

Psychosociální urgency

**Jana
Šeblová**



Okruhy problémů z oblasti psychosociální

- ❑ psychózy („velká psychiatrie“)
 - ❑ deprese, její formy, presuicidální chování, tentamen suicidii
 - ❑ psychosomatické onemocnění, panické ataky, akutní reakce na stres... („malá psychiatrie“)
 - ❑ abúzus návykových látek
 - ❑ týrání dítěte, domácí násilí, týrání svěřené osoby
 - ❑ převažující sociální problematika – bezdomovectví, nezaměstnanost, kriminalita, menšiny, subkultury, přistěhovalci....
-

Klíčové úkoly v jednotlivých oblastech

- ❑ **komunikace**
 - ❑ **orientační diagnostika**
 - ❑ **vyhodnocení právní problematiky**
(otázka nedobrovolné hospitalizace, užití restriktivních prostředků, problém informovaného souhlasu v podmínkách problémového chování, zejména agrese, nebo pacienta pod vlivem návykových látek...)
 - ❑ **směrování** - využití všech možností zařízení psychosociální sítě
-

Komunikace, komunikační dovednosti, metody a prostředky zklidnění pacienta

- ZZS řeší většinou **náhle vzniklé problémové chování** (analogie dušnosti, bolestí na hrudi...)
 - problémové chování = poruchy nálady, myšlení, behaviorální znaky a symptomy
 - signály v chování v 97 % předcházejí vlastní agresi (stav napětí, fáze akutního rozčilení...) – nutno umět rozpoznat a psychologickými prostředky snížit napětí
 - zhodnocení rizik, predice a zvládnutí agrese
-



Signály prozící agrese









Komunikace, komunikační dovednosti, metody a prostředky zklidnění pacienta

Akutní neklid zahrnuje:

Výhružky

Násilí vůči jiným osobám

Ničení majetku

Emocionální reakce

Psychologickou tíseň

Aktivní sebepoškozování

Slovní výhrady

Halucinatorní chování

Ztráta zábran

Dezorientace, zmatené chování

Vypjatě přehnaná fyzická aktivita, psychomotorický neklid

Komunikace, komunikační dovednosti, metody a prostředky zklidnění pacienta

Rizika vzniku agrese:

- ❑ anamnéza auto- nebo heteroagrese
 - ❑ mladý muž
 - ❑ v anamnéze trestní stíhání, kriminální delikty
 - ❑ zneužívání návykových látek
 - ❑ antisociální, explozivní či impulzivní osobnostní rysy, nízká kontrola impulzů, afektivní labilita
 - ❑ malá spolupráce, odmítání komunikace, neverbální vyjadřování nepřátelských záměrů (zvýšená motorická aktivita, narušování osobního prostoru druhých, gesta, mimika, přecházení, neklid...)
-

Komunikace, komunikační dovednosti, metody a prostředky zklidnění pacienta

Rizika vzniku agrese (pokračování)

- příslušnost k subkultuře se sklony k násilí**
 - zátěžová událost v nedávné minulosti (např. ztráta blízké osoby)**
 - verbalizace výhružek, vychloubání se násilím spáchaným v minulosti**
 - vlastnění zbraně**
 - perezekuční bludy, halucinace s násilným obsahem, podezíravost, paranoidní myšlenkové obsahy**
-

Komunikace, komunikační dovednosti, metody a prostředky zklidnění pacienta

- zvyšování hlasu, provokování, útočný projev předchází pocity hněvu, strach, úzkost
 - nejčastější příčiny agrese:
 - subjektivní pocit ohrožení a strachu
 - pocity křivdy, bezpráví
 - zklamání v očekávání
 - kombinace zvýšené zátěže a zvýšené dráždivosti
 - prožitek ponížení
 - vztek na osud a přenesení tohoto vzteku na zdravotníky
 - pocit bezmoci
-

Komunikace, komunikační dovednosti, metody a prostředky zklidnění pacienta

Zvládání agrese psychologickou cestou:

4 hlavní zásady:

