

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 totiž 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 osobnosti 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 odevzou (na toto potlačení postižený vynakládá značné úsilí) Časté u anxiózních, depresivních, paranoidních a jiných syndromů. Výrazný bývá u abstinenčního syndromu, nebo arteficiálně navozen intoxikací stimulancií.
- **Psychomotorický nepokoj** - vnitřní neklid již s motorickou odevzou: postižený popochází, neobsedí, je sice přístupný domluvě, ale není schopen situaci dlouhodobě zvládat. Časté v inciálních 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 deescalovat 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.
- Nepřistupujeme 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, "...rám 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 nepřistupujeme 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 muajevo, že rozumíme jeho situaci, ("Každému by to vadilo, chápu že jste rozčílený/že máte strach" - emoce nazýváme pouze pokud je pacient sám použije, nebo je implikuje, nevnucujeme 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 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 agresi, velké agitovanosti, agresi vůči věcem:

- K pacientovi přistupujeme spíše ze strany, než konfrontačně ze předu, nebo plíživě ze zadu, do max. vzdálenosti asi 1,8 metru (3 paže)
- jsme asertivní
- Popisujeme co se děje, mluvíme o svých pocitech ("Nelibí se mi to, jak na mně nyní křičíte, jste asi hodně rozrušení." "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 těžké floridní psychózy, těžké 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=1732614477>

Last update: **2024/11/26 09:47**