

تقييم المريض العنيف وعلاجه

Assessment and Management of the Violent Patient

جيمس ج. أموس

سؤال استشاري نمطي؟

"هل يمكن أن تساعدنا بعلاج هذا المريض الذي هددنا في أثناء الجولات السريرية؟
يتم طرح هذا السؤال في المستشفيات العامة أو العيادات، ويكون غالباً مسبقاً بإنذار من نوع ما؛ وذلك لإبلاغ أفراد الطاقم العلاجي ذوي الصلة بهذا الأمر، والذين قد يمثلون جزءاً من فريق مكلف بالتعامل مع المواقف التي يُرجَّح فيها أن يصبح المريض عنيفاً، أو أنه عنيف بالفعل. وعلى أية حال، فإن مثل هذه المواقف تحتاج إلى تصرف سريع ينزل إلى أرض الواقع.

الخلفية

لا شيء يثير الخوف والرعب واندفاع الأدرينالين أكثر من زر الإنذار، الذي يأتي من وحدات الباطنة أو الجراحة، طالبين المساعدة الفورية في التعامل مع مريض هائج وعنيف. ويوجد ببعض المستشفيات طواقم للرد السريع، والتي تتحرك بمجرد سماع بيجر خاص بها أو مكبر الصوت. وغالباً ما تشمل هذه الطواقم طبيباً نفسياً توأصلياً.

ومن الواجب أن نحترم حدسنا بوجود تهديد ما؛ لكي نحافظ على بيئة آمنة لك (بوصفك طبيباً نفسياً)، وللمريض، وللآخرين المتواجدين في مكان التقييم. إن الإنكار، والتبُّد، والتبجُّح من أعراض عدم الاعتراف بوجود خوف من تهديد ما. فذلك الإنكار والتبُّد، قد يزيد من هياج المريض، والذي حتماً سيكون أكثر استجابة لجموح اندفاعاته منك. من المهم أن تعترف بالخوف عندما تشعر بالخطر؛ ويعتقد بعض الخبراء أن هذا أمر حدسي،

وأن الحكم السليم على الأشياء يتعرقل عند سخونة الموقف (1). ومع ذلك فإن التخمين السريع بشأن مريض متقلّب، سيكون أمراً محفوفاً بالخطر إذا ما بُني على حكم نمطي بلا بيئة. وهناك طرائق عديدة لوضع تصوّر لخوارزميات (algorithms)؛ من أجل التعامل مع المريض العنيف الهائج. وإليك بعض المقترحات لـ "رموز ذاكرية" للمساعدة على الحفظ:

• الاحتواء قبل Containment before.

• التقييم قبل Assessment before.

• غير العنيف Non-violent.

• التدخل قبل Intervention before.

• الإخضاع Take down.

كثيراً ما يتم استدعاء الاستشاري إلى وحدات العناية المركزة وغرف الطوارئ؛ للمساعدة على علاج المرضى الذين هم على وشك الخروج عن السيطرة، أو الذين خرجوا عن السيطرة بالفعل. إن الفكرة من وراء حفظ عبارة التذکر (CANIT)، هي تسهيل تذكر المبادئ الرئيسة للتقييم، والتعامل مع حالات الهياج الحادة. ويشير (الاحتواء) إلى ضمان أنك والمريض كليهما تشعران بالأمان في مكان التقييم، ومن الأفضل أن يكون كل منكما قريباً من الباب؛ للمساعدة على الهرب عند الضرورة. وفي البداية قد يبدو غريباً أن نوصي بترك المريض يهرب من الحجرة، لكن العلة في ذلك، هو ألا يضطر المريض للدوس على جسدك لكي يصل إلى الباب.

قضية أخرى من قضايا (الاحتواء)، وهي ضمان أن المريض يتخلّى عن أي أسلحة قبل أن توافق على إجراء التقييم له. وأحياناً فإن تقديم الأطعمة أو الشراب (شرط ألا يكون ساخناً لدرجة أن يؤذي، إذا ما تم رشق وجهك به)؛ يساعد كثيراً على توفير جو آمن. ومن الجيد أن نتجنّب التقاء العيون الطويل مع المريض؛ لأن هذا قد يُنظر إليه على أنه تهديد. ودائماً تأكّد من وجود كثير من الناس حولك لمساعدتك إذا تطوّر الموقف.

