

Tereza Uhrová^{1,2)}, Jan Vevera^{2,3)}

¹⁾ Neurologická klinika I.LF UK a VFN, Praha

²⁾ Psychiatrická klinika I.KF UK a VFN, Praha

³⁾ 7.Polní nemocnice AČR, Hradec Králové

Akutní neklid a agresivita u staršího pacienta s demencí

Výskyt násilného chování

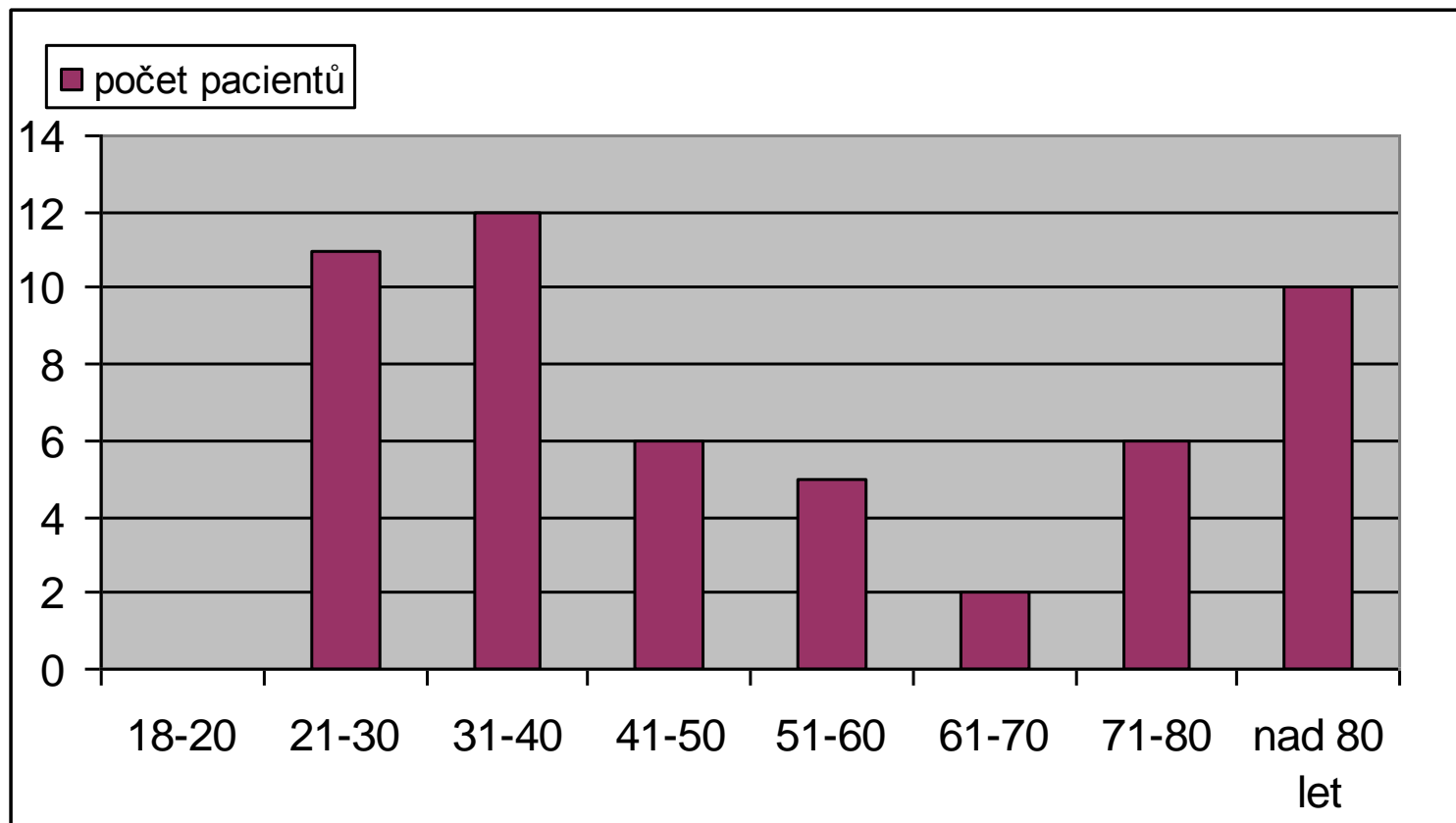
- Snížená kontrola impulsivního chování vlivem neuropsychiatrického deficitu
- Organizace a zařízení psychiatrického oddělení
- Intoxikace a závislost
- Základní psychická porucha (psychotická, afektivní)
- Poruchy osobnosti
- Mentální retardace
- Bolest a frustrace
- Příslušnost ke skupině s násilným programem