- 1. zachovat klid, nereagovat na provokování**
 - 2. nedávat impulzivní odpověď, pozorně vyslechnout obtíže pacienta**
 - 3. reflektovat sdělené informace („jestli tomu dobře rozumím, tak vás nejvíc trápí...“)**
 - 4. snažit se maximálně v mezích možností vyhovět nebo alespoň opakovaně vysvětlovat, proč to není možné**
-

Komunikace, komunikační dovednosti, metody a prostředky zklidnění pacienta

Součásti nonverbální komunikace:

Mimika – pohyby obličeje, výraz

Gestika – pohyby rukou

Haptika – dotyky

Proxemika (přiblížení a oddálení,
intimní zóna 40 cm)

Zásady zvládnutí náhle vzniklého neklidu

- bezpečná vzdálenost od pacienta, v dosahu únikového východu, dveří, užití poplašného zařízení
 - klidné chování, bez prudkých pohybů, nekonfrontační postoj, tón hlasu
 - klidná zřetelná jasná mluva
 - zapojíme pacienta do hovoru
-

Techniky deeskalace (zklidnění)

principy neverbální komunikace

- **nekonfrontační postoj těla**
 - **kontrola vlastních gest a postojů – nikoliv autoritativní nebo defenzivní**
 - **hovor ve stejné výšce (posadit se) – ale zvážit aktuálně hrozící riziko napadení – zranitelnější pozice**
 - **verbální a nonverbální signály musí být v souladu**
 - **udržování vzdálenosti cca 1 m (délka natažené paže), při slovní agresi zvětšíme až na trojnásobek**
 - **vyhneme se fyzickému kontaktu, i po zklidnění situace účelnost fyzického kontaktu zvážíme**
 - **stálý a dobrý oční kontakt**
-

Techniky deeskalace (zklidnění)

principy verbální komunikace

- **klidný jasný tón hlasu, plynulá komunikace**
 - **v počátečních fázích jednoduché příkazy a jasně formulovaná vyjádření**
 - **nereagujeme na slovní útoky, udržujeme hovor ve věcné rovině**
 - **neprojevujeme odpor**
 - **vyhneme se zdravotnickému slangu**
 - **snažíme se vystupovat jako osoba, schopná pomoci vyřešit problém**
-

Zásady zvládnutí náhle vzniklého neklidu

Fyzické omezení

poslední možností – při selhání ostatních metod, je přípustné jen má-li předejít ohrožení pacienta nebo jiných osob nebo umožnit aplikaci nedobrovolné medikace, která je klinicky i právně ospravedlnitelná

- mechanické (kurty, pásy, pouta)**
 - manuální (pacientovi brání v pohybu ošetřovatel)**
 - izolace (nelze v ZZS, resp. jedině ve sanitě)**
-

Zásady zvládnutí náhle vzniklého neklidu

Fyzické omezení

INDIKACE, KONTRAINDIKACE, ETIKA!!!

ŠKOLENÍ, STANDARDY, PÍSEMNÝ ZÁZNAM

- ❑ doporučený počet personálu na 1 pacienta: 5 + lékař – v ZZS tedy nutná asistence PČR
 - ❑ poslední možnost - při selhání ostatních metod, přípustné, pokud má předejít bezprostřednímu ohrožení pacienta nebo jiných osob nebo umožnit aplikaci nedobrovolné medikace, která je klinicky i právně ospravedlnitelná
 - ❑ buď mechanické (kurty, pásy, pouta)
 - ❑ manuální (pacientovi brání v pohybu ošetřovatel)
-

Zásady zvládnutí náhle vzniklého neklidu

- Použití medikace – většinou volba mezi **benzodiazepiny a neuroleptiky**
 - využití psychotropní medikace ke kontrole agitovaného, výhružného a destruktivního chování
 - podmínkou farmakologického zklidnění = znalost dávek, znalost účinků na K-V systém, znalost KPR, možnost použití flumazenilu, znalost dostupnost antidot (riziko NZO po vyšších dávkách neuroleptik)
-