إن الاحتواء في ظلّ هذه الظروف يمكن تحقيقه ببساطة، وذلك من خلال أن تكون أميناً مع المريض الذي مازال قادراً على الاستماع إليك، وذلك بالاعتراف بأن المريض يقول ويفعل أشياء قد تجعلك خائفاً. وربما تعتقد أن فعلك هذا مخالف للمنطق، لكن إذا تم ذلك بهدوء من خلال عبارة مُلحقة بالطمأننة أنك ومن حولك ملتزمون بالحفاظ على سلامة كل الأشخاص الحاضرين، بمن فيهم المريض؛ فإن هذا قد يستفيد من خوف المريض من أن يفقد سيطرته على نفسه، وذلك بتطمينه أنك ستفعل كل شيء بوسعك لتأمين الموقف. وفي المقابل، فهذه الطريقة قد لا تفيد لاحتواء ذوي الشخصيات السادية المعادية للمجتمع، ممن يستمتعون بتخويف الناس. وفي هذه الحالة

يجب أن يكون واضحاً تماماً لهؤلاء أن أناساً كثيراً من حولك ، سيستطيعون إحكام السيطرة الجسدية عليهم إذا استدعى الأمر ذلك.

الإجراءات التشخيصية

إن التقييم أمر حيوي ، لكن يمكن إجراؤه فقط في حال ضمان المسائل الأمنية أولاً. ولكي تسيطر على المريض الهائج ، فمن المهم أن نفهم أساس هذا السلوك العنيف ، وهذا لا يعني بالطبع التنظير بشأن الأسس البيولوجية العصبية خلف هذا السلوك. وسنستعرض في القائمة الآتية بعض الاضطرابات الشائعة المرتبطة بالمرضى المصابين بالهياج :

أولاً: الاضطرابات النفسية الأولية:

(أ) الاضطرابات الذهانية :

١ (الفصام.

٢ (الأمراض الوجدانية.

- الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب ، هوس مع ذهان.

- الاكتئاب الجسيم يمكن أن تصاحبه نوبات غضب وذهان.

ب (الاضطرابات المعرفية :

١ (الخرف مع ذهان واضطراب السلوك.

٢ (التخلف العقلي.

ج (اضطرابات الشخصية :

- المعادية للمجتمع والحدية.

د (اضطرابات إساءة استعمال المواد والكحوليات.

- التسمم.

ثانياً: الاضطرابات الطبية:

أ (الهذيان بسبب الحالة الطبية العامة.

١ - اضطراب النوبات الصرعية.

٢- أورام الجهاز العصبي المركزي (CNS) أو رضوحه أو أمراضه المعدية.

٣- الأدوية

٤- مرض الأوعية الدماغية.

٥- الاضطرابات المجموعية (systemic disorders):

أ) سُمي، استقلابي.

ب) معدية.

ج) بيئية.

إن من الفطنة أن نفكر في أسباب العنف على أنها تضافر عدة أسباب، بدلاً من اختزالها في سبب واحد فقط. وعلاج الأسباب الدفينة أمر مهم دائماً، لكنه في بعض المواقف غير ممكن. فالمرض الرئيس قد يكون مزمنًا، أو أن يكون المريض هائجًا أساسًا، فلا يسمح بالفحص الطبي من البداية. ويوافق كثير من الباحثين على أن أفضل مؤشر على العنف المستقبلي في المرضى النفسيين، هو وجود العنف في الماضي، خصوصاً الماضي القريب. إن حالات الإثارة الشديدة، بما فيها الخوف، أو الغضب، أو التخليط، أو الإذلال؛ قد تكمن وراء العدوان والعنف.

