

# DEESKALACE – ZÁKLADNÍ INTERVENCE KE ZVLÁDÁNÍ NÁSILÍ

souborný článek

Jan Vevera<sup>1,2,3,4</sup>  
 Andrea Nichtová<sup>1,5</sup>  
 Věra Strunzová<sup>1,5</sup>  
 Tomáš Petr<sup>6</sup>  
 Alexander Nawka<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

<sup>2</sup>Fakultní nemocnice Plzeň

<sup>3</sup>Národní ústav duševního zdraví, Klecany

<sup>4</sup>Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

<sup>5</sup>Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

<sup>6</sup>Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

<sup>7</sup>Institut neuropsychiatrické péče (INEP), Praha

## Kontaktní osoba:

Mgr. Andrea Nichtová  
 Psychiatrická nemocnice Bohnice  
 Ústavní 91  
 181 02 Praha 8  
 e-mail: andrea.nichtova@gmail.com

Tato práce byla podpořena Ministerstvem zdravotnictví České republiky, Agenturou pro zdravotnický výzkum České republiky, číslo grantu AZV 17-32445, a Výzkumným centrem Karlovy univerzity, program číslo 9.

## SOUHRN

Vevera J, Nichtová A, Strunzová V, Petr T, Nawka A. Deeskalace – základní intervence ke zvládnutí násilí

Deeskalace je způsob chování a komunikace, který vede ke snížení napětí u pacienta i u ošetřujícího personálu. Vždy je třeba mít na paměti, že bezpečnost zdravotníka je prvořadá. **Prvním krokem deeskalace je vyhodnocení situace** a zjištění anamnestických informací o pacientovi. V počáteční fázi diagnostického procesu není nutné stanovit přesnou psychiatrickou diagnózu, ale vyloučit somatické komorbidity ohrožující pacientův život. Zjišťujeme důvody, stadia a rizikové faktory konfliktu. Důležité je uvědomit si vlastní reakce, zachovat klid a nedat impulsivní odpověď. **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. V neverbální komunikaci je důraz kladen na proxemiku, kineziku a adekvátní prozodii. **Třetím krokem je vyjednávání**, jehož základním cílem je změnit konfrontaci na diskusi. S pacientem potřebujeme dosáhnout shody. Pro ulehčení komunikace je vhodné zajistit i násilně se chovajícímu pacientovi alespoň jistou míru kontroly nad situací. Usilujeme ale o jasné nastavení hranic. Použitím správného postupu deeskalace násilí dokážeme předcházet stupňování konfliktů a vyhneme se tak další traumatizaci pacienta.

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

## SUMMARY

Vevera J, Nichtová A, Strunzová V, Petr T, Nawka A. Deescalation – basic interventions for coping with violence

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** which consists of finding out patient's anamnestic data. In the initial phase of diagnostic process, **it is not necessary to set the right psychiatric diagnosis, but to exclude the somatic comorbidities** threatening patient's life and identify the reasons, states and risk factors of the conflict. It is important to be aware of our own reactions, stay calm, don't give an impulsive answer and identify the reason of patient's agitation. **The second step is a correct communication** based on informing patient about what happens and will happen which enhances his trust. The consistency of verbal and nonverbal communication is of most importance. In nonverbal communication, the emphasis is on proxemics, kinesics and adequate prosody. **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, even if he behaves violently; however we should always try to set limits. The proper use of the deescalation of violence can prevent escalation of the conflict and avoid a patient's traumatization.

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

## ÚVOD

I když se většina psychiatrických pacientů nechová agresivně, téměř každý zdravotnický pracovník se s agresivním pacientem ve svém zaměstnání setká.

Obecně se v psychiatrické literatuře věnuje především pozornost farmakologickým intervencím<sup>1,2</sup> u agitovanosti a agresivity, zatímco psychoterapeutické intervence nejsou dostatečně popsány a praktikovány, proto se v následujícím textu zabýváme deeskalací násilí jako základním nástrojem pro zvládnutí agitovanosti pacienta, který navazuje na náš předchozí článek s názvem *Primární prevence a intervence u agitovanosti a agresivity v klinické praxi*.

