
OSVĚDČENÉ POSTUPY POSUZOVÁNÍ AGITOVANOSTI A JEJÍ LÉČBA

Slovní deeskalace agitovaného pacienta: Stanovisko pracovní skupiny pro deeskalaci v projektu BETA Americké asociace urgentní psychiatrie (American Association for Emergency Psychiatry)**Janet S. Richmondová, MSW*****Jon S. Berlin, MD[†]****Avrim B. Fishkind, MD[‡]****Garland H. Holloman Jr, MD, PhD[§]****Scott L. Zeller, MD^{||}****Michael P. Wilson, MD, PhD[‡]****Muhamad Aly Rifai, MD, CPE[#]****Anthony T. Ng, MD, FAPA****

* Lékařská fakulta Tuftsovy univerzity, Psychiatrické oddělení, Boston, Massachusetts

[†] Lékařská vysoká škola ve Wisconsinu, Oddělení psychiatrie a urgentní medicíny, Milwaukee, Wisconsin[‡] JSA Health Telepsychiatry, LLC, Houston, Texas[§] Lékařské středisko Mississippské univerzity, Psychiatrické oddělení, Jackson, Mississippi^{||} Lékařské středisko Alamedského okresu, Psychiatrické oddělení, Oakland, Kalifornie[‡] Zdravotnické zařízení Kalifornské university v San Diegu, Oddělení urgentní medicíny, San Diego, Kalifornie[#] Drexeova univerzita/zdravotnické zařízení v Blue Mountain, Psychiatrické oddělení, Lehighton, Pensylvánie^{**} Nemocnice Acadia, Bangor, Maine*Vedoucí redaktor:* Leslie Zun, MD

Podání: podáno 29. července 2011; revize přijata 6. září 2011; schváleno 26. září 2011

Kopie jsou volně k dispozici na http://escholarship.org/uc/uciem_westjem.

DOI: 10.5811/westjem.2011.9.6864

Agitovanost je akutní behaviorální stav, který vyžaduje okamžitou intervenci. Tradiční metody léčby agitovaných pacientů, tj. standardní omezování a nedobrovolná medikace, v současnosti nahrazuje snaha postupovat nenásilně. Zkušenosti lékařů ukazují, že když se taková intervence provádí s nefalšovaným nasazením, je úspěšnější mnohem častěji, než se dříve považovalo za možné. Tento nový postup sestává ze 3 kroků. Nejprve je třeba pacienta slovně zaujmout, poté se s ním domluvit na spolupráci a nakonec jeho agitovanost slovně deeskalovat. K zapojení pacienta do celého procesu a k jeho aktivní účasti na vyšetření i léčbě je slovní deeskalace obvykle klíčová. Zároveň je však třeba připustit, že v některých případech jsou důležité i neverbální metody, např. dobrovolná medikace a vhodné prostředí. Při práci s agitovaným pacientem sledujeme 4 hlavní cíle: (1) bezpečí pacienta, personálu i ostatních osob v blízkém okolí; (2) pomoc pacientovi se zvládnutím emocí a obav a získáním kontroly nad svým chováním; (3) je-li to možné, vyhnout se použití omezujících prostředků a (4) vyhnout se nátlaku, který by agitovanost jen zhoršil. Autoři podrobně popisují základy řádného výcviku deeskalace a k provedení správné intervence stanovili „10 deeskalačních zásad“. [West J Emerg Med. 2012;13(1):17-25.]

ÚVOD

Tradiční metody léčby agitovaných pacientů, tj. standardní omezování a nedobrovolné podávání léků, v současnosti nahrazuje snaha postupovat nenásilně. Zkušenosti lékařů ukazují, že když se taková intervence provádí s nefalšovaným nasazením, je úspěšnější mnohem častěji, než se dříve považovalo za možné. Tento nový postup sestává ze 3 kroků. Nejprve je třeba pacienta slovně zaujmout, poté se s ním domluvit na spolupráci a nakonec jeho agitovanost slovně deescalovat. V jistém smyslu se jedná o návrat k Lazarovým metodám zveřejněným v článku napsaném před více než 35 lety.¹

Tradiční snahy o „uklidnění pacienta“ často konotují dominanci a submisí, zatímco současná tendence „pomoci pacientovi, aby se uklidnil sám“ vychází spíše z konceptu spolupráce. Slovní deescalace pacienta je tedy vlastně léčebnou metodou, díky níž si pacient sám rychle vytvoří vlastní interní lokus kontroly.

