

Niefarmakologiczne radzenie sobie z przemocą w nagłych sytuacjach w psychiatrii

Mark A. Novitsky, Jr., MD, Rose J. Julius, DO, MPH, William R. Dubin, MD

- Lekarze zajmujący się zdrowiem psychicznym są w znacznym stopniu zagrożeni przemocą.
- Strategie werbalne i interpersonalne mogą pomóc skutecznie zmniejszyć ryzyko przemocy.
- Do przemocy rzadko dochodzi niespodziewanie, często natomiast można ją przewidzieć.
- Przemoc jest reakcją na poczucie bezradności i upokorzenia.
- Pewne rozwiązania architektoniczne mogą zwiększać bezpieczeństwo lekarza.
- Bezpieczeństwo w gabinecie powinno podlegać stałej ocenie.
- Interwencje werbalne, bez zastraszania, mogą zmniejszyć ryzyko zranienia podczas postępowania z uzbrojonym pacjentem.

Streszczenie

Lekarze mogą być narażeni na przemoc. Oddział pomocy doraźnej zapewniający opiekę psychiatryczną i ogólną może stanowić najbardziej niebezpieczne miejsce pracy w szpitalu. Nieodrzeczna dla wszystkich lekarzy znajomość zasad rozładowywania agresji ma szczególne znaczenie dla klinicystów pracujących na oddziale pomocy doraźnej. Niezależnie od podstawowych metod leczenia w postaci podawania leków i stosowania przymusu bezpośredniego w radzeniu sobie z pobudzonymi pacjentami należy wykorzystywać alternatywne strategie terapeutyczne. Rozumienie dynamiki przemocy stanowi podstawę opracowywania skutecznych interwencji, gdyż przemoc jest reakcją na poczucie bierności i bezradności. Lekarze powinni dokładnie oceniać ryzyko, z uwzględnieniem czynników ryzyka przemocy. Powinni znać zasady bezpieczeństwa obowiązujące w gabinecie oraz rozwiązania architektoniczne mogące zwiększać bezpieczeństwo. Jeżeli jest to możliwe, lekarze powinni uspokajać pacjentów bez ich zastraszania, rozpoznawać i szanować emocje pacjenta oraz zachęcać do otwartej rozmowy o uczuciach, próbując uniknąć sytuacji, w których doszłoby do użycia przemocy.

Wprowadzenie

To, że lekarz może paść ofiarą przemocy ze strony pacjenta, jest trudne do wyobrażenia dla większości lekarzy. Jednak klinicyści są w znacznym stopniu narażeni na przemoc. Zgodnie z prowadzonym w okresie 1993-1999 przez amerykański Departament Sprawiedliwości Crime Victimization Survey roczna częstość niezakończonych zgonem przestępstw z użyciem przemocy (gwałtów i napaści na tle seksualnym, napadów rabunkowych, kwalifikowanych i zwykłych napaści) dla przedstawicieli wszystkich zawodów wynosiła 12,6 przypadku na 1000 pracowników. Dla lekarzy ogółem wartość ta wynosiła 16,2, zaś dla pielęgniarek 21,9.¹ Natomiast wśród psychiatrów częstość napadów wyniosła 68,2 na 1000, dla pracowników ochrony na psychiatrii - 69,0, a dla pozostałego personelu psychiatrycznego - 40,7. Wśród psychiatrów, którzy uczestniczyli w sondażu, rozpoznanie napaści miało się w zakresie 3-40%, częściej zbliżając się do tej większej

wartości.^{2,4} Akty przemocy wobec rezydentów pracujących na oddziałach psychiatrycznych miały się w zakresie 19-64% (tytu rezydentów relacjonowało, że zostało napadniętych)^{4,7} przy dużym odsetku powtarzających się napaści - 10-31%.⁸⁻¹⁰

Również rezydenci pracujący na oddziałach innych niż psychiatryczne są w dużym stopniu narażeni na przemoc. Wśród rezydentów chirurgii 20% relacjonowało, że padło ofiarą napaści.¹¹ W innych badaniach^{6,10,12,13} opisywano, że napaści doświadczyło 16-40% rezydentów oddziałów internistycznych, którzy wzięli udział w sondażach.

