

Model deeskalace



Prof. Len Bowers, Institute of Psychiatry

Deeskalace a její význam je téma, které se aktuálně mezi psychiatrickými sestrami hodně diskutuje. Uklidňování, snižování napětí či odreagování se často považuje za první pomoc, tu nejdůležitější. Kurzy prevence a zvládnání agrese jsou doporučovány jako významná a časově poměrně náročná součást výcviku (National Institute for Clinical Excellence, 2005). Na smyslu panuje všeobecná shoda: předcházet násilnostem a ublížení na zdraví bez použití nepříjemných a rizikových intervencí typu omezovacích prostředků a izolace (MIND, 2011).

Přítom nemáme žádný systematický popis toho, co deeskalace vlastně obnáší, a proto těžko můžeme navrhnout koncept výcviku nebo nabízet personálu metody, jak se v těchto dovednostech co nejvíce zdokonalit. Výzkumy, které by nám v tom pomohly, prakticky neexistují. Kliničtí pracovníci se sice mnohé naučí ze zkušenosti a jeden od druhého, ale teoretické informace jsou roztroušeny v různých publikacích, aniž by je někdo srozumitelně uspořádal.

Taková byla situace přinejmenším v devadesátých letech, kdy jsem začal dávat dohromady výzkumný tým s cílem provést masivní rešerši literatury o náročném chování pacientů (agrese, útěky, porušování pravidel, sebepoškozování atd.) a metod, které my, sestry, používáme k jeho zvládnání (fyzické omezení, zvýšený dozor atd.). Byl jsem si vědom nedostatku dostupných odborných informací, a tak jsem členy svého týmu žádal o nalezení jakýchkoli informací o deeskalaci, které by nám pomohly náročné chování pacientů zmapovat. Poté jsme tyto materiály použili k vytvoření modelu deeskalace, který zde předkládáme.

Tento model deeskalace také dobře vystihuje naše širší úvahy o tom, jak vysvětlit rozdíly mezi jednotlivými odděleními co do četnosti konfliktů (agrese, sebepoškozování, sebevraždy atd.) a způsobu kontroly (Bower, Bowers et al.), a byl použit v rámci randomizované studie zaměřené na zvýšení bezpečí na odděleních. Během přípravných prací v rámci této naší studie se deeskalací začali zabývat také kolegové z Univerzity v Manchesteru, aniž bychom o tom věděli. Výsledkem je vynikající práce, kterou velice doporučuji jako zdroj informací a domnívám se, že poskytuje dobrý popis současné klinické zkušenosti s deeskalací (Price and Baker, 2012). Nicméně náš model deeskalace integruje tentýž materiál do uspořádaného celku a umožňuje porozumět procesu deeskalace. Můžeme proto určit oblasti, na které se musíme zaměřovat ve výcviku sester, oblasti pro další výzkum i oblasti, které bychom měli jako jednotlivci rozvíjet, máme-li se v deeskalaci zlepšovat.

Model popisuje deeskalaci jako proces, který začíná vymezením situace, pokračuje vyjasněním problému u daného pacienta a končí jeho vyřešením. Naznačuje ale rovněž to, že tento proces bude úspěšný pouze v případě, že deeskalující bude v každé fázi ovládat své emoce a vyjadřovat respekt a empatii vůči osobě pacienta. Zjednodušený náčrt modelu je uveden na obrázku 1, podrobný popis je uveden níže. Podrobnější verze modelu v tiskovém provedení je k dispozici ke stažení na internetu (www.kcl.ac.uk/mentalhealthnursing). Můžete si ji vytisknout a použít libovolný počet kopií.



Vymezení situace: V první fázi je třeba v nastalé situaci zajistit bezpečí pro sebe i pro ostatní. Může to znamenat v případě nutnosti spustit poplach, zavolat si pomoc či posilu, zajistit soukromí (požádat ostatní, aby odešli, nebo s dotyčným pacientem poodejít stranou apod.), tedy vyhnout se konfliktu před publikem nebo ohrožení jiného pacienta. Po celou dobu je třeba udržovat patřičnou vzdálenost od rozrušené či rozčilené osoby, abychom neohrozili sami sebe.

Vyjasnění problému: V další fázi je třeba zjistit, z jakého důvodu je pacient podrážděný či rozčilený. K tomu jsou vhodné otevřené otázky jako: co se děje, co vás rozhněvalo, o co se jedná, co vám vadí? Nabídněte pacientovi pomoc, a přitom ho orientujte v situaci tím, že mu připomenete, kdo jste, kde se nacházíte, popř. jaký je mezi vámi vztah. Snažte se vyjasnit jakékoli zmatky, mluvejte jasně a srozumitelně a ověřte si s pacientem, že chápete, co vám sděluje.