## DEESKALACE – ZKLIDNĚNÍ AGRESIVNÍHO NEMOCNÉHO

Základní intervencí, která předchází ostatním terapeutickým aktivitám, je deeskalace. Deeskalace je takový způsob chování a komunikace, který vede ke snížení napětí pacienta a také ošetřujícího personálu.<sup>3</sup> Skládá se ze tří složek – *vyhodnocení situace, komunikace (verbální a neverbální) a taktiky vyjednávání*. Pro úspěšnou deeskalaci je nutné, aby si zdravotník uvědomoval své emoce a okolnosti dané situace, aby ji mohl správně vyhodnotit.

Nezbytné je zajistit dostatečný čas a prostor. Nedodržování této zdánlivě samozřejmosti je často důvodem konzilií vyžádaných pro agresivitu.

### Vyhodnocení situace

Vyhodnocení situace znamená schopnost posoudit, co se děje, proč se to děje a co se asi bude dít dále, a navrhnout odpovídající intervence. Důležité je získat co nejrychleji potřebné anamnestické informace. Ty získáváme od rodinných příslušníků, zdravotního personálu, policie a ze zdravotních záznamů. S využitím těchto informací se pokusíme odhadnout, v jakém stadiu konfliktu se pacient nachází (tab. 1).

Při zvládnutí agrese je nutné získat čas, zachovat klid (nebo alespoň klidně vypadat) a hledat příčiny pacientovi agresivity a poskytnout prostor k přehodnocení. Kromě vnitřních

faktorů, zmíněných výše (bolest, úzkost, frustrace, pocity selhání, ponížení, prohra), hrají ve vyhodnocení a následném přehodnocení roli stimuly vycházející z prostředí, ve kterém se osoba aktuálně nachází nebo nedávno nacházela. Nepříznivé a zatěžující zevní faktory mohou usnadnit vznik násilí.

Čas k přehodnocení potřebuje i zdravotník. Především je důležité si uvědomit vlastní reakce. 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 hostilních reakcí, mnohem pravděpodobnější. V této fázi může též dojít k přehodnocení dosavadního chápání příčiny a záměru provokace. Je nutné získat čas, zachovat klid a hledat příčiny pacientovy agresivity.

### Komunikace

Při komunikaci platí, že použitím vhodných komunikačních technik můžeme často násilnému chování předcházet. Informování pacienta o tom, co se s ním děje a bude dít, napomáhá k vytvoření důvěry mezi pacientem a zdravotnickým personálem a často eliminuje vznik násilného chování.

Komunikace mezi zdravotníkem a pacientem by měla být především neprovokativní. Verbální a neverbální komunikace by měla být v rovnováze. Ve stresové situaci se skladba komunikace mění. Pekara<sup>4</sup> odhaduje, že 50 % komunikace zaujímá neverbální složka, 40 % tón hlasu a jenom 10 % verbální složka. Pro porovnání, přibližně 90 % emoční informace a 50 % celkové informace v mluvené angličtině není komunikováno slovem, ale jazykem těla, a to především tónem hlasu.<sup>5</sup>

Bez ohledu na etiologii agitace pacienta, zdravotník by vždy měl mít na paměti, že jde o akutní stav a ten si vyžaduje okamžitou intervenci, abychom mohli zvládnout symptomy nemoci a předejít zraněním. I když prostředí je důležitou součástí deeskalace pacienta, verbální a neverbální komunikace jsou často klíčem k úspěšnému zvládnutí pacienta a jeho naklonění ke spolupráci.<sup>6</sup> Užití nekontaktní deeskalace má několik výhod:

- fyzická síla užívaná personálem podporuje pacienta v názoru, že je nutné se bránit a vyřešit konflikt násilím;
- při užití fyzické síly se často prodlužuje pacientova hospitalizace,
- vyhneme se možnosti zranění jak na straně pacienta, tak i na straně personálu.