اتخاذ القرار الطبي والعلاج

الخطوة التالية هي محاولات تهدئة حالة الهياج بوسائل سلمية غير عنيفة. فليس من المفضل أن تُسارع بحقن المريض بمضادات الذهان بوضعه تدخلاً أولياً. ويجب أن تنتبه للغة جسدك، فالذراعان المتصالبان، أو الأيدي المشبكة للخلف؛ يمكن أن يراها المريض على أنها تهديد. كن بعيداً عن مرمى ذراع المريض. وتجنّب تحدي المريض، وذلك بمحاولة تصحيح اختبار الخاطئ للواقع. كما أن الأسئلة المفتوحة قد تدعو المريض للاسترسال في الكلام العقيم، ورمي المسؤولية على الآخرين، والاجترار المصحوب بالتضمين المفرط، والريبة (مثلاً: "أنت تحاول أن تتسلل لرأسي - ماذا تعني بهذا السؤال؟")

حاول أن تجعل الأسئلة موجهة لنقطة محددة؛ لكي تحصل على معلومات كبيرة قدر المستطاع عن مشيرات، مثل الأزمات الاجتماعية. وإذا تحققت التحالف العلاجي، فعليك أن تُدعمه بإعطاء المريض إحساساً بالضبط والتحكم الذاتي، وذلك بتقديم خيارات بشأن تحليلات البول للمواد المحظورة، أو تحليلات الدم. فقط عندما تفشل الوسائل غير العنيفة، عندئذٍ يمكن النظر في "إخضاع" المريض، وذلك بعزل المريض أو تربيته؛ من أجل إعطائه الدواء بالإكراه. وهذا أمر سيء؛ لأنه ينزع الحرية والقدرة على التحكم في الذات من

المريض. وفي كل الأحوال، ينبغي أن تتبع مذهب "قدر الاستطاعة استخدم أقل الطرائق تقييداً لحرية المريض". فإذا اختار المريض أن يتناول دواء مهدئاً عن طريق الفم، بدلاً من الحقن، فإن هذا الاختيار يجب أن يُحترم، مادام أنه لا يوجد سبب طبي يمنع من ذلك.

أحياناً لا نحتاج إلا لاستعراض القوة فقط؛ لإقناع المريض أنه سيُهزم إذا حارب أو استخدم العنف. ويشمل هذا تجميع خمسة أشخاص على الأقل لمواجهة المريض بشكل غير عنيف؛ ليدرك استحالة مواجهته لكل هؤلاء.

العلاج الدوائي النفسي للمريض الهائج العنيف

لا يوجد دواء معين مُعتمد من هيئة الغذاء والدواء الأمريكية FDA لعلاج الهياج والسلوك العدواني. والأدوية التي يُنصح باختيارها، هي "الهالوبيريدول" و"اللورازيبام"، سواء باستخدامهما بشكل فردي أو بدمجهما سوياً.

والدروبيريدول (Droperidol) هو الآخر دواء فعال جداً، رغم التحذير الحديث لهيئة FDA من استخدامه، لعلاقته بمحصول اضطرابات النظم القلبية، وحدوث وفيات مفاجئة بعد استخدامه. وبالطبع فإن أول سؤال يجب أن تسأله قبل إعطاء أي مهدئات يكون كالاتي:

• هل يوجد لدى المريض أي موانع استعمال نسبية أو مطلقة لأدوية محددة، بسبب أمراض طبية عامة معروف وجودها لدى المريض (أمراض القلب، أو الرئة، أو الكلى، أو الكبد)؟

• هل لدى المريض أي حساسية أو تحسسات ذاتية مهددة للحياة من أي نوع من الأدوية؟

إن لمضادات الذهان غالباً القدرة على السيطرة والتحكم في السلوك العنيف للمريض، بصرف النظر عن سببه. والهالوبيريدول هو أكثر هذه العناصر التي تم دراستها، لكن بعض الأطباء يفضلون الحقن العضلي بالكلوربرومازين (chlorpromazine)، خصوصاً إذا لم يستجب المريض للهالوبيريدول. ومع ذلك، فمن المختلف عليه طبيّاً، إذا كان علاج الهياج بالهالوبيريدول بمفرده مفيداً مع مريض عنيف بالأساس، بسبب صفات شخصيته المعادية للمجتمع. فإن الشخص الغاضب المعادي للمجتمع، قد يحتاج إلى جرعة أو أكثر (نادراً أكثر من ٣ جرعات) من اللورازيبام، سواء بالحقن، أو عن طريق الفم. ويهدأ المريض غالباً خلال دقائق، ويصاحبه كذلك عدم تذكر لما حدث. ولا يُعرف مدى فعالية هذه الأدوية للعنف المصاحب لاضطراب الشخصية الحدية. ومن المحتمل أن تؤدي الجرعات القليلة من البنزوديازيبينات إلى الانفعالات (disinhibition) السلوكي لدى مرضى اضطرابات الشخصية.

