

Agitovaný a agresivní pacient v neuropsychiatrii: umíme pracovat i s nefarmakologickými postupy?

prof. MUDr. Jan Vevera, Ph.D.

Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova

Psychiatrická klinika, Fakultní nemocnice Plzeň

S agresivním pacientem se setká téměř každý zdravotnický pracovník, a proto je nutné, aby znal pravidla deeskalace násilí. Jedná se o způsob chování a komunikace, který vede ke snížení napětí u pacienta i u ošetřujícího personálu. Prvním krokem deeskalace je vyhodnocení situace. V této fázi je prvořadá bezpečnost zdravotníka. Důležité je monitorování vlastních reakcí, zachování klidu a zjištění skutečných příčin agitovanosti a násilí. Druhým krokem je správná komunikace, která obnáší informovanost pacienta o tom, co se s ním děje a bude dít, což podporuje jeho důvěru. Podstatný je soulad mezi verbální a neverbální komunikací. Třetím krokem je vyjednávání, jehož základním cílem je změnit konfrontaci na diskusi. S pacientem potřebujeme dosáhnout shody. Pro ulehčení komunikace je vhodné zajistit pacientovi alespoň jistou míru kontroly. Použitím správného postupu deeskalace násilí dokážeme předcházet vzniku i stupňování konfliktu a vyhneme se tak traumatizaci pacienta i personálu.

Klíčová slova: agitovaný pacient, deeskalace, násilí, vyhodnocení situace, neverbální komunikace, verbální komunikace, vyjednávání.

Agitated and aggressive patient in neuropsychiatry: Are we using non-pharmacological procedures correctly?

Almost every healthcare worker meets patients with aggressive behavior, Deescalation is the way of behavior and communication which leads to a decrease of tension in the patient as well as caregivers. The first important step is an assessment of the situation. The safety of healthcare professional is essential. It is important to be aware of our own reactions, stay calm and find out real causes of agitation and violence. The second step is a correct communication based on informing patient about what happens and will happen which enhances his trust., don't give an impulsive answer and identify the reason of patient's agitation. The consistency of verbal and nonverbal communication is of most importance. The third step is a negotiation, which primary aim is to change the confrontation to the discussion. We have to reach a consensus with the patient. To facilitate communication, it is advisable to provide the patient with at least some degree of control. The proper use of the deescalation of violence can prevent escalation of the conflict and avoid a patient's traumatization.

Key words: agitated patient, deescalation, assessment of the situation, violence, nonverbal communication, verbal communication, negotiation.

Násilné chování uživatelů zdravotnické péče je důležitým, ale v očích veřejnosti přeceňovaným faktem (Nawková et al., 2012). Rovněž akademický výzkum až do konce dvacátého století věnoval mnohem více pozornosti tomu, jak často pacienti páchají násilnou činností, než jak často jsou jejími obětmi (Vevera, 2019). V českých nemocnicích násilné chování nejčastěji vzni-

ká v důsledku snížených kognitivních funkcí. V lůžkových zařízeních především v důsledku delirantních stavů, v ambulancích pak v důsledku intoxikací. V našem sledování hospitalizovaných pacientů na Psychiatrické klinice 1. LF UK se pacienti s organickými poruchami chovali fyzicky násilně ve 14 % případů (Balíková et Vevera, 2014).

Definice pojmů

Násilí není diagnostickou kategorií. Jedná se o typ chování v mezilidské interakci, které je spojeno s různými psychopatologickými příznaky. Nejednotná terminologie se podílí na rozporuplných výsledcích při definici těchto fenoménů (Pišl et al., 2022). Skutečnost, že za násilí je označováno například přečtení SMS z partne-



prof. MUDr. Jan Vevera, Ph.D.
Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova
veverajan@gmail.com

