

НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
ПОМОЩЬ  
ПРИ ОСТРЫХ РАССТРОЙСТВАХ  
ПСИХИКИ С ПСИХОМОТОРНЫМ  
ВОЗБУЖДЕНИЕМ

Выполнила: Абатова Э.Б. 615ВОП

Проверила: Мукашева Г.Р.

**Психомоторное возбуждение** относится к категории психических нарушений, которые возникают при различных заболеваниях. Данное состояние сопровождается немотивированными поступками, совершением ненужных движений и другими неприятными симптомами

- ◎ **Психомоторное возбуждение** – это психическое нарушение, которое сопровождается повышенной двигательной активностью. Данное состояние провоцируют различные патологии. В зависимости от этого существует довольно много разновидностей психомоторного возбуждения.
- ◎ Данное состояние сопровождается повышенной тревожностью, раздражительностью, ощущением гнева или растерянности. Иногда пациенты проявляют агрессию или ведут себя совершенно неадекватно.
- ◎ Длительность возбуждения может быть разной – от часа до недели. На степень выраженности проявлений данного состояния влияет основная патология.

## Причины отклонений

- ⦿ Психомоторное возбуждение может представлять собой острую реакцию на стрессовую ситуацию, которая возникает у психически здорового человека, оказавшегося в экстремальной ситуации. Оно развивается сразу после психической травмы или состояния, угрожающего жизни.
- ⦿ Нередко у человека появляется двигательное беспокойство, после чего он впадает в ступор.

Помимо этого, нарушение может быть следствием таких состояний:

- **Острые инфекционные патологии**. Они сопровождаются интоксикационным поражением нервной системы в результате воздействия на организм вирусов или бактерий.
- **Черепно-мозговые травмы**. Также психомоторное возбуждение может быть следствием других поражений мозга.
- **Острые и хронические интоксикации организма**. К ним может приводить отравление акрихином, кофеином, атропином. Также в данную категорию входит алкогольный делирий.
- **Эпилепсия**.
- **Истерия**. Данное состояние может представлять собой реакцию организма на внешние факторы.
- **Гипоксия и токсические поражения мозга**. Данное состояние может наблюдаться в прекоматозных и коматозных случаях.
- **Психические отклонения**. В эту категорию входит депрессивный психоз, маниакальное возбуждение, шизофрения. К психомоторному возбуждению может приводить и биполярное аффективное расстройство.
- **Делирий**. Под данным термином понимают помутнение сознания, которое сопровождается образным бредом, зрительными галлюцинациями, ощущением страха.

Существуют такие разновидности психомоторного возбуждения, для каждого из которых характерны определенные особенности:

- **Кататоническое возбуждение** – в большинстве случаев сопровождается импульсивностью и нарушением координации движений. Иногда возникает ритмичность и однообразное действие, а также повышенная говорливость. Данная форма возбуждения обычно является проявлением шизофрении.
- **Гебефреническое возбуждение** – может быть одной из стадий кататонического. Он проявляется в форме дурашливости пациента, бессмысленных движений. Иногда данное состояние сопровождается агрессией больного. Этот симптом тоже нередко свидетельствует о шизофрении.
- **Галлюцинаторное возбуждение** – сопровождается напряженностью и повышенной сосредоточенностью. Помимо этого, у человека может наблюдаться бессвязная речь, изменчивая мимика, агрессивные движения и жесты. Данный синдром чаще всего возникает у людей, страдающих алкоголизмом. Он относится к категории синдромов помутнения сознания и может говорить о развитии шизофрении или заболеваниях головного мозга.
- **Бредовое возбуждение** – развивается в результате возникновения идей преследования, бреда и т.д. Люди с таким нарушением нередко сильно напряжены и агрессивны. Они могут угрожать, а иногда и применять силовое воздействие. Поэтому таким пациентам важно обеспечить правильную терапию. Такое состояние свидетельствует о шизофрении, болезнях мозга и симптоматических психозах.
- **Маниакальное возбуждение** – в этом состоянии у человека наблюдается приподнятое настроение, ускоряются мыслительные процессы, появляется повышенное стремление к действию, суетливость, непоследовательное мышление. Подобное состояние нередко сопровождает шизофрению и дополняется бредом, галлюцинациями, нарушением

**Симптомы психомоторного возбуждения зависят от причин появления нарушения. К внешним проявлениям относят следующее:**

- ⊙ резкое обострение главной болезни;
- ⊙ неадекватное поведение человека;
- ⊙ повышенная раздражительность;
- ⊙ движения тела, которые не характерны для человека;
- ⊙ появление склонности к суициду;
- ⊙ агрессивное поведение;
- ⊙ отсутствие контроля над своим поведением.

