešen poskus samomora, če ima v osnovi duševno motnjo, zlorablja PAS oziroma nima dovolj močne podpore v svojem domačem okolju, takrat je indicirana bolnišnična obravnava (53, 55). Ob moteni realitetni kontroli zaradi duševne motnje ali akutne intoksikacije s PAS je po ZDZdr indicirana tudi hospitalizacija proti volji (31).

Sprejem in varovanje na oddelku

Pri sprejemu mladostnika v bolnišnično obravnavo, predvsem kadar ga hospitaliziramo proti njegovi volji, je zelo pomemben telesni pregled in podroben pregled mladostnikovih osebnih stvari. Praviloma je prvi stik po poskusu samomora vedno s somatsko urgentno službo, kjer ocenijo telesno stanje in stabilnost mladostnika ter potrebo po morebitni bolnišnični obravnavi na somatskem oddelku. Šele po telesni stabilizaciji pridejo mladostniki v obravnavo k pedopsihiatru. Kadar pa je naša urgentna služba prvi stik z mladostnikom, ki ga ocenjujemo kot ogroženega in potrebnega bolnišnične obravnave, moramo minimalizirati nevarnost, da bi do poskusa prišlo na oddelku. Na intenzivnih oddelkih pacientom odvzamemo vse osebne predmete, oblečeni so v bolnišnična oblačila, prepovedana je nošnja nedrčkov, vezalk, pasov ipd. (nevarnost obešanja). Tudi sam oddelok je prilagojen zagotavljanju čim večje varnosti pacientov: uporabljene so kljuke in vodovodne pipe, na katerih je onemogočeno obešanje ali polobešanje, steklene površine so iz posebnega stekla, ki se razleti in ne razbije, itd.

Kadar presodimo, da je tveganje za samomorilno vedenje hospitaliziranega pacienta še posebej veliko, lahko uvedemo PVU diskretnega nadzora ali stalnega nadzora v gibanju (30).

Po stabilizaciji in zagotovitvi varnosti pacienta se lotimo razreševanja težav, ki so mladostnika pripele v stisko, zaradi katere so se pojavile samomorilne misli in tendence. V primeru duševne motnje se lotimo zdravljenja osnovne motnje. Groleger je s sodelavci v svoji raziskavi ugotovil, da je pri 59 % deklet, hospitaliziranih po poskusu samomora, bila diagnosticirana motnja razpoloženja, pri 41 % pa vedenjska motnja (57). Zaradi pogostih ponovitev samomorilnega vedenja, predvsem med dekleti, je smiselna vključitev v redno dolgotrajno ambulantno vodenje po zaključeni hospitalni obravnavi (55).

ZAKLJUČEK

Pri urgentni obravnavi otrok in mladostnikov je treba ne glede na stanje, ki potrebuje urgentno pedopsihatrično oskrbo, čim bolj natančno opredeliti vzrok za pojav trenutnega stanja in se na podlagi slednjega odločiti o ustreznem načinu obravnave. S pregledom pričnemo že pred prihodom pacienta ob klicu napotnega zdravnika ter kasneje ob prihodu in opazovanju otroka in spremljajočih odraslih pred pričetkom pregleda. V vsaki točki obravnave se sproti odločamo, kako bomo nadaljevali z obravnavo. V prvi vrsti je naša naloga zagotavljanje varnosti tako otroka kot njegove okolice, pri čemer se lahko poslužujemo namestitve na oddelok pod posebnim nadzorom, farmakoterapije, napotitev v somatsko obravnavo, vključitev v ambulantno obravnavo, umik otroka iz domačega okolja s pomočjo drugih služb itd. Čeprav gre za urgentno obravnavo, kar pomeni, da se od nas zahteva, da ukrepamo hitro in odločno, moramo biti preudarni in previdni, da pri postavljanju diagnoz in uvajanju farmakoterapije nismo prenašli. Ko zagotovimo varnost in stabilno stanje pacienta, se lahko posvetimo širitvi svoje diagnostike za natančnejšo opredelitev težav, ki so prispevale k razvoju klinične slike, kar vključuje tako telesne preiskave kot tudi klinično psihološko diagnostiko, stik s pristojnim centrom za socialno delo, šolo itd.