Převzato z: Neurol. praxi. 2022;23(6):432-436

Článek přijat redakcí: 26. 6. 2022

Článek přijat k publikaci: 14. 9. 2022

rova mobilu (Niklová et Moree, 2021) či výhrůžka stížností, byla důvodem k tomu, že se v médiích během pandemie covid-19 objevovaly titulký „devět z deseti zdravotníků je obětí násilí“ (Denik.cz, 2021) a nárůstem násilí a sebevražednosti také argumentovali odpůrci lockdownu. Naše

studie naopak prokázaly, že vážné fyzické násilí ve společnosti během covidu kleslo (Pišl et al., 2022; Pišl et al., 2023). Významně klesl během COVID 19 též počet vražd (143, 130, a 105 v letech 2019, 2020 a 2021) v kontrastu s 279 vraždami v r. 2000 a 173 v r. 2010. Také sebevražednost byla

v těchto letech nejnižší v historii měření (kolem 1200 úmrtí ročně). Považujeme ale za pravděpodobné, že narostla frustrace. Důležité je to proto, že intervence k prevenci frustrace jsou diametrálně odlišné od intervencí k **prevenci a zvládnutí** násilí (viz níže). Termínům souvisejícím s násilím rozumíme konzistentně s našimi předchozími pracemi (Vevera et al., 2018) tak, jak jsou uspořádány v tabulce 1.

Stranou výzkumu i klinického hodnocení zatím zůstávají **bezprostřední příčiny vzniku násilí**. To je chyba, protože násilí vzniklé například pod vlivem bludů vyžaduje jinou intervenci než zlostný výbuch po sdělení závažné diagnózy, nebo zamítnutí pacientovy žádosti o propuštění, cigaretu či vycházku. Místo hledání skutečných důvodů agrese se často používá pouze hlavní diagnóza pacienta, např. Alzheimerova choroba či psychotická porucha. To je chyba. Naše práce zjistila, že i u nově přijatých pacientů s psychotickou poruchou byla čtvrtina násilných útoků způsobena poruchou kontroly impulzů s konkrétním vnějším spouštěčem, např. zamítnutí žádosti (Nichtova et al., 2020). Akutní neklidová medikace však tuto etiologii nezohledňovala. Tak docházelo k situacím, kdy pacient rozčilený zamítnutím žádosti o propuštění, byl místo deeskalace medikován haloperidolem a diazepamem i. m., což je i nadále nejčastěji užívaná, ale chybná medikace (Vevera et al., 2014).

Podobně podle našich zkušeností u pacientů s organickými poruchami dochází místo behaviorálních úprav (např. režimu spánku, stravy a jejího typu, času a způsobu hygieny, orientace a zabezpečení oddělení) k navyšování antipsychotické a hypnotické medikace.

Základní intervencí k zajištění bezpečí personálu i pacienta je deeskalace. Skládá se ze tří složek – **vyhodnocení situace, komunikace a taktiky vyjednávání** (Tab. 2).

Vyhodnocení

Vyhodnocení situace znamená schopnost posoudit, co se děje, proč se to děje a co se asi bude dít dále a navrhnout odpovídající intervence.

Informace

Důležité je získat co nejrychleji anamnestické informace a s jejich pomocí se pokusit odhadnout, v jakém stadiu konfliktu se pacient nachází (Tab. 3).

Tab. 1. Definice termínů souvisejících s násilným chováním

Agrese	Chování, které směřuje k dosažení vytyčeného cíle a projevuje se záměrným poškozováním nebo omezováním jiné osoby nebo věci. Jedná se o chování, které má vědomý cíl nebo účel.
Násilné chování	Patologická agrese, jejímž cílem je záměrně někoho poškodit. Jedná se o fyzicky agresivní chování, jako např. bití, kopání, strkání, házení předměty, používání zbraně a vyhrožování jejím užitím. Do této definice nezařazujeme násilí proti vlastní osobě, agresivní sny, fantazie a plány.
Neklid	Stav zvýšené pohybové aktivity, která přechází od mírných forem, jako je zvýšená gestikulace, přešlapování, podupávání, až po výrazný celkový neklid, kdy jedinec bezcílně pobíhá a aktivně zasahuje do okolí.
Agitovanost	Vystupňovaná forma neklidu, doprovázená celkovou motorickou aktivací. Neklid i agitovanost jsou doprovázeny pocitem vnitřního neklidu.
Antisociální chování	V angloamerické literatuře se jedná o termín charakterizující chování sahající od verbální agrese až po násilné chování doprovázené nedostatkem empatie.
Pasivní agresivita	Chování aktivně znemožňující dosažení rozumného kontaktu nebo vytyčených cílů.
Frustrace	Psychický stav, který vzniká v důsledku zamezení uspokojení potřeby nebo dosažení cíle.
Verbální agrese	Verbální agresí rozumíme vyhrožování a urážky. Mohou, ale nemusí být doprovázeny agitovaností.
Hostilita	Negativní, nepřátelský, zatrpklý postoj jedince k jinému jedinci nebo k více lidem, nemusí se ale projevovat násilím. Ke kvantifikaci lze použít škálu PANS.