Výskyt násilného chování

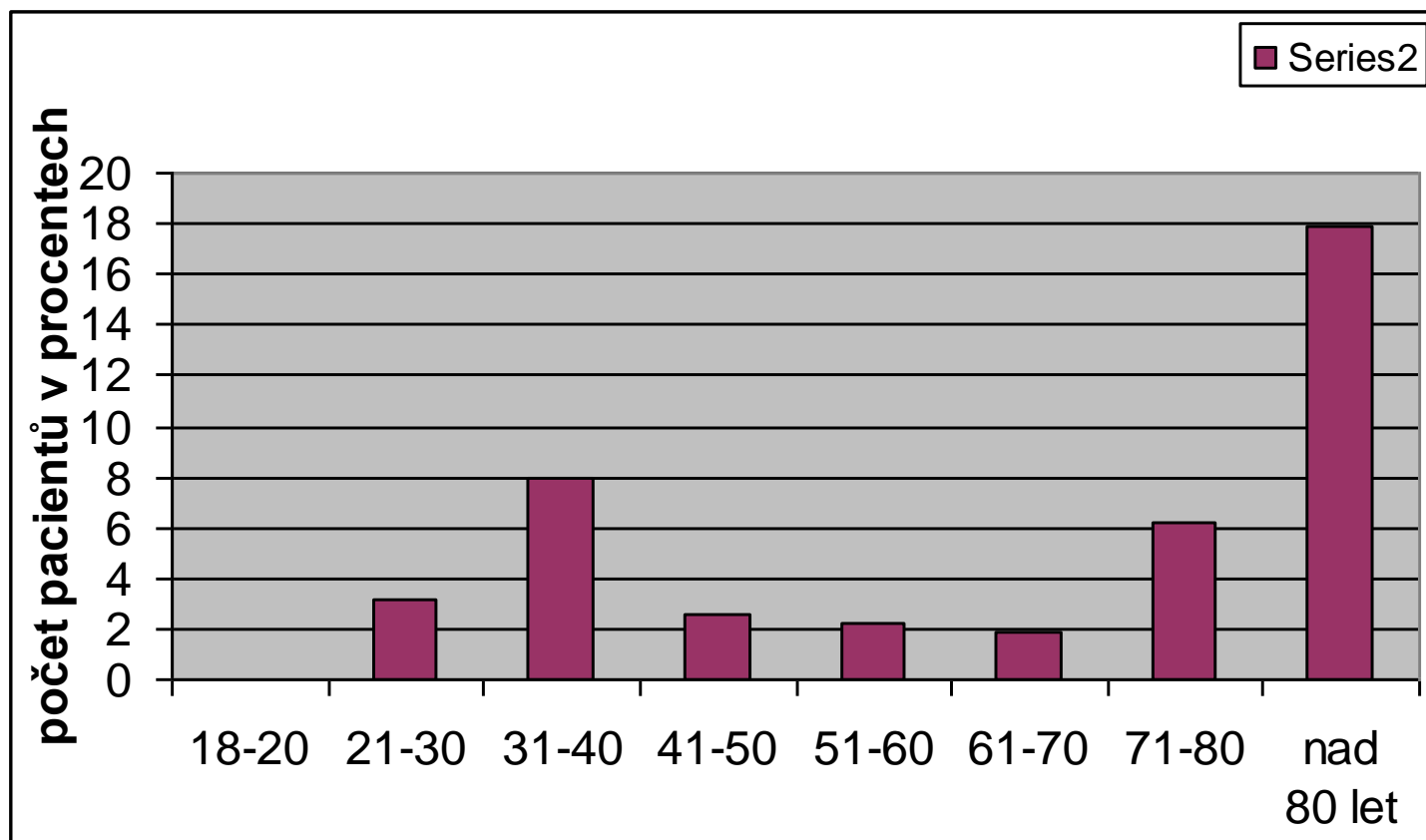
- Největšího počtu útoků na personál psychiatrických zařízení se dopustí pacienti mladší třiceti let nebo **starší sedmdesáti let.**