### Neverbální komunikace

Neverbální komunikace představuje důležitý aspekt komunikace. Mezi její součásti patří:

- proxemika, která se zabývá pozicemi, které zaujímáme v prostoru;
- kinezika, která se zabývá interpretací pohybů těla v sociálních interakcích, jakými jsou postoj, výrazy obličeje a gesta;
- prozódie, která pak představuje nejazykovou složku ústní komunikace.

### Proxemika

To, jak nakládáme s osobním prostorem, je důležité nejenom pro zklidnění situace, ale i pro bezpečnost zdravotnického personálu.

Mezi třemi nejčastějšími důvody, proč dochází k napadení zdravotnických pracovníků, jsou hned dva s tím související.

Tab. 1. *Stadia konfliktu*

Stadium konfliktu	Projevy chování	Intervence
Stadium úzkosti	změna chování vzhledem k pocitům ohrožení, zvýšený fyzický arousal	identifikace spouštěčů, podpurný přístup
Stadium verbální agrese	nástroj k zastrašení osob kolem sebe	asertivní přístup, snaha o řešení konfliktu skrze komunikaci
Stadium fyzické agrese	cílem je zranění druhé osoby, snaha získat plnou kontrolu nad situací	defenzivní přístup
Stadium zklidnění	pokles duševní i fyzické energie v návaznosti na agresivní chování	podpurný přístup a otevřená komunikace

Za prvé, chyba při udržování bezpečné vzdálenosti nebo pozice při eskalaci konfliktu nebo přímém ohrožení. Za druhé, chyba při zajištění únikového východu. Třetím je pak pochybení při rozpoznání signálu hrozícího nebezpečí.

Když přistupujeme a komunikujeme s osobou v úzkostné fázi, měli bychom dodržovat vzdálenost přibližně 1,2 m (orientačně vzdálenost dvou paží). Je to prostor důležitý nejenom pro bezpečí pacienta, ale taky pro bezpečí personálu, aby se uměl vyhnout fyzickým atakám pacienta. Přibližování k pacientovi zmenšuje jeho osobní prostor a zvyšuje tak napětí a negativní emoce u pacienta.<sup>7</sup> Doporučuje se přistupovat k pacientovi ze strany, protože to bývá vnímáno pacientem jako starostlivý, ale neohrožující přístup, avšak nedoporučuje se otočení zády. Zdravotník by neměl stát v konfrontačním postavení – čili ne čelem k pacientovi, ale v úhlu.<sup>7</sup>

Při komunikaci s nemocným ve fázi verbální agrese dodržujeme vzdálenost přibližně 1,8 m (orientačně na vzdálenost tří paží) a – pokud možno – přistupuje se ze strany. Tento přístup je totiž nejbezpečnější v případě kdyby došlo k další eskalaci situace. Ve fázi fyzické agrese se pak uchylujeme k jednomu z následujících: buď zakročíme, nebo utečeme, nebo se schováme. Vždy platí pravidlo, že bezpečnost zdravotníka je prioritou.

#### Kinezika

V úzkostné fázi je potřeba věnovat pozornost a správně reagovat na tyto neverbální známky stresu: rozechvělé rty, popocházení, ošívání se, mračení se, sklopení očí, hlasité povzdychování, zvýšení hlasu či ohlížení se. V mezích by měl zdravotník věnovat pozornost svému vlastnímu neverbálnímu projevu, který by měl být podpůrný: přistupování z úhlu; udržování očního kontaktu, zvláště během naslouchání; přikyvování hlavou na znamení pochopení; hlava nakloněná dopředu a lehce do strany; ruce otevřené a vepředu; udržování odstupu 1,2 metru od pacienta.