Oddział pomocy doraźnej może stanowić najbardziej niebezpieczne miejsce pracy w szpitalu. Oddziały te mają charakter otwarty i trafiają na nie niewyselekcjonowani pacjenci. Policja codziennie przywozi osoby, które mogą być agresywne. Wzrasta również liczba osób nadużywających narkotyków, które zgłaszają się na takie oddziały. Badania wykazały alarmująco dużą częstość przyno-

Dr Novitsky, fellow, Department of Psychiatry and Human Behavior, Division of Child and Adolescent Psychiatry, Thomas Jefferson University; dr Julius, PGY-IV, academic chief resident; dr Dubin, academic professor, interim chair, Department of Psychiatry, Temple University School of Medicine, Philadelphia, Pennsylvania. Autorzy nie zgłaszają żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Adres do korespondencji: William R. Dubin, MD, Academic-Professor and Interim Chair, Department of Psychiatry, Temple University School of Medicine, Episcopal Campus, 100 E. Leigh Avenue, Suite 305, Philadelphia, PA 19125, Stany Zjednoczone; e-mail: dubinwr@tuhs.temple.edu

szczenia do szpitali broni, najczęściej na oddziały pomocy doraźnej,^{14,15} a także duże rozpowszechnienie aktów przemocy wobec personelu.¹⁶⁻¹⁹

American Medical Association i American Psychiatric Association nie dysponują danymi statystycznymi dotyczącymi częstości zabójstw lekarzy. Nie prowadzi się globalnych badań dotyczących zabójstw lekarzy. Dane dotyczące takich przypadków pochodzą z doniesień kazuistycznych lub medialnych.^{4,20,21} Dlatego znajomość zasad radzenia sobie z agresją zaczyna mieć kluczowe znaczenie dla wszystkich lekarzy, a zwłaszcza dla tych pracujących na oddziałach pomocy doraźnej. Techniki alternatywne, takie jak werbalna deeskalacja, są rzadko wykorzystywane przez lekarzy. Klinicysta nieznający tych zasad zwiększa ryzyko stania się ofiarą agresywnego pacjenta. Ten artykuł koncentruje się na zasadach radzenia sobie innych niż leczenie farmakologiczne lub stosowanie przymusu bezpośredniego.

Dynamika przemocy

Skuteczne radzenie sobie z przemocą opiera się na zrozumieniu jej dynamiki. Przemoc jest reakcją na poczucie bierności i bezradności. Zagrożające zachowania pacjentów często stanowią wyolbrzymioną reakcję na poczucie bezsilności, bezradności i subiektywnego lub rzeczywistego upokorzenia. Klinicysta spotykający przejawiającego zagrożające zachowania pacjenta powinien unikać werbalnej lub fizycznej agresji wobec niego. Psychiatra reagujący fizyczną bądź słowną agresją jest istotnie bardziej narażony na ryzyko zranienia lub działania niszczycielskie niż ten, który rozpoznaje swój lęk, ale jednocześnie wyraża chęć pomocy pacjentowi.²² Strategia zaoferowania pomocy bez pogroźek uspokaja pacjenta i stanowi podstawę postępowania z potencjalnie agresywnym pacjentem.²³

Interwencje w okresie bezpośrednio poprzedzającym przemoc

Do aktów agresji rzadko dochodzi nagle i całkiem nieoczekiwanie. Przeważnie można wyodrębnić okres prodromalny, w którym następuje zwiększanie się napięcia i lęku, następuje eskalacja agresji werbalnej i wyzwisk oraz nasilanie się aktywności ruchowej, zwykle polegającej na przemierzaniu pomieszczenia. Interwencja w postaci uspokajającej rozmowy w tym okresie eskalacji często zapobiega agresywnym zachowaniom. W takiej sytuacji eskalacji przemocy lekarz musi mieć pewność, że pacjent może go słyszeć i reagować na to, co mówi. Pacjent znajdujący się pod wpływem alkoholu lub substancji

psychoaktywnych nie jest dobrym kandydatem do wykorzystywania technik uspokajania. Dzięki zwracaniu się do pacjenta łagodnym tonem, przy jednoczesnym zachowaniu asertywnej postawy i mówieniu krótkimi zdaniami klinicysta może szybko ocenić, czy chory zwraca na niego uwagę.²⁴ Głośność, ton i tempo mówienia powinny być cichsze/wolniejsze niż pacjenta, chociaż jeżeli będą zbyt ciche/wolne, pacjent może postrzegać taki sposób mówienia jako zagrażający.²⁵ Lekarz powinien uspokoić pacjenta, zgadzając się z nim i nie wyrażając sprzeciwu wobec tego, co mówi.²⁴ Ważne, aby nie reagować na treść wypowiedzi pacjenta. Zamiast tego należy wręcz nadmiernie potakiwać.²⁴ Do pacjenta znajdującego się w fazie eskalacji przemocy należy podchodzić z przodu lub z boku, natomiast podejście z tyłu jest szczególnie niebezpieczne. Należy pamiętać, aby nigdy nie odwracać się tyłem do pobudzonego lub zagrażającego pacjenta.²⁵

