

Zvládání agitovanosti a násilného chování

doc. MUDr. Jan Vevera, MUDr. Martin Černý
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

V článku je popisováno rozdělení a terapeutické strategie u akutního/perzistentního nepsychotického a akutního/perzistentního psychotického násilného chování pomocí antipsychotik, betablokátorů, benzodiazepinů a thymopropylaktik.

Klíčová slova: násilí, agitovanost, deeskalece, farmakoterapie.

Management of agitated and violent behavior

The article describes different subtypes and therapeutic interventions in specific subtypes of violent behavior.

Key words: violence, agitation, deescalation, pharmacotherapy.

Psychiatr. praxi 2011; 12(2): 69–71

Násilí není diagnostická kategorie, ale je pouze typem chování, které je spojeno s různou psychopatologií. Zatímco **agresi** považujeme za fyziologickou odpověď, která směřuje k přežití organismu v přírodě, **násilné chování** je patologická agrese, jejímž smyslem je záměrně někoho fyzicky poškodit.

Agitovanost je stav, při kterém dominuje špatně organizovaná a neúčelná psychomotorická aktivita vycházející z fyzické nebo duševní nepohody. Během kontaktu s agitovaným pacientem dodržujeme některé zásady (tabulka 1).

Většinu násilných činů můžeme rozdělit na **impulzivní** nebo **promyšlené** (tabulka 2). **Impulzivní** násilí je zpravidla bez hmotného zisku a bez plánování a častěji zde nacházíme snížení serotoninergní transmise a sníženou kortikální inhibici. Promyšlené násilné chování předpokládá vědomé plánování, může být predátorské, provedené za účelem vlastního prospěchu, nebo patologické (např. způsobené lidmi jednajícími pod vlivem halucinací a bludů). U promyšleného násilného chování, prováděného bez emočního doprovodu (soucitu a lítosti – typické u psychopatů), nacházíme sníženou aktivitu limbických struktur.

Za **perzistentní** toto chování označujeme, pokud trvá alespoň 14 dní.

Neurobiologie

Základní struktury uplatňující se při násilném chování jsou popsány na obrázku 1. Toto chování typicky vzniká v důsledku nerovnováhy mezi prefrontální kortikální inhibicí a zvýšenou aktivitou limbických struktur, především amygdaly a inzuly. V důsledku poškození prefrontálního kortexu a jeho spojení může docházet ke snížení serotoninergní transmise a ke zvýšení transmise noradrenergí a dopaminergní. Hyperaktivita limbických struktur, především amygdalárních

Tabulka 1. Zásady jednání s agitovaným pacientem

Nikdy nebýt sám s pacientem v uzavřené místnosti bez možnosti přivolat pomoc.
Lékař sedí vždy blíže ke dveřím s možností úniku.
Respektujeme neverbální signály (např. ústup, otočení hlavy...).
Respektujeme osobní prostor (např. u pacientů s paranoidními bludy typicky větší za sebou).
Snažíme se jednat vsedě.
Odstraníme z dosahu pacienta nebezpečné předměty (těžítka, přístroje apod.).
Neotáčíme se k pacientovi zády.
Dodržujeme bezpečnou vzdálenost – delší než délka natažené paže.
Hovoříme klidným hlasem (intoxikovaný pacient může vnímat spíše neverbální složky komunikace).
Slovní sdělení by mělo být maximálně jednoduché, srozumitelné a jednoznačné.
Nevyvracíme přímo poruchy myšlení a vnímání.
Nekomentujeme pacientovy hodnotící soudy (větu „Všichni mě štvete“ nekomentujeme, ale snažíme se porozumět důvodům).
Citlivá prezentace převahy (někdy postačí pouhá přítomnost dalšího personálu).
Nenutíme pacienta k zásadním rozhodnutím, poskytnout čas na rozmyšlení.
Při vystupňování neklidu ukončíme hovor.
Pokud chování má charakter trestné činnosti a/nebo s sebou nese značné riziko, odejdeme na bezpečnější místo a snažíme se získat čas (např. případ musíte konzultovat, zatelefonovat atd.). Kontaktujeme policii.
Pokud má pacient zbraň, je lepší žádat ho, aby ji odložil na neutrální místo, spíše než aby ji odevzdal personálu.
Při fyzickém zásahu (rychlý a šetrný) platí pravidlo jedna osoba na jednu končetinu + jedna osoba navíc. Cave: riziko infekce (hepatitida, AIDS) při kousnutí a jiném poranění.