Oční kontakt musí být přiměřený, pohled z očí do očí je emočně velmi silný a nesmí trvat dlouho, naopak častá odhlížení a těkavý pohled jsou vnímány jako projevy nejistoty. Lepší jsou krátká odhlédnutí k zemi než pohledy do dálky a za pacienta, které mohou být vykládané jako nejistota. Oční kontakt je důležitý, protože vzbuzuje důvěru a zájem. Nedoporučuje se však pohled delší než šest vteřin. Pohled by se měl na chvíli odvrátit na jiné místo. Někdy se také využívá technika „třetího oka“, když se hledí doprostřed čela pacienta, což umožňuje sledovat mimické výrazy tváře pacienta a zároveň se mu nehledí přímo do očí.<sup>8</sup>

Důležité je respektovat neverbální signály pacienta (např. ústup, otočení hlavy) a jeho osobní prostor. U osob s paranoidními bludy je tento obvykle elipsoidní s větší částí za jejich zády. Postoj zdravotníka nesmí být útočný (ruce v bok) ani defenzivní (ruce zkřížené na prsou). Jako negativní gesta mohou být vnímána: krčení ramen, vrtění hlavou, ruce za zády nebo v kapsách, neklidné pohyby rukou a podobně.<sup>9</sup> S nemocným by se mělo komunikovat ve stejné výšce a nejlépe vsedě. Nikoliv 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.

Pacient může i doteky vnímat jako ohrožující. Je-li třeba dotek, např. z důvodu tělesného vyšetření, vždy o tom pacienta předem informujeme.

Je důležité, aby chování signalizovalo bezpečí a klid, ne hrozbu nebo nejistotu. Fyzická agrese je zřejmá. Méně výrazné však mohou být neverbální znamení tomu bezprostředně předcházející: 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 a měly by být zahájeny okamžitě kroky k zajištění vlastního bezpečí.

Ve fázi zklidnění, následující po fázi verbální nebo fyzické agrese, je typické, že rychlé pohyby ustávají a jsou více kontrolované; hlas se ztišuje a je jemnější; dochází k opětnému sklopení očí nemocného.

#### Prozódie

Zvukové vlastnosti jazyka zahrnují přízvuk, frázování, rytmus či intonaci. Během všech stadií konfliktu zachováváme klidný, přesvědčivý hlas. Vyhýbáme se hlasitému projevu a ostrému tónu.

#### Verbální komunikace

Základním pravidlem je nedat **impulzivní odpověď**. Je častou chybou, že se více členů terapeutického týmu snaží přispět svou měrou k vyřešení situace, ale při deeskalaci by měl na pacienta vždy mluvit jenom jeden člověk, který je v této oblasti zaškolen. Víc lidí by mohlo pacienta zmást a tím eskalovat násilí.<sup>10</sup> Užívají se vždy jednoduchá slova a krátké, srozumitelné věty, a ne složitá souvětí, kterým by pacient nemusel rozumět. V jedné větě podáme vždy pouze jednu informaci. Pacientovi je potřeba poskytnout dostatek času na to, aby pochopil, co mu bylo právě řečeno, nepodáváme mu hned doplňkové informace. Důležité informace opakujeme.

Co se týče verbální deeskalace, je třeba si pamatovat, že slušné chování je na prvním místě. Pacient by měl zdravotníka znát, proto by se mu měl zdravotník při prvním kontaktu vždy představit. Pacient by měl být osloven příjmením.<sup>7</sup>

Při komunikaci s pacientem je důležité identifikovat jeho potřeby a pocity a naslouchat, co říká. Užívat by se mělo aktivní naslouchání (tab. 2). Ošetřující personál by měl svými slovy, konverzací a jazykem těla dávat najevo, že věnuje pozornost tomu, co pacient říká a cítí. 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“.<sup>7</sup> Pro shrnutí uvádíme v tab. 2 pět zásad aktivního a empatického naslouchání.