Tab. 2. Shrnutí tří složek deeskalace a jejich zásad

Vyhodnocení situace
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dostatečný čas a vhodný prostor (možnost pomoci a úniku). ▪ Informace o příčinách a souvislostech (ty často souvisí s frustrací z omezení práv, pocity bezmocnosti, ohrožení). ▪ Odehrává se v našem teritoriu, můžeme se na ni připravit. Zajištění času, soukromí, citlivá demonstrace převahy. ▪ Riziko agresivní reakce: při bolesti, vyšší teplotě a hluku. ▪ Hledáme příčiny. Ty často souvisí s frustrací z omezení práv, pocity bezmoci a ohrožení. Často nepochopeným důvodem agrese je snaha překonat úzkost nebo hájit svou důstojnost.
Komunikace
Neverbální komunikace
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrace neverbálních signálů pacienta – prodromální ideatorní a verbální agrese. ▪ Kontrolujeme své vlastní emoce. K agresii dochází v centru „našeho“ teritoria a naše agresivní reakce (obvykle verbální) je tím značně facilitována. ▪ Kontrola vlastního postoje, osobního prostoru pacienta, zevních stimulů (redukce rušivých podnětů) ▪ Vstřícnost, klid, jednání vsedě.
Verbální komunikace
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nedat impulzivní odpověď. Klidná mluva a tónina; eliminace příkazů a emočně nabitých slov, důsledná absence hodnotících soudů. ▪ Souhlaste, kdekoli to jde. Nejkrásnější slovo je „ano“. Nejošklivější „ne“. ▪ Slovní sdělení maximálně jednoduché, srozumitelné a jednoznačné, vedené jediným profesionálem. ▪ Vyjádření empatie; nevyracet přímo poruchy myšlení a vnímání, nenutit pacienta k zásadním rozhodnutím, čas na rozmyšlení. ▪ Vysvětlujeme a popisujeme smysl prováděných intervencí (např. „Snažíme se vám pomoci, pane Nováku, podáme vám lék na zklidnění.“). ▪ Při vystupňování neklidu ukončit hovor.
Vyjednávání
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aserktivní jednání. Odpovídáme na otázky, jejichž cílem je získání informací bez ohledu na to, jak neslušně jsou formulovány. ▪ Konfrontaci měníme na diskuzi. Poskytněte možnost volby. Ta činí z pacienta partnera. Např. „Pane Nováku, musím vám podat lék. S jakými léky máte lepší zkušenosti?“ ▪ Pokud nenaleznete shodu, pokuste se odvést pozornost („Uřčitě musíte mít žízeň...“). ▪ Pokud má pacient předmět sloužící jako zbraň, je lepší žádat ho, aby ji odložil na neutrální místo spíše, než aby ji odevzdal personálu.