Tabulka 2. Rozdělení násilného chování

	IS-HT	Emoční doprovod	Cíl chování	Psychická porucha	Neurobiologie
Promyšlené	ne	ne	ano	disociální porucha osobnosti	↓ limbická aktivita ↓ kortikální inhibice
Impulzivní	ano	ano	ne	hraniční porucha osobnosti, PTSD úzkostné poruchy psychotické poruchy (většina útoků těchto pacientů je impulzivních)	↑ limbická aktivita ↓ kortikální inhibice ↑ striatální aktivita ↓ kortikální inhibice

okruhů, vede ke snížení gabaergní a zvýšení glutamatergí a acetylcholinergní transmise. Tyto poznatky jsou podkladem pro užívání SSRI, benzodiazepinů, antipsychotik, thymostabilizátorů a betablokátorů.

Terapie

Prvořadou intervencí, která předchází ostatním terapeutickým aktivitám, je deeskalece. Jedná se o užití technik a postupů, které vedou ke zklidnění pacienta. Zahnují jak verbální, tak nonver-

bální postupy (tabulka 3). Skládá se z 3 složek – **vyhodnocení situace, komunikace a taktiky vyjednávání**. Při vyhodnocení hledáme příčiny agitovanosti či násilí (ty často souvisí s frustrací z omezení práv, pocity bezmocnosti, ohrožení). Při komunikaci se zaměřujeme na redukci strachu či podráždění pacienta. Taktika vyjednávání spočívá ve flexibilním používání různých zklidňujících technik. Vždy se snažíme umožnit pacientovi jistou míru kontroly nad situací a tím zmírnit jeho pocity bezmoci a frustrace. Nabídneme více možností, jak behaviorálních, tak farmakologických, a umožníme pacientovi mezi nimi zvolit. Risler uvádí jako příklady minimálně restriktivních opatření, mezi kterými si může pacient vybrat, následující: pohovor mezi čtyřma očima se členem personálu, oddechový čas, bití do polštáře, teplé mléko nebo studený nápoj, limitované cvičení a poslech relaxační muziky.

Farmakoterapie

Pokud není efekt deeskalace dostatečný, přikročíme k dalším postupům (farmakoterapie, fyzické omezení pacienta), ale v deeskalaci i nadále pokračujeme. Vždy se snažíme určit etiologii násilného chování a medikovat kauzálně. Pro terapeutické ovlivnění násilného chování je výhodné rozlišovat 4 základní typy tohoto chování (schéma 1).

Akutní nepsychotická agitovanost a násilné chování

Na prvním místě je perorální medikace benzodiazepiny. Nástup účinku lze zrychlit sublinguální absorpcí.

Jestliže pacient neakceptuje perorální medikaci, přikročíme k parenterální aplikaci.

Pokud vyžadujeme co nejrychlejší nástup účinků, volíme intravenózní aplikaci diazepam (Apaurin), prováděnou ale velmi pomalu pro riziko útlumu dechového centra (nepodáváme při dýchacích potížích).