Radzenie sobie z emocjami

Główną strategią deeskalacji w postępowaniu z potencjalnie zagrażającym pacjentem jest opanowywanie emocji. Osoby wzburzone emocjonalnie będą chciały omówić swoją sytuację, a lekarz nie powinien zbyt inżynierować w przebiegu rozmowy.²⁶ Pacjent zdominowany uczuciem gniewu często budzi u lekarza uczucie lęku. Reakcją na nie może być udzielanie logicznych i racjonalnych wyjaśnień, co jeszcze bardziej rozjusza pacjenta. Radzenie sobie z emocjami obejmuje uznanie emocji pacjenta, uzasadnienie ich, jeżeli są adekwatne, i zachęcanie pacjenta do rozmawiania o jego uczuciach. Lekarz może np. powiedzieć: „Widzę, jak bardzo to pana złości. Jeżeli podano by mi lek wbrew mojej woli, byłbym tak samo zły jak pan. Porozmawiajmy o tym, jak pan się czuje”. Takie sformułowania, jak „omówić”, „zrzucić ciężar” czy „oczyszczenie” (katharsis), to kolokwialne określenia procesu, który pomaga danej osobie wyrzucić z siebie emocje. Zajmowanie się emocjami ma kilka celów: uczy pacjenta ograniczać stan wewnętrzznego napięcia przez werbalizację uczuć; pokazuje również choremu, że nie musi nikogo uderzyć ani niszczyć mebli, aby poczuć się lepiej. Stworzenie możliwości przewentylowania emocji często rozbraja pacjenta i zapobiega agresywniejszej konfrontacji.

Dodatkowe techniki radzenia sobie

Zrozpaczony chory wymaga aktywnej reakcji lekarza. Utrzymywanie kontaktu wzrokowego i mowa ciała sygnalizujące pacjentowi uwagę i empatię zmniejszą prawdopodobieństwo, że dojdzie z jego strony do eskalacji lub

napaści w celu zwrócenia na siebie uwagi.²⁶ Przedłużający się lub zbyt intensywny kontakt wzrokowy może jednak być postrzegany jako groźba.²⁷ Eichelman²⁶ opisał skuteczne w radzeniu sobie z agresją interwencje. Wykorzystywanie technik aktywnego słuchania, takich jak parafrazowanie wypowiedzi pacjenta przez krótkie podsumowywanie fragmentów jego wypowiedzi, pomaga pokazać, że lekarz rozumie jego przeżycia. Ważne, aby reagować w sposób uczciwy i precyzyjny. Nieuczciwość może narazić lekarza na odwet ze strony pacjenta lub nadwładliwą relację terapeutyczną. Eichelman²⁶ zaleca, aby niezależnie od sytuacji lekarz zachowywał odpowiedni dystans fizyczny wobec pacjenta. Strefa bezpieczna u agresywnych pacjentów jest większa, a w postępowaniu z takimi chorymi należy przestrzegać reguły pozostawania w odległości dwóch niewielkich kroków lub przynajmniej na długość ramienia od pacjenta. Przestrzeń osobistą można wyobrazić sobie jako owalną strefę rozciągającą się na około 1,2-1,8 metra we wszystkie strony.²⁵ Jeżeli chory stoi, lekarz również powinien stać. Jeżeli pacjent siedzi, lekarz także powinien usiąść i nie stać nad nim podczas rozmowy. Jeżeli pacjent spaceruje, lekarz może posłużyć pacjentowi jako model, chodząc razem z nim, ale w znacznie wolniejszym tempie. Berg i wsp.²⁵ zalecają, aby lekarz przybrał taką postawę, żeby sprawiał wrażenie mniejszego i mniej zagrażającego. Można to osiągnąć przez trzymanie rąk na poziomie talii, z otwartymi dłońmi zwróconymi do góry lub przybranie postawy myśliciela (jedno przedramię krzyżuje klatkę piersiową, łokieć drugiej ręki oparty na nim, a palec wskazujący podpierają podbródek).