Zásady zvládnutí náhle vzniklého neklidu

- **výběr farmak dle základního psychiatrického onemocnění:**
 - **SCH: neuroleptika, event. neuroleptika + BZD, mánie: BZD, při neúspěchu neuroleptika, návykové látka – BZD)**
 - **rizika neuroleptik: extrapyramidové účinky, hypotenze, prodloužení QT intervalu – maligní arytmie, náhlá srdeční smrt, MNS: hypertemie, svalová rigidita, poruchy vědomí až bezvědomí, kolísavá hypertenze, pocení, tachykardie, elevace CK**
 - **rizika BZD: zmatenost, nausea, útlum, při dlouhodobém podávání snadný vznik tolerance a závislosti**
-

Zásady zvládnutí náhle vzniklého neklidu

Volba farmak:

lorazepam i.m., diazepam i.v., midazolam i.m.
nebo i.v.

z neuroleptik relativně bezpečný haloperidol,
levopromazin (Tisercin – hypotenze!)

intervaly mezi i.v. podáním minimálně 10
minut, mezi i.m. podáním minimálně 30
minut

Organické příčiny náhle vzniklého neklidu

- zranění hlavy s vaskulární lézí, zejména subdurální hematom
 - delirium tremens
 - intoxikace léky, alkoholem, drogami, předávkování předepsanými léky – anticholinergiky, antiparkinsoniky...
 - infekční onemocnění – meningitida, encefalitida, mozkový absces
 - metabolické poruchy - hypoglykémie
 - cerebrální hypoxie jakékoliv etiologie (vaskulární, metabolická, endokrinní)
 - hypertenzní encefalopatie, Wernickeova encefalopatie
 - temporální epilepsie
 - mozkové tumory případně meta
 - demence
-

Seznam duševních onemocnění s rizikem vzniku agresivního chování

- 1. nemoci spojené s užíváním alkoholu**
 - 2. intoxikace amfetaminy**
 - 3. intoxikace těkavými látkami (organickými rozpustidly)**
 - 4. intoxikace fencyklidinem**
 - 5. antisociální porucha osobnosti**
 - 6. hraniční porucha osobnosti**
 - 7. demence**
 - 8. delirium**
 - 9. periodická explozivní porucha**
 - 10. mentální retardace**
 - 11. poruchy chování**
 - 12. opozičně – vzdorovitá porucha**
 - 13. posttraumatická stresová porucha**
 - 14. změna osobnosti po nemoci – agresivní typ**
 - 15. sadismus**
 - 16. schizofrenie – paranoidní typ**
-

Klinická diagnostika

- ❑ organické duševní poruchy včetně symptomatických
 - ❑ duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
 - ❑ schizofrenie a poruchy s bludy
 - ❑ poruchy nálady (afektivní) – mánie, deprese, bipolární
 - ❑ neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
-

Organické duševní poruchy včetně symptomatických

- **Demence (Alzheimerova choroba, vaskulární, organické poruchy, postencefalitický syndrom, postkontuzní syndrom...)**
 - primární – nemoc nebo poranění mozku
 - sekundární – systémové onemocnění postihující mozek sekundárně
 - **projevy**: poruchy vyšších kognitivních funkcí (paměť, učení, intelekt), sensorických (vědomí, pozornost), vnímání (halucinace), myšlení (bludy), nálada a emoce (deprese, elace, úzkost)
-

Deprese, afektivní poruchy

Nejtypičtější příznaky deprese jsou:

depresivní nálada
ztráta zájmu a radosti
zvýšená únavnost

Další příznaky:

zhoršené soustředění a pozornost
snížené sebevědomí a sebedůvěra
pocity viny a bezcennosti
smutný a pesimistický pohled do budoucnosti
myšlenky na sebepoškození a sebevraždu
porucha spánku – typicky ranní probouzení, až o 2 hodiny dříve, než je obvyklé
snížená chuť k jídlu

Presuicidální syndrom

psychické napětí

poruchy spánku

somatické obtíže

anorexie

**uspořádání si svých záležitostí (majetkové,
zavěť apod.)**

hovory o smrti, sebevražedné myšlenky

ztráta komunikace, izolace

Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

- zachováno myšlení a vnímání, vazba na realitu, derealizace a depersonalizace vnímány patologicky (halucinace a bludy u psychóz „reálnější než realita“)
 - somatizace = sklon prožívat a sdělovat tělesnou nepohodu a tělesné příznaky, nepodložené patologickými nálezy, dochází k medikalizaci životních problémů
 - jde o obranný mechanismus, o vyjádření úzkosti tělesným příznakem
-