Hodgkinson M.: 1985

Výskyt násilného chování na PK podle věkových skupin: absolutní čísla



Relativní četnost výskytu násilného chování na PK podle věkových skupin



Organické postižení CNS

- Nejčastěji: agitace a násilné chování
= součást hyperaktivních delirií
- Agresivita v rámci tzv. behaviorálních a psychologických příznaků demence
 - u AN častější sklon k agresivitě
 - u jiných (hl.vaskulárních) sklon k agresivitě ↓
 - další organické změny (kontuze mozku atd.) –
neschopnost kontrolovat své jednání, sklon
k impulzivitě

Organické postižení CNS

Delirium

= nespecifická odpověď na různé noxy somatického a intoxikačního charakteru

Klinika = současná porucha:

- vědomí a pozornosti
- vnímání a myšlení
(globální por.poznávání a chápání;
por.abstrakce; inkoherence;
halucinace; desorientace)
- paměti
(okamžité zapamatování,
krátkodobá paměť)
- psychomotoriky (↑↓)
- emocí
(úzkost, iritabilita, deprese...)
- cyklu spánek-bdění
⇒ poruchy chování

Průběh:

- stav přechodný
- intenzita kolísavá
- rychlý začátek
- trvání max.6 měsíců

Etiologie:

- organické faktory (tu, traumata, demence...)
- somatogenní faktory (metabolické por., iontový rozvrat, hypoglykémie...)
- infekce
- intoxikace (návykové látky, farmaka)
- poruchy adaptace

Organické postižení CNS

BPSD

Behaviorální symptomy

Dg.: observace

- agresivita
- křik
- neklid, agitace
- toulání
- sociálně nevhodné chování
- sexuální desinhibice
- hromadění věcí

Psychologické symptomy

Dg.: explorace pac. a rodiny

- úzkost
- poruchy nálady
- halucinace
- bludy
- paranoidita
- misidentifikace

Charakter násilného chování

Násilné chování u lidí s demencí je většinou **reaktivní a neplánované**

18% násilných atak proti pacientům

82% proti ošetřujícímu personálu

Ataky proti personálu

87% během osobní hygieny a oblékání

13% nebyla nalezena příčina

Bridges-Parlet S.: 1994

Příčiny

- Často může být agrese **reakcí na frustraci** (←překážka na cestě k cíli, znemožnění uspokojit nějakou potřebu - např. mám žízeň a nedosáhnu na pohár s vodou)
 - u nemocných často **snížená frustrační tolerance**
- Agrese může také často být důsledkem **negativní emoční bilance** (akumulace negativních emocí – nic mi nejde, jsem k ničenu) nebo jako důsledek **úzkosti, pocitů ohrožení, pocitů znehodnocení**

Příčiny II

- Častou příčinou agresivního chování může být:
 - **únava**
 - jakákoliv **změna**
 - časová (např. později se jí, dříve se vstává)
 - prostorová (přestavění nábytku, jiný zasedací pořádek...)
 - návštěva, **přítomnost více lidí**
 - zvýšená **hladina hluku**
 - změna **našeho chování**, které pacient nerozumí a nedovede si ji vysvětlit

Prevence

Agresivnímu chování je nejlépe **předcházet**:

- **Dostatek klidu a odpočinku**

- **Eliminace či redukce změn**

→ **Pravidelný denní režim!**

- Všítat si **změn v chování** pacienta, které mohou signalizovat blížící se agresivní reakci