Intoxikovaní pacienti nebo pacienti s demencí vnímají spíše tón než obsah našich slov. Při komunikaci je vždy nutno mluvit klidným hlasem. Oslovování pacienta by mělo být, jak je uvedeno výše, příjmením – dodává to komunikaci profesionální ráz a je to vnímáno jako projev respektu. Místo rázného „Tak co se tu děje“ spíše „Pane Nováku, rád bych se o problému dozvěděl více, můžete mi prosím říci, co se stalo“. Pacientovy hodnotící soudy „To je hrozné, co si tu dovoluji“, „Nemáte právo mě tady držet!“,

Tab. 2. Zásady aktivního naslouchání

Poskytnutí plné pozornosti pacientovi
Ujistění se, že dané situaci zdravotník rozumí
Nesklouzávání k rychlým soudům
Vnímání verbální a neverbální komunikace
Nebát se být chvíli tiše

„Je to tady jako ve vězení“ není třeba komentovat. Osobní slovní útoky přehlédneme, zdravotní personál by se měl snažit porozumět důvodům pacientova hněvu.<sup>3,6</sup>

Vhodné je sdělit pacientovi své pocity („to, jak kopete do dveří, mě 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“).<sup>11</sup>

Je vhodné s pacientem empatizovat a pomoci mu zlost vyjádřit, legitimizovat jeho reakce a neodsuzovat ho. Je vhodné uvědomit si, že agrese patří mezi emoce, které nás posilují. Tuto energii je možné využít a převést ji na prospěšnou aktivitu („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“).<sup>6</sup>

Zvýšená agrese patří k základnímu osobnostnímu vybarvení osob s disocíální poruchou osobnosti. Také zde se doporučuje nejednat podle přísloví „Na hrubý pytel hrubá záplata“. Naopak taktika otevřených dveří může agresora překvapit, zaskočit, „vzít mu vítr z plachet“.<sup>6</sup> Podobně 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 sice 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.

#### Vyjednávání

Základním cílem vyjednávání je změnit konfrontaci na diskusi, proto je důležité vyhýbat se výhrůžkám a ultimátům. Zdravotník vystupuje jako osoba ochotná a schopná pomoci.

Agresivní chování je často reakcí na subjektivně pocíťovanou prohru vyvolanou pocíťováním úzkosti, bezmoci nebo ponížení. 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. Toho je možné docílit tak, že se nemocnému nabídne jistá míra kontroly nad situací, čímž se snižují jeho pocity bezmoci. Pacient získá možnost volby – nabízí se mu více řešení situace (behaviorálních i farmakologických).<sup>7</sup>

Další možností je odvedení pozornosti, čehož lze dosáhnout tím, že se pacientovi nabídne něco k pití, případně

k jídlu („Určitě po tom všem, co jste dnes zažil, musíte mít žízeň, mohu vám nabídnout čaj nebo vodu?“).

Je potřeba najít s pacientem místo shody. **Jsou 3 způsoby, jak se můžeme s pacientem shodnout.**<sup>7</sup>

**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 častokrát stěžují 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 snaha dobrat se k racionálnímu jádru jednání, vybídnout 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.“

**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.<sup>13</sup> Nezapomínejme, že nejkrásnější slovo je „ano“.

Je vhodné umět pracovat i se strategií stupňování vyjednávání technik (tab. 3).

V rámci vyjednávání je důležité nastavit hranice. Jasně bychom měli verbalizovat, co již není ochoten zdravotnický personál tolerovat, a přidat bychom měli i sdělení o důsledcích nedodržení hranic. Měli bychom šetřit se slovy, snažit se vyhnout varování nebo vyhrožování (nevhodné – „dám vám ještě jednu šanci“) a hádce. Nabídky je vhodné opakovat. Výhrady vůči chování můžeme užívat, ale je důležité se vyhnout osobním komentářům a zobecňujícím sdělením. Trváme na takových hranicích, které jsou pacient i zdravotník schopni v daném zařízení dodržet.<sup>7</sup>

Při vystupňování neklidu se ukončuje hovor například tak, že se pacientovi vysvětlí, že je potřeba jeho případ konzultovat s nadřízeným či kolegou. Dále se postupuje za přítomnosti dostatečného počtu ošetřujícího personálu, případně se volá policie.<sup>14</sup> Nelze za cenu vlastního ohrožení zabránit pacientovi v odchodu. Je potřeba si připustit, že ne za všech okolností povede deeskalace ke zklidnění pacienta.