Ustalanie granic

Na eskalację zachowań lub pobudzenie chorego lekarze czasami reagują odwetowymi groźbami, co uważają za stawianie granic. Interwencja oparta na groźbach wywiera jednak działanie przeciwne do zamierzonego, ponieważ wyzwala u pacjenta poczucie bezsilności i upokorzenia, zwiększając tym samym ryzyko przemocy. Nigdy nie należy wyrażać jawnej złości lub wrogości²⁷ wobec pobudzonego pacjenta. Stawianie granic może pełnić funkcję terapeutyczną i zapobiegać gwałtownym zachowaniom. Green i wsp.²⁸ opisują podstawową filozofię stojącą za ustalaniem granic, które powstrzymuje i przeciwdziała dysfunkcyjnym zachowaniom zaburzającym proces terapii i zagrażającym bezpieczeństwu lekarza. Autorzy stwierdzają następnie, że skuteczne ustalanie granic obejmuje jednoznaczne zidentyfikowanie określonych zachowań, które należy zmienić, i szczegółowe omówienie konsekwencji, które zostaną zastosowane, jeżeli te niepożądane zachowania będą kontynuowane. Jeżeli tera-

peuta nie myśli i nie komunikuje się w jasny sposób z pacjentem przejawiającym niewłaściwe zachowania, interwencja może sprawić pacjenta w zakłopotanie i go zdezorganizować. Jeżeli jest to możliwe, przed zastosowaniem konsekwencji należy wyjaśnić ich zasady, ponieważ zapewnia to pacjentowi większą elastyczność w wyrażaniu swojej autonomii oraz możliwość podjęcia decyzji.

Ustalanie granic jest najskuteczniejsze, jeżeli przebiega w następującej kolejności.²⁸ Po pierwsze, pacjent jest informowany, które z jego zachowań nie jest możliwe do zaakceptowania. Po drugie, otrzymuje wyjaśnienie, dlaczego dane zachowanie nie jest akceptowane. W końcu proponuje mu się kilka różnych alternatywnych interwencji terapeutycznych.

Lekarz może np. powiedzieć pacjentowi: „Nie może pan krzyczeć, przeklinać ani grozić innym pacjentom w pokoju dziennym. Oni się pana boją i myślą, że może im pan zrobić krzywdę. Dlatego może pan teraz pójść do swojego pokoju i posłuchać radia, aż się pan uspokoi. Możemy też pójść do izolatki, gdzie podam panu leki”. Z kilku zaproponowanych możliwości pacjent przeważnie akceptuje preferowaną opcję. W każdej sytuacji, w której pacjent ma możliwość wyboru, musi na chwilę zatrzymać się i rozważyć proponowane opcje. Każda taka przerwa odbiera jego złości część energii i w miarę kontynuowania tego procesu pacjent powoli odzyskuje panowanie nad sobą.²⁴ Proponowanie tylko jednej opcji zachęca pacjenta do kłótni i negocjacji, co prowadzi do dalszej eskalacji i często kulminacji w postaci ataku na lekarza i unieruchomienia pacjenta.

Podstawowym elementem stawiania granic dla lekarza jest określenie, czy pacjent jest w stanie zareagować. Mówiąc ogólnie, im większy stopień zaburzeń funkcji poznawczych, tym mniej pacjent jest w stanie zrozumieć i reagować w trakcie ustalania granic.

W takich przypadkach i w zależności od tego, gdzie pacjent się wyraża, klinicysta powinien zadzwonić po pomoc lub natychmiast opuścić pokój badań, jeżeli nie jest dostępna żadna inna osoba, która mogłaby mu pomóc w opanowaniu pacjenta.

Ocena ryzyka przemocy

Najskuteczniejszą strategią poprawy bezpieczeństwa lekarza jest przewidywanie potencjalnej agresji. Tardiff²⁹ sugeruje, że istnieją pewne czynniki kliniczne, psychologiczne i dane z wywiadu, które zwiększają ryzyko przemocy (tabela). Chociaż nie ustalono określonego zestawu ani liczby tych czynników ryzyka, które mogłyby umożliwiać przewidzenie przemocy, ich istnienie uświadamia lekarzowi, że pacjent może stwarzać takie zagrożenie. Lekarz, który ma świadomość tych czynników ryzyka, może opracować strategię terapeutyczne, które minimalizują zagrożenie przemocą.