Psychosomatická onemocnění, panické ataky, pacient v krizi

- při kontaktu s neznámým pacientem nutno vyloučit somatický původ obtíží („i hypochondr má právo na infarkt“)
 - panická ataka: epizodická paroxysmální silná úzkost, bez uvědomělého spouštěcího mechanismu, náhlý, intenzivní začátek, vrchol obtíží do 15 min., intenzivně prožívaný dyskomfort
 - výskyt u 1,5 – 3% populace, nejčastější výskyt ve 3. deceniu
 - stejně často u mužů i u žen
-

Psychosomatická onemocnění, panické ataky, pacient v krizi

Tělesné symptomy úzkosti při panické atace:

- ❑ palpitace, bušení srdce, tlak na hrudi
 - ❑ pocity zkrácení dechu, dušení, nedostatek vzduchu
 - ❑ pocity zalykání se, sucho v ústech, neasea, průjem
 - ❑ třes, parestezie, pocity svalového napětí, chladná akra končetin,
 - ❑ závrať, točení hlavy, pocení, pocit na omdlení....
-

Psychosomatická onemocnění, panické ataky, pacient v krizi

Terapie:

**lékem první volby alprazolam (Neurol, Xanax)
dlouhodobě SSRI antidepressiva 3. generace
relaxační techniky**

**nácvik práce s dechem, event. jako první pomoc
dýchání s odporem (do sáčku)
kongnitivně – behaviorální terapie**

Psychosomatická onemocnění, panické ataky, pacient v krizi

- ❑ častá opakovaná duplicitní vyšetření zejména během pohotovostních služeb
 - ❑ **pozor na iatrogenizaci! (ale jak se jí vyhnout???)**
 - ❑ ale na druhé straně pozor na nesprávnou dg.!
 - ❑ při opakovaných návštěvách pacienta informovat o negativních somatických nálezech, o tom, že podání sedativa je první pomocí, nikoli řešením, informovat o možnostech léčby této poruchy („Jistě jste slyšel o negativním působení dlouhodobého stresu...”)
 - ❑ **INFORMOVAT OPAKOVANĚ!!**
-

Psychosomatická onemocnění, panické ataky, pacient v krizi

- **obtížná komunikace s pacientem – rozmanité příznaky a stesky bez somatického nálezu, vymáhá vyšetření, nereaguje na účinnou léčbu, nespolupracuje**
 - **vyvolává v lékaři nejistotu, ignoruje sdělení o psychickém původu obtíží**
 - **nutná opakovaná informace vhodnou formou (volání ZS není řešením, tableta na uklidnění není řešením, jen první pomocí, vaše potíže může zmírnit vhodná léčba, a ta je v rukou jiných odborníků, moderními léky se obtíže dají zvládnout obvykle ambulantně...)**
-

Akutní reakce na stres

- **normální psychická reakce na extrémní traumatizující, zdrcující zážitek – rozhoduje intenzita vnímání**
 - **většinou vážné ohrožení bezpečnosti nebo somatické integrity jedince nebo blízkých osob**
 - **živelní pohroma, ozbrojený konflikt, úraz, přepadení, znásilnění...**
 - **ale i neobvykle náhlá a ohrožující změna v sociálním postavení nebo v mezilidských vztazích jedince**
 - **symptomy vykazují velkou variabilitu**
 - **většinou rychle odezní, během 24 – 48 hodin ústup příznaků**
-

Posttraumatická stresová porucha

- **zpožděná a/nebo protrahovaná odezva na stresovou událost nebo situaci – na přírodní nebo člověkem způsobené katastrofy, přítomnost násilné smrti jiných osob, mučení, zločin, terorismus, znásilnění...**
 - **stav vznikne do 6 měsíců po dané události**
 - **typické příznaky: znovuvybavování, znovuprožívání, vyhýbání se činností a místům, spjatým s traumatem, vegetativní hyperaktivace, přehnané úlekové reakce, nespavost, nápadné emoční stažení**
-

Psychózy (schizofrenního okruhu)