Tab. 3. Stadia konfliktu

Stadium konfliktu	Projevy chování	Příklady	Intervence	Prevence
Stadium úzkosti	Změna chování vzhledem k pocitům ohrožení, zvýšený fyzický arousal	Pacient neklidně přešlapuje u vchodu do ambulance, mračí se, hlasitě povzdechuje. Kdykoliv otevřete dveře, nahlíží k vám a sděluje: Čekám tu dvě hodiny, to je hrozné! Kdy už budu na řadě?	Podpurný přístup Identifikujte spouštěče. Často je naleznete ve frustraci z bolesti či ponížení. Vidím, že vás to bolí, ale podle našich postupů musím napřed vyšetřit pacienty, které přivezla záchranka. Nepředbíhají vás. Jde o postup, který musím dodržovat. Odhaduji, že za 15 minut se budu moci věnovat vám. Omlouvám se.	Zvýšení komfortu pacienta. Vysvětlujeme. Dáváme možnost volby. Omluvíme se i za problémy, za které nejsme osobně odpovědní, protože v očích pacienta jsme reprezentanty zařízení.
Stadium verbální agrese	Nástroj k zastrašení osob kolem sebe. Pozitivum: snaha o řešení konfliktu skrze komunikaci.	Všichni mne tady štvete. Jaký trouba vůbec vymyslel čekárnu? Uvědomujete si, že to je definice vašeho manažerského selhání? Budu si stěžovat! Kde mám podepsat ten pitomý revers?	Asertivní přístup Nehádáme se. Nevychováváme. Vyhne se hodnoticím soudům. Zvětšíme komunikační vzdálenost ze dvou na tři natažené paže. Revers podepište, prosím, zde.	Nedáme impulzivní odpověď. Kontrolujeme vlastní emoce. Uvědomíme si, že jsme v centru našeho teritoria a naše agresivní reakce je proto pravděpodobnější.
Stadium fyzické agrese	Cílem je zranění druhé osoby, snaha získat kontrolu nad situací.	Poté, co odmítnete pacientovi vystavit recept na preparát, který si přál, vás udeří do ramene.	Defenzivní přístup Opusťte ambulanci a zavolejte pomoc. USB: Uteč. Schovej se. Bojuj.	Navýšení ostrahy.
Stadium zklidnění	Pokles duševní i fyzické energie v návaznosti na agresivní chování.	Pacient, který na vás křičel v ambulanci, přichází k vyšetření.	Podpurný přístup Krátce znovu vysvětlíte důvody zdržení a důvody svého chování.	Není na místě. Naopak je vhodná otevřená komunikace.

Tab. 4. Bezpečnostní zásady při jednání s agitovaným pacientem

Nejsme s pacientem v uzavřené místnosti bez možnosti přivolat pomoc. Máme zabezpečenou ústupovou cestu. Lékař sedí blíže ke dveřím s možností úniku.
Pokud už předem víme, že pacient je agitovaný či dokonce agresivní, citlivě prezentujeme převahu, např. přítomností dalšího personálu (5 zdravotníků na pacienta, lékař má na starosti hlavu).
Pokud dochází k nárůstu agitovanosti až během vyšetření, vyšetření přerušíme a poskytneme čas na uklidnění a zajistíme přítomnost dalšího personálu.
Pokud se pacient chová násilně, nebráníme jeho útěku z ambulance, pokud bychom tím ohrozili zdraví své či personálu.
Odstraníme nebezpečné věci z dosahu pacienta (např. příbor, nůžky apod.).
Dodržujeme bezpečnostní vzdálenost, to znamená delší, než je délka dvou natažených paží.

Bezpečí zdravotníka je prioritou

Situace se často odehrává na našem území, a to nám dává možnost se na situaci připravit. Základní bezpečnostní zásady jsou shrnuty v tabulce 4. Při poskytování zdravotnické pomoci v nebezpečných situacích, jak je tomu např. u vojenských zdravotníků, platí, že účinnou pomoc může poskytnout pouze zdravý zdravotník. Při přímém útoku se např. přerušují operace, obdobně zdravotník neposkytuje pomoc zraněnému v minovém poli, ale vyčká na vyproštění raněného pacienta. Stejně tak v civilním sektoru záchranář vstupuje do rizikového prostoru (např. v raku letadla) teprve tehdy, když to bezpečnostní technici označí za bezpečné. Obdobně při kontaktu s agresivním pacientem je základem zajistit bezpečí zdravotníka. Při fyzickém ohrožení platí základní pravidlo **USB: uteč, schovej se, bojuj**. Pokud se

situace odehrává ve zdravotnickém zařízení, jedná se o „naše domácí prostředí“, a to nám dává možnost se na situaci připravit. Základem je, že lékař má zabezpečenou ústupovou cestu a sedí blíže dveřím. Na psychiatrických klinikách se toto uspořádání už stává standardem. Samozřejmostí, která je ale v soukromých ambulancích často ignorovaná, je možnost rychle si přivolat pomoc pomocí alarmu.