وتشير الدراسات المقارنة لمرضى الفصام، والهوس، واضطراب الفصام الوجداني إلى أن مزج الدوائين هالوبيريدول و لورازيبام أكثر فاعلية من استخدام أي من الدوائين بمفرده.

يشار لـ "التهدئة السريعة" في الكتابات الطبية بتوصيات مختلفة بخصوص جدول الجرعات. وأحد الأنظمة المقترحة ترى حقن "الهالوبيريدول" ٥ ميلي غرام بالعضل مُركّزاً كل ثلاثين دقيقة؛ حتى يهدأ المريض، لكن بشرط أن يبقى يقظاً. وتنادي نظم أخرى بزيادة (غالباً / مضاعفة) جرعات هذا الدواء كل عشرين أو ثلاثين دقيقة، حتى يهدأ المريض، أو حتى يتم بلوغ الجرعات الإجمالية لرقم محدد، وبعدها يتم اللجوء لنظام تبادلي لمزيج من "الهالوبيريدول" و"اللورازيبام". وهناك نظام آخر يقدم ٥ مجم من الهالوبيريدول و ٢ مجم من اللورازيبام معاً كحقن مركّزة بالعضل كل ساعة، حتى الوصول لنقطة معينة.

وبصرف النظر عن فترة إعطاء الجرعات، فإن الدراسات أظهرت أنه من الأمان إعطاء حتى كمية ٤٠ مجم من الهالوبيريدول بالعضل (يساوي ٨٠ مجم بالفم) في سبع ساعات، و ٢٤ مجم من اللورازيبام يومياً. ومن المهم أن نعلم، أن دراسات تحديد الجرعات لم تُثبت بشكل جلي، أن جرعات أكثر من ١٠ مجم بالعضل (٢٠ مجم بالفم) من الهالوبيريدول، ستضيف مفعولاً أكثر. ومع ذلك، فإن هذه الجرعات ربما تزيد نسبة حدوث الآثار الجانبية بوصفها أعراضاً خارج السبيل الهرمي، مثل خلل التوتر، والذي يمكن علاجه باستخدام ٢ مجم من البنزوتروبين (benzotropine)، (ومن أصنافه التجارية، الكوجنتين "cogentin")، إما بالحقن بالعضل (زمن بدء المفعول ٢٠-٤٠ دقيقة)، أو بالوريد (زمن بدء المفعول ١ - ٢ دقيقة). كما يمكن توفير كميات من الكوجنتين لعلاج أعراض خارج السبيل الهرمي بجرعات ٢ مجم بالفم أو بالحقن العضلي كل ٤ ساعات عند الحاجة.

وعموماً فإن الهياج المصاحب لاضطراب الهذيان يستجيب للعلاج الأحادي من مضادات الذهان، وإن "الهالوبيريدول" هو العنصر الذي قد اعتاد عليه الأطباء بشكل أكبر، كما أن الدراسات الطبية أشارت إلى كفاءته في هذا الصدد. إن محاولة علاج هذا المرض باستخدام "البنزوديازيبينات" بمفردها، عادة ما يؤدي إلى تفاقم الهذيان، إلا في حالة الهذيان المصاحب لسحب الكحول أو "البنزوديازيبينات".

ومع مرضى الهذيان، يرى أحد النظم العلاجية زيادة (عادة، مضاعفة) جرعات "الهالوبيريدول" كل ٢٠ أو ٣٠ دقيقة، حتى يهدأ المريض، أو إلى بلوغ الجرعات الإجمالية لرقم محدد. وفي المرضى الطبيين يفضل البداية بجرعة من ١ إلى ٢ مجم، ومع ذلك فإن هذه الإستراتيجية هي الأخرى تزيد من خطر الآثار الجانبية التي تشمل أعراضاً خارج السبيل الهرمي، والمتلازمة الحبيثة للدواء المضاد للذهان.