- ❑ paranoidní schizofrenie – vztahovačnost, výrazné halucinace a bludy
 - ❑ hebefrenní schizofrenie – povrchní klackovité chování, grimasování, manýrování
 - ❑ katatonní schizofrenie – výrazné psychomotorické poruchy (v extrémech: hyperkineze, excitace – stupor, rigidita; automatická poslušnost – negativismus)
 - ❑ simplexní schizofrenie
 - ❑ akutní a přechodné psychotické poruchy
 - ❑ schizoafektivní – manický, depresivní nebo smíšený typ
-

Psychózy (schizofrenního okruhu)

- ❑ poruchy vnímání (halucinace) a myšlení (bludy), nespojité, nepřesné myšlení
 - ❑ ambivalence, volní poruchy, katatonie
 - ❑ **pozitivní příznaky: hlasy, bludy, halucinace, inkoherence**
 - ❑ **negativní příznaky: apatie, oploštění emotivity, nepřiměřenost emočních reakcí, sociální stažení, snížení sociální aktivity**
 - ❑ začátek akutní nebo plíživý – obtížná diagnostika
 - ❑ při první atace spíše dg. akutní schizoformní psychotická porucha
-

Abúzus návykových látek

- ❑ alkohol
 - ❑ opiáty a heroin – maximum obliby v polovině 90. let, pak pokles, nyní opětovný vzestup
 - ❑ kanabinoidy – pozor na p.o.!
 - ❑ sedativa, hypnotika – oblíbená droga v kombinaci s alkoholem
 - ❑ kokain
 - ❑ stimulancia – mezi tvrdými drogami nejrozšířenější pervitin – export na evropský trh s narkotiky, dále extáze a další amfetaminy
 - ❑ halucinogeny, včetně přírodních
 - ❑ organická rozpouštědla – závažná zdravotní rizika!
 - ❑ kombinace látek, jiné psychoaktivní látky
-

Diagnostika při abúzu

**akutní intoxikace
škodlivé užívání
syndrom závislosti
odvykací stav
odvykací stav s deliriem
psychotická porucha
amnestický syndrom
reziduální stav a psychotická porucha
s pozdním začátkem, psychotické
reminiscence (flashbacky)**

Znásilnění

- ❑ **většina nehlášena – odhad 10%**
 - ❑ **velmi často znásilnění známou osobou**
 - ❑ **akutní somatické a psychické trauma**
 - ❑ **znásilněná osoba musí dát s trestním stíháním souhlas (na rozdíl od týrání svěřené osoby, kde je ohlašovací povinnost)**
 - ❑ **vhodná jednorázová postkoitální antikoncepce, i když riziko nechtěné gravidity se odhaduje na 1%**
 - ❑ **riziko rozvoje posttraumatické stresové poruchy**
 - ❑ **nepřímými oběťmi často rodinní příslušníci**
-

Mýty, týkající se sexuálního násilí

- postihuje to „určité typy“
 - znásilnění na schůzce (date-rape) není tak závažné jako znásilnění cizím člověkem
 - ženy si o znásilnění říkají tím, jak se oblékají
 - prostitutka nemůže být znásilněna
 - ženy si znásilnění vymýšlejí
 - nestane se to ženě, která se nechce dát znásilnit
 - nejčastější je znásilnění cizí osobou
 - nejčastější je znásilnění v noci, na temné ulici, v parku
-

Týrání dětí

- modřiny, pohmožděniny, stopy po bití, zlomeniny dlouhých kostí, zlomeniny žeber, vícečetné fraktury, fraktury lebky, popáleniny
 - u první epizody mortalita 5 – 8%, opakované: až 50%
 - 30% do 1 roka, 33% 1-6 let, 37% nad 6 let
 - fyzické: záměrné bití, třesení (shaken baby syndrom), pálení
 - sexuální: jakákoliv sexuální aktivita
 - zanedbávání: nedostatečná výživa, poskytnutí přístřeší, zajištění lékařské péče, čistoty, vzdělání, finančních zdrojů
 - citové zanedbávání: nedostatek citových potřeb pro normální vývoj
 - Münchasenův syndrom by proxy
-