Tab. 3. **Shrnutí strategií, jak začít mluvit o medikaci – eskalace přesvědčovacích technik<sup>7</sup>**

Přesvědčovací techniky	Strategie
Co vám pomáhá v situacích, jako je tato?	Nabízíme možnost pro pacientovy nápady
Myslím si, že by mohla být pro vás užitečná medikace.	Uvedení skutečnosti
Vážně si myslím, že potřebujete nějakou medikaci.	Přesvědčování
Nejste v dobrém stavu. Nic nepomáhá. Dám vám potřebnou medikaci. Dobře funguje a je bezpečná. Kdyby se vám něco nezdálo, dejte mi vědět.	Přinucování
Jako lékař vidím, že jste nemocný. Neshodneme se nyní bohužel v názoru na léčbu. Je teď zcela nezbytné, abyste léky užil, nejlépe když si vezmete tablety. Pokud se nedohodneme, dáme vám je v injekci. Dnes odpoledne (nebo např. zítra – vždy dát jasný časový údaj) si o důvodu a formě léčby znova podrobně promluvíme.	Přinucování. Hrozí nebezpečí, poslední možnost

Pokud není efekt deeskalace dostatečný, přikročuje se k dalším postupům – farmakoterapii, fyzickému omezení pacienta, nedobrovolné hospitalizaci. Nicméně v deeskalaci se i nadále pokračuje. Vždy přitom vysvětlujeme a popisujeme smysl prováděných intervencí („Snažíme se vám pomoci, pane Nováku, podáme vám lék na zklidnění“). I v takové situaci se stále snažíme poskytnout možnost volby: „Je nutné vám podat lék. S jakými léky máte lepší zkušenosti?“

K provedení deeskalace je vždy nutné vyhradit si dostatek času a prostoru. Potřebné je mít na mysli, že klid je stejně tak „nakažlivý“ jako strach nebo panika. Když jsou pacienti zlostní, častokrát nenaslouchají slovům, ale vidí a reagují na to, co říká zdravotník svým tělem.<sup>6</sup>

## ZÁVĚR

Ve zdravotnických zařízeních přicházíme do kontaktu i s pacienty, které je nutno zklidnit, proto by každý zdravotník měl ovládat základní kroky deeskalace (tab. 4), aby byl schopen předejít svému i pacientovu zranění nebo zranění dalšího personálu. Správně zvolenou formou komunikace neverbální i verbální dokážeme často předcházet vzniku konfliktu nebo jeho stupňování. Vždy je třeba mít na paměti, že bezpečí zdravotníka je prioritou.

Deeskalace by měla být první volbou v přístupu k pacientovi s násilným nebo agitovaným chováním. Pokud to situace ihned neumožňuje, měli bychom k deeskalaci přistoupit co nejdříve po zabezpečení základních život a zdraví ohrožujících somatických stavů a poskytovat ji paralelně s potřebnou farmakoterapií.