→ pokusit se o **odklon pozornosti**

→ poskytnout **oddechový čas** ke zklidnění

→ při zvládnutí situace vždy **pochválit, ocenit**

- Vyvarovat se komunikačních chyb

- **Neomezit komunikaci na příkazy a kontrolu**

„Příprava“

- Během kontaktu s agitovaným pacientem dodržovat následující pravidla:
 - 1) Nikdy nebýt sám s pacientem v uzavřené místnosti
 - 2) Sedět vždy blíže ke dveřím s možností úniku
 - 3) Odstranit z dosahu pacienta nebezpečné předměty jako popelníky, těžítka
 - 4) Dodržovat bezpečnou vzdálenost – delší než délka natažené paže
- Pokud chování má charakter trestné činnosti či nebo s sebou nese značné riziko, kontaktovat policii
- Při vystupňování neklidu ukončit hovor

Časná intervence

- Navázání verbálního kontaktu - verbální zklidnění
- Vyjádření empatie
- V počátečních stádiích často reakce na pocity zmatenosti, které pacienta pohlcují
 - redukce stimulů a
 - důraz na formu sdělení (klidné a přátelské vystupování)
- Poskytnout prostor k tomu, aby pacient mohl verbálně vyjádřit své myšlenky a pocity

Verbální kontakt

- Slovní sdělení by mělo být **maximálně jednoduché, srozumitelné a jednoznačné**
- **Oslovovat pacienta jménem**
(osobnější ráz, projev respektu)
- Hovoříme tichým, klidným hlasem
- **Vysvětlujeme**, co a proč děláme, nabízíme možné změny a alternativní řešení
- Nenutíme pacienta k zásadním rozhodnutím
- **Nevyvracíme přímo poruchy myšlení a vnímání**

Nonverbální komunikace

- Kontrolujeme vlastní neverbální signály.
- **Vyvarujeme se prudkých gest a pohybů.**
- **Vyhýbáme se naléhavosti a konfrontačnímu přístupu.**
- Citlivým způsobem demonstrujeme fyzickou převahu – na blízku je dostatečné množství osob, které v případě nutnosti mohou fyzicky zakročit.
- Není důležité jen to co říkáme, ale také jak to říkáme - poruchy myšlení a paměti omezují možnosti nemocného porozumět obsahu, ale **vnímá naše emoční nastavení !**

Specifické farmakologické postupy

Výhodné rozlišení 4 základních typů chování:

- nepychotická agitovanost a násilné chování
 - akutní
 - perzistentní
- psychotická agitovanost a násilné chování
 - akutní
 - perzistentní

Léčba základní
příčiny deliria!

Agitovanost a násilné chování

Akutní
nepsychotické

Tiaprid
gtt/i.m.

AAP:
gtt/i.m.

Úzkost:
BZD p.o.
im, iv

Perzistentní
nepsychotické

tiaprid

melperon

AAP:
ZIP a QUET

BZD
krátkodobě
OXA, CLONA

**inhibitory
ACHE**

Akutní
psychotické

haloperidol,
melperon

AAP: OLA,
ZIP i.m.
CAVE!
OLA, RIS: ↑
CMP

Cave!
PN, LBD

Perzistentní
psychotické

melperon

AAP:
risperidon

OLA, ZIP,
QUET,
ZOT, CLO

Parkinsonova nemoc

- Psychóza – atypická AP (QUET, CLO), kognitiva
KAP = absolutní kontraindikace
← riziko akinetické krize, NMS
- Delirium
 1. **tiaprid** 100-200 mg pro dosis, 1200 mg pro die i.v./i.m
 2. posílení účinnosti / **jednorázová aplikace - BZD:**
 - clonazepam 1-2 mg pro dosis
 - diazepam 10-20 mg pro dosisi.v./i.m
 3. melperon 25-50 mg jednorázově

Mechanické omezení

- Použití omezovacích prostředků nebo aplikace léků proti vůli nemocného jen pokud pacient ohrožuje zjevně a aktuálně sebe nebo své okolí
- Většina psychiatrů by z omezovacích prostředků sama pro sebe v případě potřeby preferovala síťová lůžka.
- Při fyzickém zásahu platí pravidlo jedna osoba – jedna končetina a jedna osoba navíc.