

# TERAPIE AGRESIVITY A AKUTNÍHO NEKLIDU U DEMENTNÍCH PACIENTŮ

Tereza Uhrová, Jan Vevera  
Psychiatrická klinika I.LF UK,  
Praha

# DEFINICE

- **Násilí** ≠ dg. kategorie  
pouze typ chování spojeného s různou psychopatologií
- **Agitovanost**: stav, kdy dominuje špatně organizovaná a neúčelná PM aktivita vycházející z fyzické nebo duševní nepohody.
- **Verbální agrese**: agitovanost přeroste ve vyhrožování a urážky, nebo situace, kdy se tyto vyskytnou bez předchozí agitovanosti .
- Pokud se jedinec chová fyzicky agresivně = **násilné chování** ↔ výraz **agrese** má i pozitivní význam (fyziologická odpověď směřující k přežití organismu)
- **Násilné chování** je patologická agrese, jejímž smyslem je záměrně někoho poškodit.

# ETIOLOGIE NÁSILNÉHO CHOVÁNÍ

- **Snížená kontrola impulsivního chování vlivem neuropsychiatrického deficitu**
- Intoxikace a závislost
- Základní psychická porucha
- Poruchy osobnosti
- **Organizace a zařízení psychiatrického oddělení**

# VÝSKYT NÁSILNÉHO CHOVÁNÍ

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

Hodgkinson M.: 1985

# ORGANICKÉ POSTIŽENÍ CNS

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

# 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**

# PREVENCE II

- Vyhýbat se přeceňování ale i podceňování schopností nemocného
- Vyvarovat se komunikačních chyb, neomezit komunikaci na příkazy a kontrolu

# ČASNÁ INTERVENCE

- Navázání verbálního kontaktu - verbální zklidnění
- Vyjádření empatie
- Omezení zevních stimulů
- Poskytnout prostor k tomu aby pacient mohl verbálně vyjádřit své myšlenky a pocity
- Prezentace síly - další medicínský personál

# ZÁSADY KONTAKTU

- Prvním krokem: navázání verbálního kontaktu
- 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

# 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.

# VERBÁLNÍ KONTAKT

- Slovní sdělení maximálně jednoduché, srozumitelné a jednoznačné
- 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
- Poskytneme dostatečný prostor k vyjádření představ, myšlenek a pocitů pac.

# PRVNÍ PSYCHOLOGICKÁ POMOC

- Je možné normální vedení rozhovoru nebo je pozornost pac. natolik zúžená, emoční reakce mimo kontrolu a neklid takový, že je třeba jej nejprve zklidnit?
- **bývá podceňována u pacientů s organickou poruchou**
- v počátečních stádiích často reakce na pocity zmatenosti, které pacienta pohlcují
  - redukce stimulů a
  - důraz na formu sdělení (klidné a přátelské vystupování)

# FARMAKOLOGICKÉ OVLIVNĚNÍ

- Ideální = kauzální  
↔ většinou nelze
- abúzus návykových látek
- nežádoucí důsledek terapie
  - akatie po AP
  - amence po BZD a vasodilatanciích
  - hyperarousel po AD



# SPECIFICKÉ FARMAKOLOGICKÉ POSTUPY

Výhodné rozlišení 4 základních typů chování:

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

# 1) AKUTNÍ NEPSYCHOTICKÝ NEKLID A NÁSILÍ

- nejčastější u dementních pacientů
- Tiaprid gtt/parenter
- AP 2. generace gtt/parenter
- Doprovodná úzkostí: BZD p.o.  
(clorazepam, dikalium clorazepas),  
-při zhoršené spolupráci i parenterálně  
(clonazepam, midazolam)

## 2) CHRONICKÝ NEPSYCHOTICKÝ NEKLID

- Nejčastěji tiaprid
- Při selhání tiapridu melperon
- Při jeho selhání AAP – ziprasidon a quetiapin
- Dlouhodobé podávání BZD nevhodné, někdy u stavů s úzkostí krátkodobé podávání oxazepamu, clonazepamu

# Literární údaje

- Fluoxetin, redukce agitovanosti citalopramem
- beta blokátory - v praxi zřídka (↓ TK, ♥ dekomp.) ⇔ efektivnější než stabilizátory
- **inhibitory acetylcholinesteráz** nezlepšují u Alzheimerovy choroby pouze kognitivní funkce, ale také chování včetně redukce agresivity  
-v.s.těž memantin

# 3) AKUTNÍ PSYCHOTICKÝ NEKLID A NÁSILÍ

- Výskyt: demence s psychotickými příznaky, organické poruchy podobné SCH, psychózy přešlé do senia ze středního věku
- Akutní zklidnění:
  - haloperidol a melperon (není inj)
  - gtt pokud lze
  - nelze-li: parenterálně haloperidol –opakování jen při přetrvávajícím těžkém neklidu
- AP II.gen.: olanzapin nebo ziprasidon i.m.  
CAVE! OLA a RIS riziko ↑ výskytu CMP

## 4) CHRONICKÝ PSYCHOTICKÝ NEKLID A NÁSILÍ

- AP I.generace: melperon
- AP II.generace: risperidon  
při jeho neúspěchu olanzapin, ziprasidon,  
quetiapin, zotepin, clozapin (CAVE: OLA a  
RIS u demence)
- ↑↑ dávky valproátu i karbamazepinu →  
redukce agitace a násilí ↔ ↑↑ riziko než.  
účinků
- Betablokátory (↑↑ propranolol)

# INDIKACE BZD A AP

- **BZD – limitace:** možné snížení centrální acetylcholinergní aktivity → amnestické působení  
-rizikovější: s dlouhodobým účinkem (pomalejší metabolizace, ↑ sedace, ataxie, ↑ incidence pádů)
- **AP:** čím ↑ transmitterových systémů ovlivňují, tím ↑ pravděpodobnost než.úč.  
(blokáda acetylcholinergních receptorů - por.paměti,  $\alpha$ 1 adrenergních receptorů - riziko kolapsů, histaminových receptorů - riziko sedace)
- Pomalá titrace od nízkých dávek → akatizie může vyvolat vznik agitovanosti, neklidu či násilí

# INTRAMUSKULÁRNÍ APLIKACE

- Intramuskulární aplikace jak BZD, tak AP by měla být používána pouze u pacientů, u kterých **není možná léčba perorální** (např. při epileptickém záchvatu) nebo pokud pacienti opakovaně perorální léčbu odmítají.



# 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.