Ocena ryzyka powinna obejmować: zamiar zrobienia krzywdy sobie lub innym, posiadanie broni lub dostęp do niej, przemoc w niedawnej przeszłości, opracowanie określonego planu agresywnych zachowań, używanie narkotyków i alkoholu, niestosowanie się do zaleceń terapeutycznych i leczenia farmakologicznego oraz towarzyszące zaburzenia psychiczne i somatyczne.²⁷ Inne elementy oceny ryzyka obejmują obecność chorób, dotychczasowy wywiad psychiatryczny, historię posługiwania się bronią, konflikty z prawem i ocenę stanu psychicznego.^{23,30} Chorzy, którzy w przeszłości stosowali przemoc, ujawniali objawy paranoiczne lub zaburzenia osobowości typu borderline i słabą kontrolę impulsów, nie powinni być badani po raz pierwszy w gabinecie prywatnym.²⁵ W przypadku chorych zaliczanych do grup dużego ryzyka w ośrodkach szpitalnych lekarz może zdecydować o pozostawieniu otwartych drzwi podczas badania przy jednoczesnej obecności

ści personelu bądź ochrony lub rozmawianiu w sali konferencyjnej, gdzie duży stół może stwarzać barierę między nim a pacjentem.

Najważniejszą przeszkodą w skutecznej ocenie ryzyka jest psychologiczny mechanizm obronny w postaci zaprzeczania. Zaprzeczanie zmniejsza niepokój lekarza przez wypieranie pewnych myśli, uczuć lub czynników zewnętrznych, które na poziomie świadomym nie mogłyby być tolerowane. Dlatego lekarze ignorują dane kliniczne lub zachowania sugerujące, że pacjent może stać się agresywny. Psychiatra, zamiast uznać swój niepokój i lęk, może np. projektować fałszywe poczucie odwagi i pewności siebie. Innym przejawem zaprzeczania jest niemożność uzyskania istotnych danych z wywiadu związanych z wcześniejszymi aktami przemocy i aresztowaniami lub niemożność zapytania pacjenta o aktualne agresywne zachowania. Ocena ryzyka, jak opisano wcześniej, rozpoczyna się od zneutralizowania silnego psychologicznego obronnego mechanizmu zaprzeczania u lekarza. W przypadku pacjentów, u których wstępnie obserwuje się czynniki ryzyka przemocy, ponowna ocena ryzyka przemocy powinna być prowadzona w sposób ciągły, nieprzerwany i być dokumentowana. Przewidzenie przemocy umożliwia opracowanie planu zapobiegania i może znacznie zwiększać bezpieczeństwo.

Środowiskowe strategie zwiększania bezpieczeństwa

Niektóre rozwiązania architektoniczne mogą zwiększać bezpieczeństwo lekarza. Meble w bezpiecznym gabinecie powinny być ciężkie, aby nie mogły być podnoszone lub wykorzystywane jako broń. W gabinetach, szczególnie znajdujących się na izbach przyjęć lub oddziałach szpitalnych, nie powinno być twardych przedmiotów o ostrych krawędziach – takich jak popielniczki, ozdoby, lampy lub inne elementy dekoracyjne, którymi można rzucać lub użyć ich jako broni – ani gorących napojów.²³ Drzwi wszystkich gabinetów powinny otwierać się na korytarz, a nie do wewnątrz. Zapobiega to zablokowaniu terapeuty przez pacjenta i uniemożliwieniu mu wyjścia z gabinetu przez napieranie na drzwi. Berg i wsp.²⁵ zalecają kilka strategii, które mają zwiększać bezpieczeństwo na oddziałach pomocy doraźnej i w poradniach. Zasłonięte okno w drzwiach do pokoju badań umożliwia zachowanie prywatności przy jednoczesnym sygnalizowaniu możliwości monitorowania nieakceptowanych zachowań. Także kamery bezpieczeństwa stwarzają poczucie, że zachowanie jest monitorowane, zaś wywieszenie zasad postępowania jasno pokazuje, że przemoc nie będzie tolerowana i ma określone konsekwencje.