Při práci s agitovaným pacientem sledujeme čtyři hlavní cíle: (1) bezpečí pacienta, personálu i ostatních osob v blízkém okolí; (2) pomoc pacientovi se zvládnutím emocí a obav a získáním kontroly nad svým chováním; (3) je-li to možné, vyhnout se použití omezujících prostředků a (4) vyhnout se nátlaku, který by agitovanost jen zhoršil.

V některých situacích a prostředích může být dosažení těchto cílů poměrně náročné. Na pohotovosti mohou například jak zdravotník, tak pacient přijít o vzájemné napojení, protože sklouznou k iracionálnímu či účelovému chování. Zdravotník, který má mnoho pacientů ale málo času, se může chtít verbální interakci vyhnout, a léky proto nasadí příliš brzy. Rychlé nasazení medikace však může pacient vnímat jako ponížení, odmítnutí nebo pohrdání² a to může jeho agitovanost nebo agresivitu opět zhoršit.

Agitovanost je behaviorální syndrom pramenící z různých základních emocí. Související motorická aktivita bývá repetitivní a nezacilená, např. podupávání nohou, mnutí rukou, tahání za vlasy a pohrávání si s oblečením a dalšími předměty. Repetitivní myšlenky bývají vokalizovány například takto: „Musím odsud pryč. Musím odsud pryč.“³ Doprovázet ji může podrážděnost a přehnaná reakce na podněty⁴. Jasná spojitost agitovanosti s agresivitou však zatím jednoznačně potvrzena nebyla.⁵

Agitovanost plynule přechází od úzkosti přes silnou úzkost a agitovanost až k agresivitě.⁶ Pokud agitovaný pacient není schopen vést konverzaci a hrozí propuknutí nové nebo opakované agrese, je třeba s ním jednat zcela jinak, než s člověkem, který je ochoten a schopen spolupracovat. Zásady projektu BETA (Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation)⁷, které zde budeme probírat, slouží k vytvoření praktického a nenátlakového návodu na deescalaci agitovaných pacientů bez ohledu na etiologii nebo schopnost navázat terapeutický vztah.

PŘÍSTUP ZDRAVOTNÍKA K AGITOVANOSTI

Urgentní psychiatrie je sice dobře zavedený obor duševního zdraví, ale počet urgentních psychiatrů a množství psychiatrických krizí, které řeší, je oproti počtu lékařů, kteří akutní psychiatrické stavy řeší na běžné pohotovosti, nesrovnatelně menší. Intervence agitovaného pacienta probíhá často jen na základě předběžné diagnózy.

Psychiatrům i zdravotníkům na pohotovosti by proto jistě přišel vhod návod, jenž by pomohl situaci rychle vyhodnotit a přijmout rozhodnutí, která pacientům od příznaků brzy uleví. Úleva zprostředkovaná slovní deescalací a/nebo medikací posílí pozitivní vztah mezi zdravotníkem a pacientem, sníží pravděpodobnost použití omezujících prostředků, izolace i hospitalizace⁸ a předchází dlouhodobější hospitalizaci. Používání omezujících prostředků se totiž často s delší hospitalizací pojí.^{9,10} Jakmile zdravotník agitovanost pacienta stabilizuje, může s ním začít pracovat na stanovení konečné diagnózy.

Agitovanost je nehledě na etiologii akutním stavem, jenž „ke kompenzaci příznaků a snížení rizika zranění pacienta či dalších osob vyžaduje okamžitou intervenci“.¹¹ Dobrovolná medikace a vhodné prostředí jsou sice důležité, nicméně klíčem k zapojení pacienta do procesu deescalace a k jeho aktivní participaci v něm je obvykle slovní deescalace a neverbální komunikace.