Tab. 4. *Shrnutí tří složek deeskalace a její zásady*<sup>3</sup>

<b>Vyhodnocení situace</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dostatečný čas a vhodný prostor (možnost pomoci a úniku).</li> <li>• Informace o příčinách a souvislostech (ty často souvisí s frustrací z omezení práv, pocity bezmocnosti, ohrožení).</li> </ul>
<b>Neverbální komunikace</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Postoj nesmí být útočný – ruce v bok, ani defenzivní – ruce zkřížené na prsou.</li> <li>• Respektování neverbálních signálů pacienta (např. ústup, otočení hlavy). Fyzické agrese často předchází ideatorní a verbální agresi.</li> <li>• Respektování osobního prostoru (např. u pacientů s paranoidními bludy typicky větší za zády).</li> <li>• Jednání vsedě, při eskalaci situace požádání pacienta, pokud stojí, aby si sedl.</li> <li>• Omezení zevních stimulů.</li> </ul>
<b>Verbální komunikace</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Doporučuje se oslovovat pacienta příjmením – dodává to komunikaci osobnější ráz a je to často vnímáno jako projev respektu.</li> <li>• Slovní sdělení by mělo být maximálně jednoduché, srozumitelné a jednoznačné.</li> <li>• Nekomentujeme pacientovy hodnotící soudy (větu „<i>Všichni mě štve.</i>“ nekomentovat, ale snažit se porozumět jejím důvodům). Vyhybáme se hodnotícím sdělením, preferujeme užívání popisných vět.</li> <li>• Vyjádření empatie – eliminace pocitů bezmoci a frustrace.</li> <li>• Nenutíme pacienta k rychlým rozhodnutím, poskytujeme mu čas na rozmyšlení.</li> <li>• Sdělujeme pochopení pro pacientovy pocity, ne však pro chování. (např. „<i>Snažím se představit si, jak Vám je.</i>“ Ale pozor, musí být jasně pojmenováno, jaké chování není akceptováno. Nenecháváme pacienta, aby na personál křičel a napadal ho).</li> <li>• Odpovídáme na otázky, jejichž cílem je získání informací bez ohledu na to, jak neslušně jsou formulovány. Např. „<i>Kde mám tedy podepsat ten blbý informovaný souhlas?</i>“). Dotazovaný se domáhá konkrétní odpovědi.</li> <li>• Zůstáváme „nad věcí“, nenecháme se vtáhnout do hádky a zbytečné argumentace.</li> <li>• Při vystupňování neklidu ukončujeme hovor.</li> <li>• Dokumentace je prováděna až následně.</li> </ul>
<b>Vyjednávání</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vystupujeme jako osoba ochotná a schopná pomoci.</li> <li>• Konfrontaci měníme na diskusi. Cílem je výsledek výhra–výhra.</li> <li>• Docílení možnosti volby činí z pacienta partnera. Např. „<i>Je nutné vám podat lék. S jakými léky máte lepší zkušenosti?</i>“</li> <li>• Fyzická aktivita – na některých odděleních je k dispozici např. rotoped či boxovací pytel.</li> <li>• Vysvětlujeme a popisujeme smysl prováděných intervencí. Např. „<i>Snažíme se vám pomoci, pane Nováku, podáme vám lék na zklidnění.</i>“</li> </ul>

## LITERATURA

1. 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.
2. Mohr P, Knytl P, Voráčková V, Bravermanová A, Melicher T. Long acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients. *Int J Clin Pract* 2017; 71: 1–7.
3. Vevera J. Pacienti s násilným chováním. In: Papežová H. et al. *Naléhavé stavy v Psychiatrii*. Praha: Maxdorf 2014: 48–61.
4. Pekara J. Komunikace jako sebeobrana zdravotníka. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví 2015: 87.
5. Elgin SH. Language in emergency medicine: A verbal self-defense handbook. Bloomington, IN: XLibris Corporation 1999.
6. Honzák R. Komunikační pasti v medicíně. Praha: Galén 1999: 165.
7. 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.
8. Sagan S. *Awakening the Third Eye*. Australia: Clairvision 2007: 279.
9. Nöllke M. *Trénink slovní sebeobrany*. Praha: Grada 2011: 120.
10. Hájková E. *Rétorika pro pedagogy*. Praha: Grada 2012: 208.
11. Petr T, Marková E. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada 2014: 296.
12. Zelman M, Holly K, Bračoková H. Zvládání akutního psychomotorického neklidu a agresivity pacienta. *Psychiatr praxi* 2006; 7 (4): 85–190.
13. Paulík K. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada 2010: 240.
14. Latalová K. *Agresivita v psychiatrii*. Praha: Grada 2013: 240.