TABELA
Czynniki ryzyka przemocy²⁹

- Wielokrotne akty przemocy w przeszłości
- Pobudzenie, złość, zdezorganizowane zachowanie
- Zła współpraca podczas badania
- Szczegółowe lub zaplanowane groźby użycia przemocy
- Dostępność środków, które mogą spowodować uszkodzenie ciała, np. posiadanie broni
- Znęcanie się fizyczne lub wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie
- Choroba na podłożu organicznym
- Obecność objawów psychotycznych, szczególnie urojeń lub omamów imperatywnych
- Zaburzenie osobowości typu borderline lub osobowość dyssocjalna
- Używanie alkoholu lub narkotyków
- Przynależność do grupy demograficznej, w której przemoc jest spotykana częściej: młode osoby płci męskiej, niski status społeczno-ekonomiczny

Novitsky MA, Julius RJ, Dubin WR. *Primary Psychiatry*. Vol. 16, No 9, 2009.

Należy tak aranżować otoczenie, aby zapewnić lekarzowi fizyczne i osobiste bezpieczeństwo. W gabinetach w poradniach ambulatoryjnych powinny być przyciski bezpieczeństwa lub ustalone strategie zawiadomienia recepcjonistki, innego personelu czy nawet policji, na wypadek wystąpienia zagrażającej sytuacji. Należy opracować specjalny protokół i przeszkolić personel gabinetu tak, aby umiał rozpoznawać pacjentów stwarzających zagrożenie przemocą. Strategia postępowania powinna być dostępna na miejscu. Personel gabinetu powinien mieć możliwość zawiadomienia personelu klinicznego oraz – jeżeli zajdzie taka potrzeba – również policji, bez alarmowania pacjenta, które eskaluje swoje zachowanie lub od początku stwarza zagrożenie przemocą. Można posługiwać się prostym kodem, np. „Doktorze X, czy może pan natychmiast zbadać tego pana?”, co może być sygnałem, że pan Y demonstruje zachowanie stwarzające ryzyko, że dojdzie do przemocy z jego strony. Taki niezagrażający komunikat telefoniczny pozwala lekarzowi wykorzystywać inne strategie, np. zawiadomienie policji czy zaalarmowanie pozostałego personelu klinicznego, który pomoże poradzić sobie z pacjentem. Należy posługiwać się odrębnym kodem w celu zaalarmowania personelu, że w poczekalni znajduje się uzbrojony pacjent. Taki alarm powinien być prosty i niezagrażający, np. „Czy pokój nr 22 jest wolny?”. Należy również rozważyć wykorzystywanie systemów alarmowych bezpośrednio zawiadamiających policję, szczególnie w sytuacji, kiedy pacjent ma broń lub jest podejrzanym o jej posiadanie. Również takie alarmy powinny być dyskretne, aby pacjenci nie zorientowali się, że alarm został użyty.

Bezpieczeństwo w gabinecie

Radzenie sobie z agresywnymi lub stosującymi przemoc chorymi może być trudnym problemem dla lekarza prowadzącego indywidualną praktykę poza szpitalem. Bezpieczeństwo w gabinecie wymaga planowania i wytrwałości. Lekarze zawsze powinni mieć świadomość kwestii związanych z bezpieczeństwem. Jeżeli lekarz opiekuje się osobami z zachowaniami agresywnymi w wywiadzie, chorymi psychotycznymi lub często bada nowych pacjentów, musi uwzględniać pewne swoje problemy dotyczące bezpieczeństwa w gabinecie. Najlepiej, aby w gabinecie były dwie pary drzwi, jedno wychodzące do recepcji/poczekalni i drugie – zamknięte – prowadzące do właściwego pokoju badań. Te drugie drzwi powinny być wyposażone w wizjer, aby lekarz mógł zobaczyć, kto znajduje się w recepcji. Lekarz może chcieć, aby w gabinecie były dwa wejścia, dzięki czemu kiedy zagrażający pacjent znajdzie się w recepcji, dostępne będzie inne wyjście z gabinetu.

Jeżeli lekarz nie ma recepcjonistki, powinien rozważyć instalację alarmu bezpieczeństwa albo systemu dzwonek informującego ochronę budynku lub policję o obecności wygrażającego bądź agresywnego pacjenta. Gabinet powinien być urządony w sposób adekwatny do typu leczonych pacjentów, o czym wspomniano wcześniej. W przypadku psychiatrów pracujących samotnie z nowym pacjentem przed pierwszą wizytą należy przeprowadzić wstępną rozmowę telefoniczną w celu oceny czynników ryzyka przemocy (zasady oceny opisano wcześniej). Jeżeli lekarz podejrzewa, że pacjent stwarza większe zagrożenie przemocą, powinien rozważyć zbadanie go w bezpiecznym miejscu, takim jak oddział pomocy doraźnej lub szpital. Jeżeli nie ma dostępu do takiego miejsca, powinien zapewnić sobie obecność członków rodziny pacjenta lub innych osób podczas badania. Niezależnie od charakteru gabinetu pacjenci, u których stwierdza się czynniki ryzyka przemocy, nie powinni być badani wcześniej rano ani późnym wieczorem, kiedy personel lub inna pomoc mogą być niedostępne.