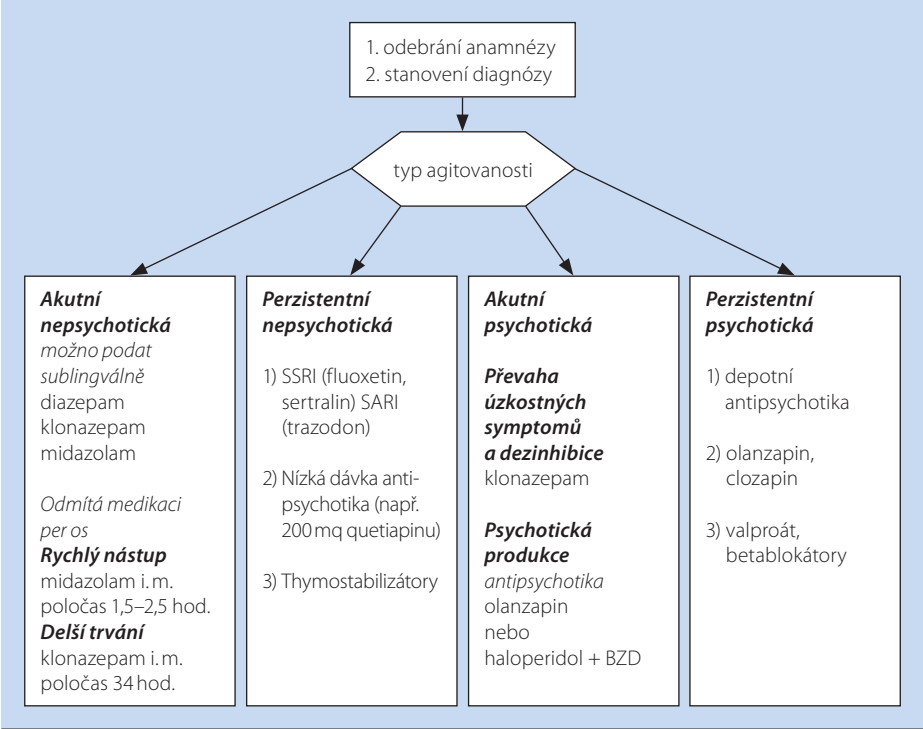
Pokud můžeme na nástup účinku čekat 30–45 minut, volíme intramuskulární aplikaci. Zde se vyhýbáme diazepamu (pro dlouhé a nespolehlivé uvolňování) a volíme raději midazolam či klonazepam. Bylo prokázáno, že 5 mg midazolamu redukuje agitovanost efektivněji než 10 mg haloperidolu.

Při neúspěchu dále zvažujeme podávání antipsychotik, při převaze úzkostné symptomatiky tiaprid ve velmi individuálním dávkování 100–1 200 mg i.v. (rychlá infuze ve 100 ml fyziologického roztoku) či i.m. Při převaze násilného chování použijeme haloperidol, nebo AP 2 generace. Při dalším selhání postupujeme

Tabulka 3. Deeskalace

Vyhodnocení situace
Dostatečný čas a vhodný prostor (možnost pomoci a úniku)
Navázání verbálního kontaktu – hledáme příčiny (často souvisí s frustrací z omezení práv, pocity bezmocnosti, ohrožení)
Komunikace
Doporučuje se oslovovat pacienta příjmením – dodává to komunikaci osobnější ráz a je to často vnímáno jako projev respektu
Vyjádření empatie – eliminace pocitů bezmocnosti a frustrace
Omezení zevních stimulů
Dokumentaci provádíme až následně
Vyjednávání
Možnost volby – činí z pacienta partnera (např.: „S jakými léky máte lepší zkušenosti?“)
Fyzická aktivita (na některých odděleních je k dispozici rotoped či boxovací pytel)
Vysvětlujeme a popisujeme smysl prováděných intervencí („Snažíme se Vám pomoci, pane Nováku, podáme Vám lék na zklidnění.“)

Schéma 1. Farmakoterapie násilného chování



obdobně jako při tlumení akutního psychotického násilného chování – viz dále.

Perzistentní nepsychotická agitovanost a násilí

Je popisován dobrý efekt SSRI u impulzivně násilného chování. Pokud dosáhneme jen částečného efektu, přidáváme nízkou dávku antipsychotik (např. quetiapin 200 mg).

