

Neklid

Stav, u kterého je psychomotorická aktivita jedince zvýšená a provázená pocity napětí, na jejichž potlačení se musí vynakládat velké množství úsilí. Na podkladu jsou emoce **strachu, úzkosti, obav, vzteku, rezonance, mánie**. Stav neklidu překáží optimální sociální interakci.

Pro vznik neklidu jsou důležité diencefalické oblasti (zejména amygdala) a hypotalamus aktivující sympatický autonomní nervový systém. Mozková kůra aktivitu těchto oblastí modifikuje. Má velký potenciál narůstající tenzi tlumit, ale záleží na druhu signálu (myšlenek a informací), který sem posílá.

Motivovaný fyziologicky (karence, ohrožení), **psychologicky** (frustrace zájmů a potřeb). Po naplnění potřeby, nebo odeznění ohrožujícího podnětu neklid končí. Pokud toto nelze jednoduše splnit a situace vyžaduje změnu životních stereotypů, může pokračovat do patologického rozmezí.

Motivovaný patologicky (na podkladě psychopatologického procesu, duševní poruchy)

Nemotivovaný (při porušené luciditě vědomí)

Trvalý sklon k neklidu můžeme pozorovat u některých poruch osobností a vývojových poruch.

Krátkodobé neklidy (abnormní reakce):

- impulzivní reakce
- raptus (často spojen s agresí)
- pudové reakce
- abnormní emoční reakce (patický afekt, patické vášně, nezvládnutý afekt, anxiózní raptus)
- účelové reakce
- zkratkové reakce
- obsedantní reakce
- paranoidní reakce
- depresivní reakce
- frenoleptické stavy
- toxikomanické reakce (při silném bažení)

Dlouhodobé neklidy:

- **Vnitřní neklid** - pocity napětí a nepokoje se stornovanou motorickou odezvou (na toto potlačení postižený vynakládá značné úsilí) Časté u anxiózních, depresivních, paranoidních a jiných syndromů. Výrazný bývá u abstinčního syndromu, nebo arteficiálně navozen intoxikací stimulanty.
- **Psychomotorický nepokoj** - vnitřní neklid již s motorickou odezvou: postižený popochází, neobsedí, je sice přístupný domluvě, ale není schopen situaci dlouhodobě zvládat. Časté v incipientních stádiích mnoha psychických poruch. Při stupňované intenzitě do psychomotorického **rozrušení** je vhodný farmakologický zásah.
- **Agitovanost** - vystupňování neklidu do nekontrolovatelného jednání, často do **agrese** zaměřené vůči sobě nebo okolí. Postižený není přístupný domluvě. Nelze zvládat jinak než medikamenty a někdy fyzickým omezením. Aby nedošlo k tomuto vývoji neklidu, je nutno včas zasáhnout.

Kontakt s neklidným pacientem

Neklid u pacienta může vzniknout z různých důvodů (např. z psychotické motivace: pacient je bludně přesvědčen, že mu chceme ublížit, nebo intoxikace návykovou látkou, nedobrovolné přijetí, vysoká úzkost, intenzivní emoční prožitek, delirium...) v kontaktu s pacientem musíme zhodnotit z jakého důvodu neklid vznikl, do jaké míry je možné s pacientem navázat adekvátní kontakt a deeskalovat neklid slovně.

Pravidla kontaktu s neklidným pacientem:

• Zachování bezpečí

- Ještě před kontaktem si zajistíme co možná nejvíce informací o situaci abychom se v ní mohli rychle zorientovat a adekvátně reagovat.
- V místnosti jsme blíže dveřím než pacient, necháváme pootevřené dveře. Ostatní personál o nás ví a v případě potřeby může ihned zasáhnout.
- Nepřístupujeme k pacientovi příliš blízko (respektujeme jeho osobní prostor, abychom nestimulovali jeho pocit ohrožení ale i zajistili dostatečné bezpečí pro nás)
- Pacienta usadíme naproti sobě, pokud tam je stůl, neměli by být na něm těžké předměty (hrníčky etc.)
- Vyhýbáme se upřenému očnímu kontaktu, oční kontakt vyjadřuje zájem, ale nedoporučuje se déle, než 6 vteřin.