Postępowanie z uzbrojonym pacjentem

W przypadku kiedy w ośrodku terapeutycznym pojawia się uzbrojony pacjent, należy maksymalnie ograniczyć liczbę członków personelu narażonych na ryzyko zranienia.²⁹ Personel powinien wycofać się do gabinetu. Lekarz powinien stwierdzić oczywisty fakt, np. „Widzę, że ma pan broń”.²⁹ Powinien też zachować spokój, nie reagować agresją ani nie grozić. Na początku należy zachęcić pacjenta do rozmowy i powtórzyć istotne dla niego kwestie. Przyjście z bronią palną prawie zawsze jest wyrazem poczucia nieadekwatności i przeżywania lęku. Lekarz powinien podjąć próbę rozmowy na temat podstawowych problemów psychologicznych. Ważne, aby raczej zidentyfikował obszary, w których punkt widzenia pacjenta jest właściwy, a nie od początku próbował pokazać, w czym pacjent nie ma racji. Współpracę można poprawić przez zidentyfikowanie i nazwanie pewnych podobieństw między lekarzem a pacjentem.

Jeżeli po upływie krótkiego czasu pacjent nie odpala broni, prawdopodobieństwo, że to zrobi, jeszcze się zmniejsza. Mimo to na początku lekarz powinien zastosować się do wszystkich żądań pacjenta i zwrócić szczególną uwagę na to, aby nie rozdrażniać go jeszcze bardziej. Nie należy podejmować prób odebrania pacjentowi broni. Można mu zasugerować, aby delikatnie odłożył broń.²⁹ Należy wyrzucić broń ani mówić pacjentowi, żeby ją wyrzucił, ponieważ stwarza to ryzyko jej odpalenia.²⁹

Podsumowanie

Radzenie sobie z agresywnym, stosującym przemoc pacjentem stanowi wyzwanie. Jeżeli jednak lekarz co jakiś czas sprawdza najważniejsze punkty postępowania klinicznego, wtedy większość spotkań z takimi chorymi może dawać satysfakcjonujące rezultaty. Podstawowe zasady postępowania są następujące. Po pierwsze, u wszystkich nowych pacjentów należy dokonać oceny ryzyka i prowadzić ciągłą ocenę zagrożenia w przypadku tych pacjentów, u których obecne są czynniki ryzyka przemocy. Po drugie, trzeba unikać badania lub leczenia chorych stwarzających zagrożenie przemocą samemu lub w oddzielnym gabinecie. Po trzecie, należy pamiętać, że przemoc jest reakcją na poczucie bezradności, bierności i subiektywnego lub faktycznego upokorzenia. Po czwarte, najskuteczniejszą i najważniejszą interwencją w radzeniu sobie z przemocą jest strategia prowadzenia niezagrażającej, uspokajającej rozmowy i radzenia sobie z emocjami. Po piąte, w ramach zasad obowiązujących w ośrodku pacjentowi należy zawsze zaproponować dwie możliwości, z których jedna będzie preferowana. Po szóste, nie należy grozić uzbrojёнemu pacjentowi, a lekarz powinien reagować w niezagrażający sposób, zaoferować pomoc i zrozumienie. W końcu należy okresowo dokonywać oceny bezpieczeństwa w gabinecie i miejscu przebywania pacjentów oraz wprowadzać zmiany zwiększające jego poziom.