Příčiny

Kromě somatických příčin agitovanosti a násilí, které jsou pojednány jinde (Balíková et Vevera, 2014), je častým důvodem agitovanosti a násilí **kognitivní deficit**, který se demaskuje nebo **prohloubí po přemístění z pacientovi důvěrně známého místa** (např. domova) do nemocnice. Adekvátním řešením je co nejrychlejší úprava somatického stavu a návrat do pů-

vodního prostředí, nikoliv krátkodobé překlady na psychiatrii „aby se pacient uklidnil“, protože opakované změny prostředí naopak prohlubují zmatenost, agitovanost a z ní pramenící agresi pacienta.

Většina pacientů vyhledává lékaře kvůli symptomům, které jsou doprovázeny fyzickou bolestí, psychickým napětím, úzkostmi a strachem, ať už o sebe či o své blízké. Tyto symptomy vedou k frustraci. **Frustrace** je jedním z nejčastějších spouštěčů agrese a násilí. Frustrace nevyplývá pouze z jednání ostatních, ale i z pocitů vlastního selhání. Kromě vnitřních faktorů (bolest, úzkost, frustrace) hrají ve vyhodnocení a následném přehodnocení roli stimuly vycházející z prostředí, ve kterém se osoba aktuálně nachází nebo nedávno nacházela – vyšší teplota, hluk a ruch na oddělení (Látalová, 2013; van der Schaaf et al., 2013; Virtanen et al., 2011). Pod jejich vlivem se určitá kognitivní schémata stanou dostupnějšími nebo pravděpodobnějšími. Je pochopitelné, že se pacient, který se náhle ocitl na neznámém místě (např. v nemocnici), může cítit frustrovaný a bezmocný. Nemocný citlivě vnímá a reaguje na skutečnosti, které nové prostředí přináší, např. nedostatek času, delší čekací dobu či nedostatky v nemocničních hotelových službách (strava, ubytování). Tyto faktory může pacient zaměňovat za **nedostatek respektu**. Právě snaha hájit **svou důstojnost**

a **čest** jsou častým a převážně nepochopitelným důvodem agrese a násilí (Honzák, 1999). Zdravotníci tomu obvykle neporozumí a reagují zrcadlově. Přirozenou reakcí na agresivitu je boj nebo útek. Vzhledem k tomu, že tato situace se odehrává v centru „našeho teritoria“, je naše útočná reakce ve smyslu hostility mnohem pravděpodobnější. Základním pravidlem je **nedat impulzivní odpověď**. Adekvátní reakcí je se za nedostatky omluvit, i když za daný problém není ošetřující personál osobně zodpovědný. V očích pacienta je zdravotník reprezentantem daného zařízení a omluva je na místě. Vždy je třeba si připomínat, že agitovaný nebo rozrušený pacient neuvažuje a nejedná racionálně.

Komunikace

Při běžné komunikaci by verbální a neverbální složka měla být v rovnováze. Ve stresové situaci se skladba komunikace mění. Odhaduje se, že 50 % komunikace zaujímá neverbální složka, 40 % tón hlasu a jenom 10 % verbální složka (Pekara, 2015).

Neverbální komunikace

Předtím, než začneme s pacientem hovořit, je nutné se zaměřit na „řeč těla“, tedy naši neverbální komunikaci. Máme sklon kopírovat neverbální komunikaci člověka, s nímž diskutujeme. Kontrolujeme proto své neverbální signály. **Náš postoj by měl být primárně podpůrný:** přistupujeme ze strany, **udržujeme oční kontakt, zvláště během naslouchání; přikyvujeme hlavou na znamení pochopení; ruce otevřené a vepředu.** Oční kontakt musí být přiměřený, pohled z očí do očí je emočně velmi silný. Nedoporučuje se pohled delší než šest vteřin. Častá odhlížení a těkavý pohled jsou vnímány jako projevy nejistoty. Lepší jsou krátká odhlédnutí k zemi nebo technika „třetího oka“, kdy hledíme doprostřed čela pacienta, což umožňuje sledovat mimické výrazy a zároveň mu nehledíme přímo do očí (Sagan, 2007).