• Obecné zásady

- Náš projev je klidný a rozvážný, hlas je jistý, spíše hlouběji položený, udržujeme formální odstup, vyvarujeme se familiárnosti, ve zvýšené míře dbáme na vyjádření respektujícího přístupu a zachování důstojnosti. Vyvarujeme se takových dotazů a jednání které by mohly vést k pocitu ponížení. Jednáme transparentně. Mluvíme jasně a k věci, nepoužíváme dlouhé věty a odborné výrazy.
- Odhaduje se, že 50 % komunikace zaujímá neverbální složka, 40 % tón hlasu a jenom 10 % verbální složka
- k pacientovi přistupujeme ze strany, ne konfrontačně proti němu, ruce máme otevřené, tak kde je na ně vidět, (ne konfrontačně v bok, ani defenzivně zkřížené na prsou, ani v kapsách)
- Hned zpočátku se pacientovi představíme a obeznámíme ho s naší rolí, obeznámíme ho se situací, co se s ním děje a co se bude dít dál. (Např.: *“Dobrý den pane Nováku, já jsem..., jsem psychiatr, přišel jste k vyšetření, můžeme si spolu krátce promluvit?”* Nebo když jsme přivoláni k tenznímu pacientovi na oddělení, *“...rád bych se o problému dověděl více, můžete mi prosím říci, co se stalo?”*.)
- pacientovi věnujeme plnou pozornost

Při vnitřním neklidu a psychomotorickém nepokoji:

- K pacientovi nepřístupujeme blíže než 1,2 metru (asi 2 paže).
- Vyjádříme že vidíme, že rozumíme závažnosti situace, validujeme co pacient prožívá (*“Vidím, že jste ve velkém napětí, že jste rozrušený”*)
- Pokud je pacient otevřen k slovnímu vyjádření obtíží, trpělivě vyslechneme, než začneme jednat, necháváme volný prostor k vyjádření emocí, dáváme mu najevo, že rozumíme jeho situaci, (*“Každému by to vadilo, chápu že jste rozčilený/že máte strach”* – emoce nazýváme pouze pokud je pacient sám použije, nebo je implikuje, nevnučujeme mu je).
- Cílem je identifikace přání a potřeb. Dáváme najevo, že je slyšíme i když není vždy možno jim vyhovět.

- Pacientovy hodnotící soudy a osobní útoky (Je to tady hrozné, co si ke mně dovolujete, je to tady jak ve vězení) není nutné komentovat ani se proti nim ohrazovat. Pacienta nekonfrontujeme, netlačíme na něho, nabízíme řešení. (co nyní nejvíce potřebujete abyste se zde cítil lépe/ bezpečněji/ klidněji? Přál byste si lék na uklidnění? Nebo Vážně si myslím, že by Vám nyní pomohl lék na zklidnění)

Vyhýbáme se dotekům, je-li potřeba dotek, vždy o tom pacienta předem informujeme.

Známky agresí bezprostředně předcházející: proud řeči náhle ustane; ukončení očního kontaktu; ruce se sevřou v pěst; nemocný naváže upřený pohled; dochází k nezvyklému přibližování. Primární reakce by měla být defenzivní a měly by být zahájeny okamžitě kroky k zajištění vlastního bezpečí.

Při verbální agresii, velké agitovanosti, agresii vůči věcem:

Popisujeme co se děje (Nyní na mne křičíte, nelíbí se mi to, jste asi hodně rozrušen. To, jak kopete do dveří mne zneklidňuje.) Dáváme najevo, že chápeme pacientovy pocity, ale zároveň, že jeho chování není akceptováno (Útok je lepší, než kdybyste to vzdával, ale zvažte zda chcete útočit na lidi, kteří se Vám snaží pomoci). K pacientovi přistupujeme spíše ze strany, než konfrontačně ze předu, do vzdálenosti asi 1,8 metru (3 paže)

> V případě eskalace do brachiální agrese, volíme buď zakročení, nebo útěk (bezpečí zdravotníka je na prvním místě) Na pacifikaci agrese a omezení pacienta je vždy nutné zachovat co největší míru bezpečí pro pacienta a personál. Doporučuje se 5 členů personálu na 1 agresivního pacienta. Volíme farmakologické zklidnění a omezovací prostředky (manuální fixace, popruhy, izolační místnost) Snažíme se zachovat takovou míru autonomie pacienta jakou situace dovoluje. (Nejste v dobrém stavu, nic nepomáhá, Dáme Vám nyní lék na zklidnění, preferujete užít tabletu/kapky, nebo injekci?)

From:

<https://imagined.site/uni/ppa/> - **Psychiatrie pro adiktology**

Permanent link:

<https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=neklid&rev=1731936879>

Last update: **2024/11/18 13:34**