Při neúčinnosti podáváme stabilizátory, především u osob s hraniční poruchou osobnosti, s posttraumatickou stresovou poruchou a u posttraumatických stavů spojených se zvýšenou epileptogenní aktivitou. Jako nejvhodnější se s ohledem na bezpeč-

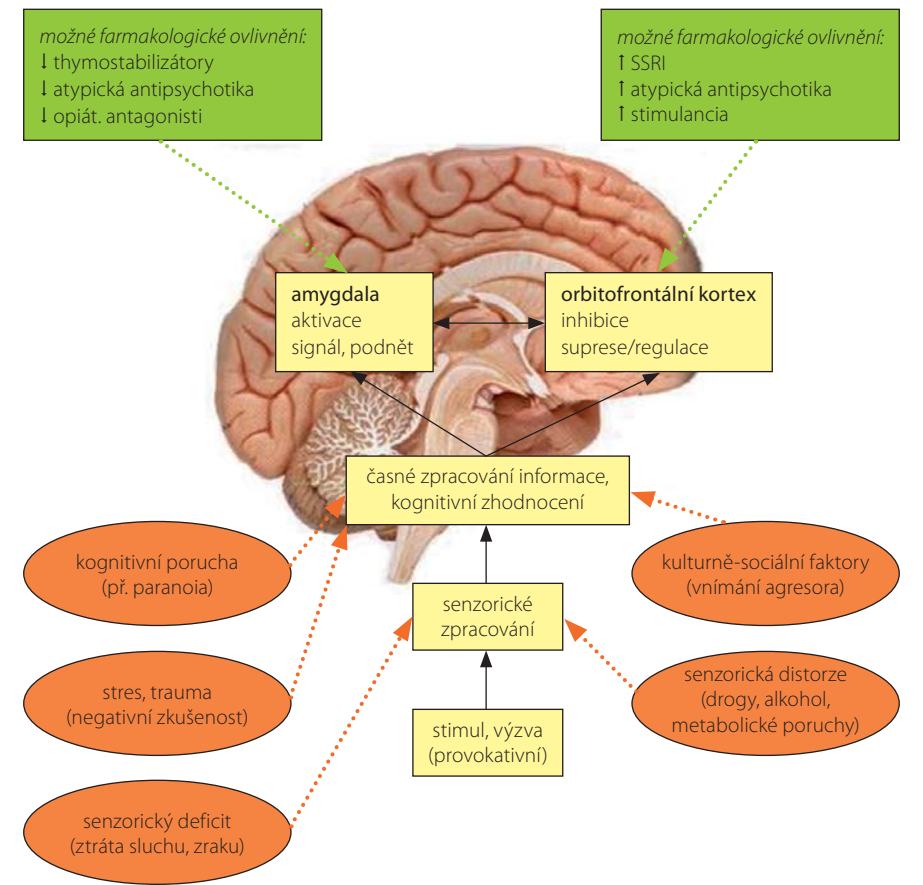
nost jeví valproát. Nověji jsou doporučována AP 2 generace, především quetiapin v dávkách 200–400 mg.

U pacientů s organickým poškozením CNS jsou dobré zkušenosti s použitím betablokátorů.

Akutní psychotická agitace a násilné chování

Je nutné určit etiologii. Násilné chování může vzniknout v důsledku nežádoucích účinků antipsychotické léčby, především akatie. Jen menšina násilných činů pacientů trpících schizofrenií je přímým důsledkem psychotické produkce.

Obrázek 1. Inicie a modulace agrese (upraveno podle 7)



Emočně provokativní stimul, který je spouštěčem agresivního jednání, je nejdříve zpracován senzory centry (vizuální, sluchové aj.). Na této úrovni může senzory deficit (porucha sluchu, vizu) nebo senzory distorze (vlivem požití alkoholu, drog nebo metabolické poruchy) způsobit neúplný nebo zkreslený smyslový dojem, který zvyšuje pravděpodobnost vnímání stimulu jako více provokativního. Po senzory zpracování se stimul dále dostává do center pro zpracování časných sociálních informací, kde může být zkreslen kulturními a sociálními faktory, kognitivní poruchou a negativními zkušenostmi ze stresujících a traumatizujících situací. Zpracování stimulu se následně dostává do limbické oblasti, kde může aktivovat a spustit agresivní jednání, zatímco orbitofrontální kůra a přední cingulum tyto emocionální odpovědi inhibuje

Při převaze úzkostných symptomů volíme medikaci BZD.