Vyřešení problému: Cílem této poslední fáze je dohodnout s pacientem přijatelný kompromis a najít způsob, jak vyřešit stížnost k jeho spokojenosti. Můžete navrhnout více možností a je třeba jednat s maximální úctou. Jinými slovy nepůsobit zatvrzele a autoritářsky. Buďte přizpůsobiví. Omluvte se. Nabídněte, že něco změníte. Pokud nemůžete vyhovět, naprosto upřímně zdůvodněte, proč na určitém pravidle musíte trvat. Uznejte, že pravidla nemusejí být vždy správná, a nabídněte pacientovi přijatelnější způsob, jak se proti nim může vymezit, bude-li chtít. Prozkoumejte různé možnosti, jak postupovat a k čemu to může vést. Především věnujte pacientovi dost času a vyslechněte, co vám sděluje. Dokud pacient mluví a nejedná, deeskalace se vám daří.

Ovládejte se: Během celého procesu se snažte, aby se jakákoli frustrace či úzkost na vaší straně nepřenášela na pacienta. Nikdo netvrdí, že být psychiatrická sestra je snadné. Ideální stav myslí je, když natolik dobře chápete hledisko a kontext situace pacienta, že ve vás žádná rozladěnost nevzniká, a že natolik věříte ve své deeskalační schopnosti, v kolegy v záloze a ve své obranné dovednosti, že žádnou úzkost neprožíváte. Většina z nás však takhle dokonalá není. V takovém případě jde o to, abychom svou úzkost či podrážděnost nedávali najevo. Proto jednejte klidně a sebevědomě, mějte uvolněnou tvář a otevřený postoj, mluvejte plynule, přiměřeně hlasitě a spíše hlubším hlasem, pohybujte se pomalu a rozvážně, dýchejte zhluboka. Odolejte pokušení pozorovat sebe sama a oddávat se myšlenkám na možné selhání, celou svou pozornost věnujte nastalé situaci. Neberte si nic osobně. Když se pacient hněvá, může nadávat na vás, na nemocnici, na psychiatrii, na instituce, na zákony a kdoví na co ještě – to všechno pro něj v tu chvíli vaše osoba symbolizuje. Nebraňte se, neobhajujte se, nekritizujte pacienta ani se s ním nehádejte, kdo má pravdu, a tváří v tvář urážkám z jeho strany zachovávejte klid a emoční stabilitu.

Respekt a empatie: Zatímco projevům podráždění a úzkosti bychom se měli vyhnout, empatii a respekt vůči pacientovi bychom měli vyjadřovat jasně a intenzivně, aby je pacient zřetelně vnímal. Projevujte zájem, účast a upřímné porozumění. Čiňte tak slovy i skutky, tím co říkáte, ale i tím, že pacientovi věnujete čas. Důkladně ho vyslechněte, abyste pochopili jeho pohled na věc, aniž byste na něj spěchali nebo ho přerušovali, aniž byste mu říkali, co má a nemá cítit, zlehčovali jeho pocity nebo dokonce zpochybňovali, co vám sděluje. Tento zájem a pochopení vyjadřujte také tónem hlasu, postojem, očním kontaktem, výrazem tváře a trpělivostí. Vyhněte se sebemenším náznakům neúcty, nedávejte nevyžádané rady, nerozkazujte, neponižujte, nezesměšňujte a nechovejte se k pacientovi jako k dítěti. Aby pro vás takové chování bylo přirozené, musíte se snažit skutečně porozumět situaci z pohledu pacienta.

Tento model deeskalace může sloužit jako pomůcka pro školitele prevence a zvládání agrese v kurzech pro klinické pracovníky. Doporučujeme, aby se personál seznámil s obsahem dokumentu, a poté v malých skupinkách diskutoval situace z praxe ve světle uvedených informací.

ZDROJE

BOWERS, L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

BOWERS, L., ALEXANDER, J., BILGIN, H., BOTHA, M., DACK, C., JAMES, K., JARRETT, M., JEFFERY, D., NIJMAN, H., OWITI, J., PAPADOPOULOS, C., ROSS, J., WRIGHT, S. & STEWART, D. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.

MIND 2011. Listening to experience.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE 2005. Clinical Guideline 25 Violence: the short-term management of disturbed/violent behaviour in psychiatric inpatient settings and emergency departments, London, National Institute for Clinical Excellence.

PRICE, O. & BAKER, J. 2012. Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *International journal of mental health nursing*, 21, 310-319.