Jako **negativní gesta** mohou být vnímána: **krčení ramen, vrtění hlavou, ruce za zády nebo v kapsách a neklidné pohyby.** S nemocným by se mělo komunikovat ve stejné výšce a nejlépe vsedě, nikoliv však konfrontačně proti sobě. Vhodnější je natočit židle do úhlu, což umožňuje, aby měl pacient s lékařem kontakt a zároveň se tomuto kontaktu mohl bez problémů vyhnout (Nöllke, 2011).

Důležité je také to, jak nakládáme s **osobním prostorem**. S tím souvisí **dva nejčastější důvody napadení** zdravotníků, totiž nezajištění únikového východu a chyba při dodržování **bezpečné vzdálenosti** (tedy delší než dvě napřažené paže). Při verbální agresi tuto vzdálenost zvětšíme na vzdálenost tří paží. K pacientovi přistupujeme ze strany. Tento přístup je totiž nejbezpečnější v případě, že dojde k další eskalaci situace (Richmond et al., 2012). Pacient může i doteky vnímat jako ohrožující. Proto je nutné, aby byl jakýkoli dotek pacientovi zdůvodněn.

Třetím nejčastějším důvodem napadení zdravotníka je **nerozpoznání signálu hrozícího nebezpečí:** proud řeči náhle ustane; ukončení očního kontaktu; ruce se sevrou v pěst; nemocný naváže upřený pohled; dochází k nezvyklému přibližování. Primární reakce by měla být defenzivní: **USB – uteč, schovej se, bojuj.**

Verbální komunikace

Přibližně 90 % emoční informace a 50 % celkové informace v mluvené angličtině není komunikováno slovem, ale jazykem těla, a to především tónem hlasu (Elgin, 1999). **Nejčastěji se násilně chovají pacienti s demencí a pacienti intoxikovaní.** Právě u nich, vzhledem k narušeným kognitivním funkcím, platí, **že tónina a rytmus je často důležitější než obsah.** To nedodržujeme a podle mých zkušeností je to častou **příčinou eskalace konfliktů s těmito pacienty.**

Při komunikaci s pacientem je důležité identifikovat jeho potřeby a pocity a naslouchat, co říká. Jako posluchač by měl být zdravotník schopen zopakovat, co mu bylo řečeno jinými slovy a objasňujícím způsobem. Většinou se využívají slovní formulace jako „řekněte mi, zda tomu rozumím správně“ (Nöllke, 2011).

Základním pravidlem při komunikaci s agitovaným a agresivním pacientem je **nedat impulzivní odpověď**. Obdobně jako při neverbální komunikaci máme sklon kopírovat styl komunikace člověka, s nímž diskutujeme. Kontrolujeme svoje emoce. Pravidlo „na hrubý pytel hrubá záplata“ je nejspolehlivější cesta ke stíznostem. Naopak taktika otevřených dveří může agresora překvapit, zaskočit, „vzít mu vítr z plachet“. Je vhodné uvědomit si, že agrese patří mezi emoce, které nás posilují. Tuto energii je možné využít a převést ji na prospěšnou aktivitu. V praxi rád používám různé varianty výroku, který nás naučil

MUDr. Honzák: „Rozumím vašemu vzteku, který je oprávněný, a je lepší, když máte vztek, než kdybyste to vzdával. Uvažte jen, zda je užitečné obracet jej proti lidem, kteří vám chtějí pomoci.“

Vhodné je sdělit pacientovi své pocity („to, jak kopete do dveří, mně zneklidňuje“) a také vyjádřit nesouhlas s chováním pacienta, nikoliv však s ním jako s osobou („nelíbí se mi, že tady křičíte, jste asi hodně rozrušen“) (Petr et Marková, 2014). Pokud se pacient přímo či nepřímo snaží vzbudit strach, je vhodné přiznat, že se bojíte, a proto ho nemůžete léčit. Ukazujeme tak, že přístup, na který byl pacient zvyklý z přirozeného prostředí (vzbuzení strachu jako prostředek dosažení cíle) funguje jen částečně. Pacient v nás síce dokáže vyvolat strach, což otevřeně přiznáme, ale nevede to k možnostem manipulace a tedy k dosažení zamýšleného cíle. Pokud by pacient pokračoval v cíleném vzbuzování strachu, upozorníme ho, že takovou situaci předáváme k řešení policii.