Viri

1. Citrome L, Volavka J. Violent patients in the emergency setting. *Psychiatr Clin North Am.* 1999 Dec;22(4):789–801.
2. Gerson R, Malas N, Mroczkowski MM. Crisis in the Emergency Department: The Evaluation and Management of Acute Agitation in Children and Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2018 Jul;27(3):367–86.
3. Adimando AJ, Poncin YB, Baum CR. Pharmacological management of the agitated pediatric patient. *Pediatr Emerg Care.* 2010 Nov;26(11):853–6.
4. Marzullo LR. Pharmacologic management of the agitated child [Internet]. Vol. 30, *Pediatric Emergency Care.* Lippincott Williams and Wilkins; 2014 [cited 2020 Oct 4]. p. 269–78. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24694885/>
5. Sonnier L, Barzman D. Pharmacologic management of acutely agitated pediatric patients. *Paediatr Drugs.* 2011 Feb;13(1):1–10.
6. Woods P, Almvik R. The Broset violence checklist (BVC). *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2002 Feb 1;106:103–5.
7. Ogloff JRP, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behav Sci Law.* 2006;24(6):799–813.
8. Čelofiga A, Koprivšek J. Osnove deeskalacijskih tehnik. *Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.* 2019.
9. Rozel JS, Stowell KR, Thorkelson GD. Diagnosis and Management of Agitation in Children and Adolescents. In: Nordstrom KD, Wilson MP, Zeller SL, editors. *The Diagnosis and Management of Agitation* [Internet]. Cambridge: Cambridge University Press; 2017. p. 253–70. Available from: <https://www.cambridge.org/core/books/diagnosis-and-management-of-agitation/diagnosis-and-management-of-agitation-in-children-and-adolescents/58FC2F6D8CE539206037AA40226E9A52>
10. Pappadopulos E, Macintyre li JC, Crismon ML, Findling RL, Malone RP, Derivan A, et al. Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth (TRAAY). Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003 Feb;42(2):145–61.
11. Patel VL, Ramoni MF. Cognitive Models of Directional Inference in Expert Medical Reasoning. In: *Expertise in Context: Human and Machine.* Cambridge, MA, USA: MIT Press; 1997. p. 67–99.
12. Schur SB, Sikich L, Findling RL, Malone RP, Crismon ML, Derivan A, et al. Treatment recommendations for the use of antipsychotics for aggressive youth (TRAAY). Part I: a review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003 Feb;42(2):132–44.
13. Labellarte MJ, Crosson JE, Riddle MA. The relevance of prolonged QTc measurement to pediatric psychopharmacology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2003 Jun;42(6):642–50.
14. Potočnik-Dajčman N, Gregorič-Kumperščak H. Uporaba netipičnih antipsihotikov v razvojnem obdobju. *Zdr Vestn.* 2002;71:375–8.
15. Drobnič Radobuljac M, Tršinar M. Predpisovanje psihotropnih zdravil v otroški in mladostniški psihiatriji. *Med Razgl.* 2018;57(2):253–61.
16. Jangro WC, Preval H, Southard R, Klotz SG, Francis A. Conventional intramuscular sedatives versus ziprasidone for severe agitation in adolescents: case-control study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2009 Mar;3(1):9.
17. Krishnamoorthy J, King BH. Open-label olanzapine treatment in five preadolescent children. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 1998;8(2):107–13.
18. Currier GW, Trenton A. Pharmacological treatment of psychotic agitation. *CNS Drugs.* 2002;16(4):219–28.
19. Allen MH. Managing the agitated psychotic patient: a reappraisal of the evidence. *J Clin Psychiatry.* 2000;61 Suppl 1:11–20.
20. Battaglia J, Moss S, Rush J, Kang J, Mendoza R, Leedom L, et al. Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. *Am J Emerg Med.* 1997 Jul;15(4):335–40.