## Неотложная помощь

- Пациент в состоянии психомоторного возбуждения требует срочной госпитализации в психиатрический стационар. Потому при появлении симптомов данного недуга нужно сразу вызвать специализированную скорую помощь.
- При развитии такого состояния первую помощь пациенту может оказать исключительно врач-психиатр. Первичная тактика терапии заключается в срочной иммобилизации человека. Для этого его фиксируют с помощью широких повязок.
- В сложных случаях врачам содействуют правоохранительные органы. Если удастся установить контакт с пациентом, врач должен провести с ним разъяснительную беседу. Больному обязательно нужно сказать, что он нуждается в госпитализации и лечении в психиатрическом стационаре.



- Неотложной медицинской помощи требуют острые (в том числе внезапно развившиеся) расстройства психики (бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение и др.), сопровождающиеся неправильной оценкой и трактовкой происходящего, нелепыми поступками, когда действия больного становятся опасными для себя и окружающих. Таких пациентов должны лечить врачи-психиатры, и для оказания им неотложной помощи в штате крупных станций СМП выделены специализированные психиатрические бригады

- Неотложные терапевтические мероприятия показаны только тем пациентам, состояние которых представляет угрозу для себя и других лиц, в первую очередь при наличии возбуждения и агрессивности, суицидальном поведении больного, состоянии измененного сознания, при отказе пациента от приема пищи и жидкости, его неспособности к самообслуживанию, а также при развитии тяжелых побочных эффектов психотерапии.

Острые расстройства психики выявляют прежде всего во время беседы с пациентом, в ходе которой определяют тактику ведения больного. Основные задачи такой беседы определяют правила общения с пациентами с острыми расстройствами психики:

- установление первоначального контакта;
- налаживание доверительных отношений между врачом и пациентом;
- определение диагноза на синдромальном уровне;
- разработка плана оказания медицинской помощи и дальнейшей тактики

- Правильная психотерапевтическая тактика, проводимая медперсоналом в отношении больного с острым психозом, иногда может заменить медикаментозную помощь и в любом случае явиться крайне важным ее дополнением. Основное условие, которое должен соблюдать врач, — ни на одну минуту не терять «психиатрической бдительности», так как поведение больного в любой момент может резко измениться (около него не должно быть предметов, пригодных для нападения или самоповреждения; не следует позволять ему подходить к окну и т. д.).

- Помимо исследования психического состояния пациента, необходимо оценить его соматический и неврологический статус. С одной стороны, это необходимо, чтобы не пропустить соматоневрологическую патологию (в том числе черепно-мозговую травму, другие повреждения и заболевания), с другой — может помочь подтвердить психиатрический диагноз (например, выявить физическое истощение при депрессии) и правильно построить план неотложной терапии.

- Если больной при виде медицинских работников убегает, преследование его по улице недопустимо во избежание дорожно-транспортных происшествий. О факте побега больного немедленно информируют ответственного врача СМП, который должен уведомить сотрудников милиции о произошедшем.

- Основная задача лекарственной терапии на догоспитальном этапе — не лечение собственно заболевания, а медикаментозная «подготовка» больного, позволяющая выиграть время до консультации психиатра или до госпитализации в психиатрический стационар. Основным принцип оказания помощи при острых психопатологических состояниях — синдромологический или даже симптоматический подход.

## Во время осмотра поведение врача должно подчиняться определенным правилам.

- Пренебрежительный, озадачивающий, обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон разговора может вызвать или усилить агрессию больного. Беседа должна вестись спокойно, с разумной настойчивостью, непротиворечием больному, выполнением допустимых его требований. В части случаев больного удастся успокоить правильно проведенной беседой.
- Установлению контакта способствует создание у больного впечатления, что врач может встать на его место («Я понимаю, что вы очень нервничаете...»).
- Не следует подходить к больному слишком близко. Это может быть воспринято как угроза.
- В то же время важно не дать больному возможность причинить вред врачу. Желательно, чтобы рядом находились сотрудники. Следует продумать, как защитить лицо, шею и голову. Предварительно нужно снять очки, галстук, ожерелья и т. д. Во время беседы врач должен позаботиться о возможном «отступлении» и находиться к двери кабинета или палаты ближе, чем пациент



- При достаточно выраженном проявлении психомоторного возбуждения необходимости задавать вопросы больному может не быть, особенно при агрессивном поведении пациента. В отдельных случаях (проявление интоксикации различными веществами, при черепно-мозговой травме и т. п.) вопросы врача должны быть направлены на выявление важных для дифференциальной диагностики анамнестических сведений (возможность приема отравляющих средств, травмы и т. д.).