وقد حذرت هيئة الـ FDA مؤخراً بما يسمى "تحذير الصندوق الأسود" (black box warning) من أنه يمكن حدوث وفيات ناتجة عن مشاكل في القلب، وذلك عند استخدام جرعات علاجية عادية من "الدروبيريدول". وقد قلّص هذا التحذير من استخدام هذا العنصر في غرف الطوارئ، وعنابر المستشفيات التي ينقصها قدرات مراقبة الأزمات القلبية. ولقد استعرض مولينز "Mullins" وآخرون هذا الموضوع في عدد يناير ٢٠٠٤ من المجلة الأمريكية

لطب الطوارئ ، وكذلك استعرضت شالي "Shale" وآخرون هذا الموضوع في عدد مايو ٢٠٠٣ لمجلة الطب النفسي الإكلينيكي . وقد توصلوا إلى أن وفيات القلب نادرة عند جرعات ٢.٥ مجم أو أقل ، وأن إجراء مخطط كهربية القلب EKG يبدو غير ضروري ، وأنها طريقة فعالة للغاية وآمنة لعلاج مرضى الهياج الشديد أو المريض العنيف ، شرط أن يتم إعطاء الدواء بجرعات ٥ مجم حقناً بالعضل (سواء مع اللورازيبام أو بدونه). ونظراً لأن حقنه بالعضل يؤدي لامتناعه بسرعة مشابهة للحقن الوريدي ، فإن الطريقة الأخيرة لا تقدّم ميزة كبيرة (3)، (4).

وطبقاً لتحذيرات هيئة الـ FDA بخصوص "دروبيدول" ، فإن سياسة عيادات ومستشفيات الرعاية الصحية بجامعة أيوا (Iowa) واللجان الفرعية التابعة لها ، فإن EKG يجب إجراؤها قبل تناول "الدروبيدول" ، وبعد مدة ساعتين أو ثلاث ساعات بعد إعطاء الجرعة. ولذا فإن استخدام الدروبيدول ، قد تم تقييده للوحدات التي وفّرت بروتوكولاً ينظم استعماله ، مثل وحدات العناية المركزة التي تتوفر فيها أجهزة مراقبة لحالة القلب.

وفي كثير من الحالات ، فإن النتيجة العملية لهذه السياسة ، تتمثل في التقليل الشديد من استعمال الدروبيدول. وقد لوحظ كذلك حدوث انخفاض لضغط الدم الانتصابي (نظراً لحصاره لمستقبلات الألفا الأدرينية) ، وأيضاً تمديد الدروبيدول لفترة QT المصححة ؛ مما قد يؤدي لاختلال النظم البطيني (TdP). وقد يحدث هذا التأثير الأخير مع الجرعات العالية للهلاليبيدول ، عندما يحقن وريدياً (رغم عدم وجود تحذير الصندوق الأسود له حتى الآن) ، وكذلك الثيوريدازين (thioridazine) (والذي يحمل تحذير الصندوق الأسود). أما الزيبرازيدون (ziprazidone) فلا يحمل (تحذير الصندوق الأسود) ، رغم أنه من المحتمل أن يطيل فترة QT. وقد يحدث هذا أكثر إذا ما كانت القيمة القاعدية لـ QT المصححة تتجاوز ٤٥٠ ملي ثانية طويلاً ، ولذا ينبغي فحص القيمة القاعدية لـ EKG إذا ما كانت متوفرة.

وقد تم اعتماد الزيبرازيدون ، الذي يُعطى عن طريق الحقن في العضل ، لعلاج حالات الهياج الحاد الذي يصاحب اضطراب الفصام ، وكذا الأولانزابين ، الذي يُعطى عن طريق الحقن في العضل لعلاج حالات الهياج الحاد ، الذي يصاحب اضطراب الفصام ، وهوس الاضطراب ثنائي القطب. ورغم فاعلية "الأولانزابين والزيبرازيدون" ، لكن استخدامهما قد يتعسّر في المواقف الطارئة ؛ بسبب الوقت الإضافي المطلوب لاستنشاء المركب. ويمكن تقليل هذه الإشكالية ، إذا ما درّب أعضاء صيدلية المستشفى ممرضات جناح الطب النفسي على عمل بروتوكول استنشاء المركب بأنفسهن ، دون الحاجة لمساعدة صيدلية المستشفى التي قد تتأخّر في الوصول. والأولانزابين متوفر على شكل حقن عضلية.