Při převaze násilného chování volíme terapii antipsychotiky a BZD. Nejvíce zkušeností je stále s kombinací haloperidolu a BZD. Rychle rozpustné tbl. olanzapinu, roztok risperidonu a tbl. ziprasidonu prokázaly srovnatelnou účinnost a větší bezpečnost než haloperidol.

U pacientů opakovaně odmítajících perorální medikaci máme k dispozici injekční formy haloperidolu, ziprasidonu (Zeldox) a olanzapinu (Zyprexa). Připomeňme, že výrobce nedoporučuje podávání olanzapinu společně s benzodiazepiny, což omezuje jejich využití u akutní agitovanosti, kde BZD zůstávají léky první volby a kde při případném dalším zhoršování stavu potřebujeme mít otevřenou možnost i.v. aplikace benzodiazepinů (i.m. aplikace BZD by měla pro-

bíhat alespoň s hodinovým odstupem od i.m. aplikace olanzapinu).

Perzistentní psychotická agitace a násilí

Je opět nutné odlišení etiologie. Pokud je to racionální, navyšujeme základní antipsychotickou medikaci, preferujeme depotní preparáty. Pokud byla podávána v dostatečných dávkách po doporučenou dobu, změníme AP medikaci. Nejúčinnějším lékem se specifickým antiagresivním působením zůstává clozapin, ale pro bezpečnostní rizika je jeho použití omezené. Specifický efekt na násilné a hostilné chování, nezávisle na antipsychotickém působení, byl prokázán také u olanzapinu. Perorální formy risperidonu, quetiapinu a ziprasidonu jsou také s úspěchem používány k ovlivnění agitace.

Dále zvažujeme terapii thymoprotektivy především přidáním valproátu a betablokátorů.

K tlumení agitovanosti a násilí v rámci delirií a demencí je hojně využíván **tiaprid**. Ten má malé antipsychotické působení, ale výrazně tlumí právě neklid delirujících pacientů. Pokud tiaprid není dostatečně účinný, používáme obvykle butyrofenonový derivát **melperon**, i když toto antipsychotikum náleží k první generaci, má málo nežádoucích efektů. Dále lze použít ke zmírnění těžkého neklidu u delirií **haloperidol**.

Závěr

S násilným chováním se u hospitalizovaných pacientů nejčastěji setkáváme při delirantních stavech a pacientů s demencí a psychotickými poruchami. U pacientů s psychotickou poruchou dochází k násilí nejčastěji v souvislosti se zneužíváním návykových látek a v důsledku snížené kontroly impulzů. Terapie začíná deeskalací a při farmakoterapii využíváme nejčastěji benzodiazepiny a antipsychotika, zvláště olanzapin, který má spolu s clozapinem specifické antiagresivní účinky. Pouze při nespokojení pacienta uijeme intramuskulární medikaci, protože ta se pomalu a nespolehlivě vstřebává a je spojena s vyšším výskytem nežádoucích účinků. Z benzodiazepinů se z těchto důvodů vyhýbáme i.m. aplikaci apaurinu, která je v ČR nejrozšířenější, ale chybná.

Článek doručen redakci: 7. 2. 2011
Článek přijat k publikaci: 21. 3. 2011

Literatura

1. Volavka J, Swanson J. Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. JAMA 304(5): 563–564.
2. Volavka J. Neurobiology of violence. American Psychiatric Publishing: Washington, D. C. 2002.
3. Vevera J, et al. Možnosti ovlivnění agitovaného a násilného chování v psychiatrické praxi. Psychiat. praxi 2007; 2: 66–71.
4. Vevera J, Černý M, Král P. Agrese a násilné chování. Postgraduální medicína 2011; 13(2): 220–227.
5. Beer, D, Pereira S, Paton C. Intenzivní péče v psychiatrii. Praha: Grada, 2005.
6. Risler M. Přístup k agresivnímu pacientovi, atestační práce, 2009.
7. Siever L.J. Neurobiology of Aggression and Violence. Am J Psychiatry 2008; 165: 429–442.

doc. MUDr. Jan Vevera
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
7. polní nemocnice AČR
Ke Karlovu 11, 128 08 Praha 2
janvevera@seznam.cz