Piśmiennictwo

- Duhart DT. *Violence in the Workplace*, 1993-1999. Bureau of Justice Statistics Special Report, NCJ 190076. Washington, DC: U.S. Department of Justice; 2001.
- Davies S. Assaults and threats on psychiatrists. *Psychiatr Bull*. 2001;25(3):89-91.
- O'Sullivan M, Meagher D. Assaults on psychiatrists - a three-year retrospective study. *Ir J Psych Med*. 1998; 15(2):54-57.
- Clinician Safety: Report of the American Psychiatric Association Task Force on Clinician Safety*. Report #33. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1993.
- Black KJ, Compton WM, Wetzel M, et al. Assaults by patients on psychiatric residents at three training sites. *Hosp Community Psychiatry*. 1994;45(7):706-710.
- Coverdale J, Gale C, Weeks S, et al. A survey of threats and violent acts by patients against training physicians. *Med Educ*. 2001;35(2):154-159.
- Schwartz TL, Park TI. Assaults by patients on psychiatric residents: a survey and training recommendations. *Psychiatr Ser*. 1999;50(3):381-383.
- Chaimowitz GA, Moscovitch A. Patient assaults against psychiatric residents: the Canadian experience. *Can J Psychiatry*. 1991;36(2):107-111.
- Fink DL, B. Shoyer B, Dubin WR. A study of assaults against psychiatric residents. *Acad Psychiatry*. 1991; 15(2):94-99.
- Milstein V. Patient assaults on residents. *Indiana Med*. 1987;80(8):753-755.
- Barlow CB, Rizzo AG. Violence against surgical residents. *Western J Med*. 1997;167(2):74-78.
- Paola F, Malik T, Qureshi A. Violence against physicians. *J Gen Intern Med*. 1994;9(9):503-506.

13. VanIneveld CH, Cook DJ, Kane SL, et al. Discrimination and abuse in internal medicine residency. *J Gen Intern Med.* 1996;11(7):401-405.
14. Goetz RR, Bloom JD, Chenell SL, et al. Weapons possession by patients in a university emergency department. *Ann Emerg Med.* 1991;20(1):8-10.
15. Thompson BM, Nunn J, Kramer I, et al. Disarming the department -weapon screening and improved security to create a safer ED environment. *Ann Emerg Med.* 1988;17(4):419.
16. Foust D, Rhee KJ. The incidence of battery in an urban emergency department. *Ann Emerg Med.* 1993;22(3):583-585.
17. Jenkins MG, Rocke LG, McNicholl BP, et al. Violence and verbal abuse against staff in accident and emergency departments: a survey of consultants in the UK and the Republic of Ireland. *J Accid Emerg Med.* 1998;15(4):262-265.
18. Pane GA, Winiarski AM, Salness KA. Aggression directed toward emergency department staff at a university teaching hospital. *Ann Emerg Med.* 1991;20(3):283-286.
19. Wyatt JP, Watt M. Violence towards junior doctors in accident and emergency departments. *J Accid Emerg Med.* 1995;12(1):40-42.
20. Dubin WR, Lion JR. Violence against the medical profession. In: *Creating a Secure Workplace: Effective Policies and Practices in Health Care.* Lion JR, Dubin WR, Futrell DE, eds. Chicago, IL: American Hospital Publishing, Inc.; 1996:3-14.
21. Ladds B, Lion JR. Severe assaults and homicide within medical institutions: epidemiologic issues. In: *Creating a Secure Workplace: Effective Policies and Practices in Health Care.* Lion JR, Dubin WR, Futrell DE, eds. Chicago, IL: American Hospital Publishing, Inc.; 1996:15-24.
22. Dubin WR, Wilson, SJ, Mercer C. Assaults against psychiatrists in outpatient settings. *J Clin Psychiatry.* 1988;49(9):338-345.
23. Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatr.* 2006;30(4):586-591.
24. Maier GJ. Managing threatening behavior: the role of talk down and talk up. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1996;34(6):25-30.
25. Berg AZ, Bell, CC, Tupin J. Clinician safety: assessing and managing violent patients. *New Dir Ment Health Serv.* 2000;(86):9-29.
26. Eichelman BS. Strategies for clinician safety. In: *Patient Violence and the Clinician.* Eichelman BS, Hartwig AC, eds. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1995:139-154.
27. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am.* 2005;28(3):701-711.
28. Green SA, Goldberg RL, Goldstein DM, et al. The art of limit setting. In: *Limit Setting in Clinical Practice.* Green SA, Goldberg RL, Goldstein DM, Leibenluft E, eds. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1988:1-13.
29. Tardiff K. Clinician safety. In: *Tardiff K. Assessment and Management of Violent Patients.* 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc; 1996:28.
30. Buckley PF, Noffsinger SG, Smith DA, et al. Treatment of the psychotic patient who is violent. *Psychiatr Clin North Am.* 2003;26(1):231-272.