لقد أظهرت التجارب الإكلينيكية على الأولانزابين والزيبرازيدون اللذين يُعطيان عن طريق العضل ، أن هذه العناصر أكثر فاعلية من الغُفل "placebo" في علاج الهياج الحاد ، الذي يُصاحب الفصام ، أو هوس الاضطراب

ثنائي القطب ، وأن فاعلية الدوائين كانت سريعة (٥-٧). وقد ألححت بعض الدراسات إلى تفوق هذين الدوائين في الفعالية وسرعة المفعول ، مقارنة بالهالوبيريديول المحقون بالعضل. وقد أظهرت تجربة ذات شواهد مزدوجة التعمية (double-blind controlled trial) ، أن استخدام الزيبرازيدون المحقون بالعضل لمدة ثلاثة أيام لعلاج حالة الهياج الحاد المصاحب لاضطراب الفصام ، كان أكثر جدوى من استخدام الهالوبيريديول المحقون بالعضل (٨). وعلى النمط نفسه ، فقد أظهرت تجربة ذات شواهد مزدوجة التعمية ، أن استخدام الأولانزابين لعلاج حالة الهياج الحاد المصاحب لاضطراب الفصام أو هوس الاضطراب ثنائي القطب ، كان أكثر جدوى بعد ١٥ ، ٣٠ ، ٤٥ دقيقة من استخدامه ، مقارنة باستخدام الهالوبيريديول المحقون بالعضل. ولكن لم يكن هناك فرق في المفعول بين هذين الدوائين بعد ساعتين من استعمالهما (٧).

إن المعدل القليل جداً للأعراض الجانبية ، كخلل التوتر ، والآثار الخارج سبيل الهرمية الأخرى ، وعدم وجود تطويل لفترة QTC مع الزيبرازيدون والأولانزابين عند حقنهما عضلياً ؛ كان مطمئناً ومحفزاً لاستعمالهما (٥ - ٧).

وفيما يلي سنفصل الكلام حول النظام الأمثل للجرعات بشأن هذين الدوائين :

- الزيبرازيدون : ٢٠ مجم بالعضل (جرعة مفضلة) كل أربع ساعات عند الحاجة ، والحد الأقصى للجرعة ٤٠ مجم كل ٢٤ ساعة. وفي كبار السن يجب البدء بـ ١٠ ملجم بالعضل.
- الأولانزابين : ١٠ مجم كل ساعتين عند الحاجة - والحد الأقصى للجرعات ٣٠ مجم كل ٢٤ ساعة.

المراجع References

1. De Becker G. The gift of fear: survival signals that protect us from violence. 1st ed. Boston: Little, Brown; 1997. p. viii, 334.
2. Gladwell M. Blink: the power of thinking without thinking. 1st ed. New York: Little, Brown and Co; 2005. p. viii, 277.
3. Mullins M, Van Zwieten K, Blunt JR. Unexpected cardiovascular deaths are rare with therapeutic doses of droperidol. Am J Emerg Med. 2004;22(1):27-8.
4. Shale JH, Shale CM, Mastin WD. A review of the safety and efficacy of droperidol for the rapid sedation of severely agitated and violent patients. J Clin Psychiatry. 2003; 64(5):500-5.
5. Daniel DG, Zimbr off DL, Swift RH, Harrigan EP. The tolerability of intramuscular ziprasidone and haloperidol treatment and the transition to oral therapy. Int Clin Psychopharmacol. 2004;19(1):9-15.
6. Meehan K, Zhang F, David S, et al. A double-blind, randomized comparison of the efficacy and safety of intramuscular injections of olanzapine, lorazepam, or placebo in treating acutely agitated patients diagnosed with bipolar mania. J Clin Psychopharmacol. 2001;21(4):389-97.
7. Wright P, Birkett M, David SR, et al. Double-blind, placebo-controlled comparison of intramuscular olanzapine and intramuscular haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. Am J Psychiatry. 2001;158(7):1149-51.
8. Brookes G, Ahmed AG. Pharmacological treatments for psychosis-related polydipsia. Cochrane Database of Syst Rev. 2002(3):CD003544.