Častou chybou je, že **se při konfliktu s pacientem snaží zdravotníci podpořit svého kolegu.** Komunikace s více lidmi je ale náročnější a může pacienta zmást a agitovanost dále vystupňovat. Při deeskalaci by měl na pacienta vždy mluvit jenom **jeden člověk**, a to ten, který pacienta nejlépe zná, nebo ten, se kterým má nejlepší vztah.

Vyjednávání

Cílem vyjednávání je změnit konfrontaci na diskuzi. Proto se vyhýbáme výhrůžkám a ultimátům. Agresivní chování je často reakcí na subjektivně pocíťovanou prohru vyvolanou pocíťovanou úzkostí, bezmoci nebo ponížením. Pacient se může cítit dosavadní komunikací s lékařem zahnaný do kouta (výsledek situace: výhra–prohra). Při vyjednávání se vždy zdravotnický tým snaží dosáhnout výsledku výhra–výhra. Toto je možné docílit tak, že se nemocnému nabídne jistá míra kontroly nad situací, čímž se snižují jeho pocity bezmoci. Poskytneme mu **možnost volby**. To činí z pacienta partnera. Např. „*Pane Nováku, musím vám podat lék na uklidnění. S jakými léky máte lepší zkušenosti, s Haloperidolem nebo Diazepamem?*“

Je užitečné nalézt oblast, ve které se shodneme.

Najkrásnější slovo je ANO

Snažte se souhlas do komunikace zařazovat co nejčastěji. **Jsou 3 způsoby, jak můžeme tu-**

to schodu nalézt (Richmond et al., 2012, Vevera et al., 2018 a)

Shodnout se můžeme na pravdivých údajích (např. „Ano, chápu, že nechcete užívat léky, po kterých jste utlumený. Mohu vám říci, jaké jsou další možnosti?“).

Dále se můžeme shodnout na základních principech. Pacienti si mohou stěžovat na zacházení, které nerespektuje jejich důstojnost, například převezení na oddělení policí (lze využít jako startovací bod). Nemusíme se vyslovovat k tomu, zda to bylo správné či ne, ale sdělit např. „Pane Nováku, souhlasím s Vámi, že každý si zaslouží zacházení, které je založené na respektu“. Častým důvodem pacientovy agrese bývá jeho potřeba zdůraznit a prosadit své přání, svou vůli. „Nebudu už dál užívat ty vaše chemikálie,“ volá pacient a bouchá do stolu.

Správnou reakcí je **asertivně se dobrat racionálnímu jádru jednání**, vybědnout pacienta, aby sdělil, co mu na léčích nejvíce vadí, a vyjádřit empatii, např. „Jestli vám dobře rozumím, působí vám lék únavu. Řeknu vám teď, jaké jsou další možnosti.“

LITERATURA

- Balíková A, Vevera J. Prevalence násilí u hospitalizovaných pacientů na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN - data z let 2000 a 2011/2012. Raboch J, Zrzavecká I, Doubek P. Budoucnost o duševně nemocné v souvislostech. Brno: Tribun; 2014: 273-275.
- Denik.cz [Internet]:©2021[cit. 27/11/2021]. Available from: <https://denik.cz>
- Elgin SH. Language in Emergency Medicine: A Verbal Self-Defense Handbook. Bloomington: XLibris Corporation; 1999; 121 s.
- Honzák R. Komunikační pasti v medicíně. Praha: Galén; 1999; 165 s.
- Látalová K. Agresivita v psychiatrii. Praha: GradaPublishing; 2013; 240 s.
- Nawková L, Nawka A, Adámková T, et al. The Picture of Mental Health/Illness in the Printed Media in Three Central European Countries. J HealthCommun. 2012;17(1):22-40.
- Nichtová A, Volavka, J, Vevera, J, et al. Deconstructing violence in acutely exacerbating psychotic patients. CNS Spectrums. 2021;26(6):643-647. doi:10.1017/S1092852920001601.