**Психомоторное возбуждение**

**Обеспечение безопасности больного и окружающих**

**Создание спокойной обстановки, налаживание контакта с пациентом, получение согласия на добровольную госпитализацию**

**Состояние контролируется**

**Состояние не контролируется**

**Декомпенсация психологического заболевания**

**Per os**

рисперидон (Рисполепт) 1–4 мг,  
или

клозалин (Азалептин, Лепонекс) 100–150 мг,  
или  
в/м

оланзапин (Зипрекса) 5–10 мг,  
или

зуклопентиксол (Клопиксол-Акуфаз) 50 мг,  
или

хлорпромазин (Аминазин) 100–150 мг,  
или

левомепромазин (Тизерцин) 100–150 мг

**Коррекция экстрапирамидальных расстройств**  
(при введении галоперидола, зуклопентиксола,  
оланзапина, трифлуоперазина и др.)

тригексифенидил (Циклодол, Паркопан,  
Ромпаркин) 2 мг

**Панические атаки,  
глубокие метаболические  
расстройства, неясный  
диагноз**

**В/м**

диазепам (Седуксен, Сибазон,  
Реланиум) 10–30 мг,  
или  
лоразепам 5–20 мг

**Ажитированная депрессия,  
меланхолический рагтус**

**В/м**

амитриптилин 40–60 мг

**Временная фиксация**

**ТРАНСПОРТИРОВКА В СТАЦИОНАР**

**ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ**

- После госпитализации пациента ему назначают срочную медикаментозную помощь. На данном этапе применяют разные виды транквилизаторов, которые быстро купируют психомоторное возбуждение.
- Для этого показано внутривенное использование нейролептиков, которые обладают выраженными седативными свойствами. К примеру, врач может назначить Левомепромазин в дозировке 50-75 мг или Клозапин – 50 мг.

- Одним из наиболее эффективных средств для купирования симптомов данного состояния является Аминазин. Данный препарат нужно вводить внутримышечно. Дозировка может быть разной – все зависит от роста, возраста и веса пациента. Диапазон составляет 25-100 мг. Применение этого средства дополняют таким же объемом новокаина 0,25-0,5 %. Благодаря этому человек быстро успокаивается и засыпает.
- Ослабление уровня возбуждения не должно приводить к снижению интенсивности терапии или наблюдения за пациентом. Дело в том, что заболевание может вернуться с новой силой. В такой ситуации человеку нужно будет снова оказать помощь.
- Если пациент раньше наблюдался у специалистов с таким же синдромом, купирование его признаков производится с помощью тех же препаратов. Однако в такой ситуации показана двойная дозировка.

## Часто встречающиеся ошибки:

- Оставление больного без надлежащего наблюдения и контроля за его поведением.
- Недооценка опасности психомоторного возбуждения для самого больного и окружающих (в том числе непривлечение помощи сотрудников милиции).
- Пренебрежение методами физического удержания.
- Уверенность в необходимости только внутривенного введения седативных средств, исключая внутримышечный и пероральный пути.
- Неиспользование корректоров при введении нейролептиков, способных вызывать побочные экстрапирамидные расстройства



## Опасность и прогноз

- При условии правильного и своевременного купирования симптомов заболевания психомоторное возбуждение не представляет опасности для жизни или здоровья пациента. После устранения проявлений недуга прогноз полностью соответствует прогнозу основной патологии.
- Наибольшую опасность представляют пациенты, которые имеют явные кататонические и галлюцинаторно-бредовые разновидности возбуждения. Они сопровождаются непредсказуемыми поступками, которые могут принести вред самому пациенту и окружающим.
- Психомоторное возбуждение – достаточно опасное состояние, которое может представлять опасность для здоровья самого человека и окружающих. Поэтому в такой ситуации обязательно нужно вызвать бригаду скорой помощи.