

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 iniciálních 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 (třeba z důvodu tělesného vyšetření), vždy o tom pacienta předem informujeme.
- vyjadřujeme souhlas s tím, s čím můžeme, vždy verbalizujeme na čem se můžeme shodnout, vyjednáváme o tom na čem se neshodujeme.
- Vždy se můžeme shodnout minimálně na tom, že se nyní neshodneme.

Známky bezprostředně předcházející agresi:

- proud řeči náhle ustane
- ukončení očního kontaktu
- ruce se sevrou v pěst
- nemocný naváže upřený pohled
- dochází k nezvyklému přiblížování
- Primární reakce by měla být defenzivní a měly by být zahájeny okamžitě kroky k zajištění vlastního bezpečí.

Při verbální agresi, velké agitovanosti, agresi vůči věcem:

- K pacientovi přistupujeme spíše ze strany, než konfrontačně ze předu, nebo plíživě zezadu, do max. vzdálenosti asi 1,8 metru (3 paže)
- jsme asertivní
- Popisujeme co se děje, mluvíme o svých pocitech (*“Nelíbí se mi to, jak na mně nyní křičíte, 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”*).



Snaha o apel na racionalitu funguje pouze v případě, že má pacient bazální uvědomování si toho, co se děje a co dělá: má **zachovaný kontakt s realitou**. Třeba u impulzivní, hraniční osobnosti, mírné intoxikace, velké úzkosti.

Naopak racionální konfrontace má minimální efekt u agrese v důsledku floridní psychózy, psychotické mánie, těžší intoxikace NL, nebo delirantního stavu.

Eskalace do brachiální agrese

- Volíme buď zakročení, nebo útěk (bezpečí zdravotníka je na prvním místě)
- Na zakročení: **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?”*)

zdroj [Deeskalace ČaSP](#)

From:

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

Permanent link:

<https://imagined.site/uni/ppa/doku.php?id=neklid&rev=1732109674>

Last update: **2024/11/20 13:34**