Třetí možností je souhlasit s tím, že to, co říká je pravděpodobné či možné. Když pacient křičí „Každému by vadilo být tu zavřený“, můžeme souhlasit s tím, že určitě jsou lidé, kterým by to také vadilo. V každém případě se musíme snažit souhlasit s pacientem v co nejvíce bodech. Pokud to není možné, můžeme se alespoň shodnout na tom, že se neshodneme.

Vyhýbejte se slovu NE

Snažíme se vyhnout se přímému odmítnutí. **Místo „ne“ je vhodné nabídnout alternativu** např.: Můžete s tou kávou počkat do rána, už je večer; Nyní Vás propustit podle našich předpisů nemohu, ale zítra to předneseme na velké vize; Samostatnou vycházku Vám dnes umožnit podle našich pravidel nemohu, ale pokud se dnes a zítra neobjeví myšlenky na sebevraždu, budu na zítřejší poradě podporovat Vás požadavek.

Další možností je odvedení pozornosti, čehož lze dosáhnout tím, že se pacientovi nabídne něco k pití („určitě po tom všem, co jste dnes zažil, musíte mít žízeň, mohu vám nabídnout vodu?“).

- Niklova M, Moree D. Násilí na ženách v souvislosti s covid-19. Výzkumná zpráva. Praha: Sociologický ústav AV ČR, FHS UK. 2021; ISBN 978-80-7330-380-8.
- Nölke M. Trénink slovní sebeobrany. Praha: Grada. 2011; 120 s.
- Pekara J. Komunikace jako sebeobrana zdravotníka. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. 2015; 87 s.
- Petr T, Marková E. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada. 2014; 296 s.
- Pisl V, Vevera J, Holas J, et al. Violent behavior and the COVID-19 lockdowns; a nationwide register-based study. CNS Spectrums.
- Pisl V, Vevera J, Štěpanek N, Volavka J. Changes in ambulance departures for assault calls during COVID-19 pandemic restrictions. Aggressive Behavior 2023 ;49(1): 76-84
- Richmond JS, Berlin JSF, Fishkind AB, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement for American Association of Emergency Psychiatry. WestJEM 2012; 8(1):17-25.
- Sagan S. Awakening the Third Eye. Australia: Clairvision. 2007; 279 s.

Závěr

Téměř každý zdravotník se s agitovaným či násilně se chovajícím pacientem setká. Tato situace se bude odehrávat na našem pracovišti a je možné se na ni připravit. Bezpečí zdravotníka je prioritou. První volbou v přístupu k takovému pacientovi je deeskalace. Správným vyhodnocením a přiměřenou formou neverbální i verbální komunikace dokážeme často předcházet vzniku konfliktů nebo jejich stupňování.

K efektivnímu zvládnutí deeskalace ale nestačí znalosti. Klíčové jsou praktické dovednosti. Proto jsme ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí v Bohnicích a Vysokou školou zdravotní vytvořili týdenní kurz PRENA, kde trénujeme v hraných situacích v podmínkách daného pracoviště deeskalční techniky v praxi. Validační studie těchto intervencí právě probíhá.

Tato práce byla podpořena Ministerstvem vnitra České republiky v rámci projektu VJ01010116 a Výzkumným centrem Karlovy univerzity, program číslo 9.

- Vevera J, Hudeček J, Čechová K, et al. Agrese a násilné chování. Uhrová T, Roth J. Neuropsychiatrie. Praha: Maxdorf. 2020; str. 505-514. ISBN 978-80-7345-619-1.
- Van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning, et al. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. Br J Psychiatry. 2013;202:142-149.
- Vevera J, Nichtová A, Strunzová V, et al. Deeskalace – základní intervence ke zvládnutí násilí. ČS Psychiatrie. 2018;114(5):21-3-217.a
- Vevera J, Nichtová A, Strunzová V. Násilné chování v lékařské praxi. Postgraduální medicína. 2018; 20(6):580-586 b
- Vevera J, Oktábec Z, Perlík F, et al. Diazepam i. m. – the Most Common, but Inappropriate Medication for Management of Acute Anxiety, Agitation and Aggression. Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie. 2014; 77/110(6): 760-764.
- Virtanen M, Vahtera J, Batty GD. Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. Br J Psychiatry. 2011;198: 149-155.