21. Gutierrez MA, Roper JM, Hahn P. Paradoxical reactions to benzodiazepines. *Am J Nurs*. 2001 Jul;101(7):34–40.
22. Gerson R, Malas N, Feuer V, Silver GH, Prasad R, Mroczkowski MM. Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. *West J Emerg Med*. 2019 Mar;20(2):409–18.
23. Banerji A, Long AA, Camargo CAJ. Diphenhydramine versus nonsedating antihistamines for acute allergic reactions: a literature review. *Allergy asthma Proc*. 2007;28(4):418–26.
24. Cummings MR, Miller BD. Pharmacologic management of behavioral instability in medically ill pediatric patients. *Curr Opin Pediatr*. 2004 Oct;16(5):516–22.
25. Fiks AG, Mayne SL, Song L, Steffes J, Liu W, McCarn B, et al. Changing patterns of alpha agonist medication use in children and adolescents 2009-2011. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2015 May;25(4):362–7.
26. Glezer A, Brendel RW. Beyond emergencies: the use of physical restraints in medical and psychiatric settings. *Harv Rev Psychiatry*. 2010;18(6):353–8.
27. Rossi J, Swan MC, Isaacs ED. The violent or agitated patient. *Emerg Med Clin North Am*. 2010 Feb;28(1):235–56, x.
28. Chun TH, Mace SE, Katz ER. Evaluation and Management of Children and Adolescents With Acute Mental Health or Behavioral Problems. Part I: Common Clinical Challenges of Patients With Mental Health and/or Behavioral Emergencies. *Pediatrics*. 2016 Sep;138(3).
29. Sourander A, Ellilä H, Välimäki M, Piha J. Use of holding, restraints, seclusion and time-out in child and adolescent psychiatric in-patient treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Aug;11(4):162–7.
30. Združenje psihiatrov pri SZD. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji [Internet]. VICEVERSA. 2018. Available from: <http://www.zpsih.si/media/documents/PVU2018.pdf>
31. Uradni list RS. Zakon o duševnem zdravju.
32. Masters KJ, Bellonci C, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, Benson RS, et al. Practice parameter for the prevention and management of aggressive behavior in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002 Feb;41(2 Suppl):4S-25S.
33. Uradni list RS. Zakon o pacientovih pravicah. Slovenija; 2008.
34. Uradni list RS. Družinski zakonik.
35. Korošec Jagodič H, Jagodič K, Pregelj P. Obravnava bolnika z delirijem. *Zdr Vestn*. 2009;78(9):473–80.
36. Dechnik A, Traube C. Delirium in hospitalised children. *Lancet Child Adolesc Heal* [Internet]. 2020 Apr 1;4(4):312–21. Available from: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(19\)30377-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(19)30377-3)
37. Patel AK, Bell MJ, Traube C. Delirium in Pediatric Critical Care. *Pediatr Clin North Am*. 2017 Oct;64(5):1117–32.
38. Meagher DJ, O'Hanlon D, O'Mahony E, Casey PR, Trzepacz PT. Relationship between symptoms and motoric subtype of delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12(1):51–6.
39. Traube C, Silver G, Gerber LM, Kaur S, Mauer EA, Kerson A, et al. Delirium and Mortality in Critically Ill Children: Epidemiology and Outcomes of Pediatric Delirium. *Crit Care Med*. 2017 May;45(5):891–8.
40. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. Arlington. 2013.
41. Traube C, Silver G, Kearney J, Patel A, Atkinson TM, Yoon MJ, et al. Cornell Assessment of Pediatric Delirium: a valid, rapid, observational tool for screening delirium in the PICU*. *Crit Care Med*. 2014 Mar;42(3):656–63.
42. Hauptman AJ, Benjamin S. The Differential Diagnosis and Treatment of Catatonia in Children and Adolescents. *Harv Rev Psychiatry*. 2016;24(6):379–95.
43. Consoli A, Raffin M, Laurent C, Bodeau N, Campion D, Amoura Z, et al. Medical and developmental risk factors of catatonia in children and adolescents: a prospective case-control study. *Schizophr Res*. 2012 May;137(1–3):151–8.

44. Lahutte B, Cornic F, Bonnot O, Consoli A, An-Gourfinkel I, Amoura Z, et al. Multidisciplinary approach of organic catatonia in children and adolescents may improve treatment decision making. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008 Aug;32(6):1393–8.
 45. Takaoka K, Takata T. Catatonia in childhood and adolescence. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2003 Apr;57(2):129–37.
 46. Dhossche DM, Wachtel LE. Catatonia is hidden in plain sight among different pediatric disorders: a review article. *Pediatr Neurol*. 2010 Nov;43(5):307–15.
 47. Florance NR, Davis RL, Lam C, Szperka C, Zhou L, Ahmad S, et al. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor (NMDAR) encephalitis in children and adolescents. *Ann Neurol*. 2009 Jul;66(1):11–8.
 48. Trimble M. Catatonia: a clinician's guide to diagnosis and treatment. Vol. 75, *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*. 2004. p. 1083.
 49. Bokalič M, Tonkli Peternel A, Drobnič Radobuljac M. Katatonija pri otrocih in mladostnikih - pregledni članek. *Med Razgl*. 2018;letnik 57(št.2):213–25.
 50. Northoff G. Catatonia and neuroleptic malignant syndrome: psychopathology and pathophysiology. *J Neural Transm*. 2002 Dec;109(12):1453–67.
 51. Sienaert P, Dhossche DM, Vancampfort D, De Hert M, Gazdag G. A clinical review of the treatment of catatonia. *Front psychiatry*. 2014;5:181.
 52. Martin A, Volkmar FR, Bloch M. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry : a comprehensive textbook*. Fifth Edit. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2018. 609–611 p.
 53. Roškar S, Tančič A, Poštuvan V, Kuzmanič M, Groleger U. *Spregovorimo o samomoru med mladimi*. Ljubljana; 2009.
 54. Tomašević A, Drobnič Radobuljac M. Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena pri mladostnikih. *Med Razgl*. 2017;56(3):323–9.
 55. Gregorič-Kumperščak H. Samomori in samomorilno vedenje pri mladostnikih. *Med Razgl*. 2012;51(1):81–8.
-