A konečně každý zdravotník by měl mít na paměti 4 hlavní důvody nenásilné deescalace. Zaprvé, když personál pacienta tlumí fyzickou intervencí, posiluje v něm myšlenku, že konflikt je nutno řešit násilím. Nenasílná deescalace jako taková je proto výhra jak pro pacienta, tak pro personál a jedná se vlastně o léčebnou metodu. Zadruhé, kurtování pacienti bývají na psychiatrii hospitalizováni častěji⁸ a jejich hospitalizace trvají déle.^{9,10} Za třetí, Společná akreditační komise a zdravotnická centra Medicare a Medicaid (Joint Commission and the Centers for Medicare and Medicaid Services) považují sporadické používání omezujících prostředků za klíčový ukazatel kvality. A za čtvrté, dokážeme-li se vyhnout fyzické konfrontaci, personál i pacienti nepřijdou tak často ke zranění.

DEESKALACE AGITOVANÝCH PACIENTŮ NA POHOTOVOSTI

Obecné zásady slovní deescalace lze nalézt v jednotlivých psychoterapiích, v jazykovědě, v materiálech bezpečnostních složek, v bojových uměních a v ošetřovatelství. Dovednosti postavené na principech uvedených v těchto zdrojích, zdravotníci, kteří s agitovanými pacienty denně pracují, ještě zdokonalili. Nahlédneme-li však do literatury, zjistíme, že vědeckých studií a lékařských spisů zabývajících se slovní deescalací není mnoho a popisy konkrétních technik i jejich účinnost v nich chybí.

Farmakologické studie agitovanosti nepřímo dokazují, že značnému počtu pacientů mohou verbální techniky prospět. Z klinického hodnocení droperidolu byli nedávno vyřazeni pacienti, které se podařilo úspěšně zvládnout slovní deeskalací; konkrétní techniky slovní deeskalace zde však uvedeny nejsou a ani se zde nezkoumají.¹²

Po prostudování omezených dostupných zdrojů o slovní deeskalaci se proto autoři shodli na vypracování následujících zásad.¹³⁻¹⁵

ZÁSADY TÝKAJÍCÍ SE PROSTŘEDÍ, OSOB A PŘIPRAVENOSTI

Pravidlo: Fyzický prostor by měl být bezpečný

K bezpečnému zvládnutí agitovaného pacienta je fyzické prostředí důležité. Místnost vybavená přemístitelným nábytkem umožňuje flexibilně nastavit únikovou cestu, která bude stejně dostupná pacientovi i personálu. Nábytek, který lze z místnosti rychle odstranit, vytvoření bezpečného prostředí urychlí. Některá oddělení pohotovosti dávají přednost pevně uchycenému nábytku, protože pacient jej pak nemůže použít jako zbraň, to však může vyvolávat falešný pocit bezpečí. Je potřeba mít k dispozici dostatek únikových cest a rušivou stimulaci smyslů minimalizovat tím, že se vyhneme nadměrnému hluku, výrazným barvám stěn i teplotám. Mějte také na paměti, že agitovaný pacient může začít házet předměty a někoho zranit. Odstraňte nebo zajistěte proto všechno, např. tužky, ostré předměty, stolní lampy atd., co lze použít jako zbraň. Všechny předměty, které nelze odstranit, by měl zdravotník bedlivě sledovat.

Pravidlo: Zaměstnanci by se na svou pozici měli hodit

Zdravotníci, kteří se zabývají akutní péčí, musejí umět dobře zvládat několik úkolů najednou a přizpůsobit se rychle se měnícím prioritám pacientů. K tomu, aby člověk dokázal snášet práci s agitovanými pacienty a dokonce mu to přinášelo radost, musí mít velmi specifickou povahu. Všem zdravotníkům se proto doporučuje, aby se zamysleli nad tím, zda se na tuto práci hodí.

Agitovaní pacienti mohou zdravotníka provokovat a zpochybňovat jeho autoritu, kompetenci nebo kredit. Někteří pacienti se svou zranitelnost snaží zakrýt tím, že mimořádně zdatně odhalí zdravotníkovy zranitelné body a zaměří se na ně. Při práci s agitovanými pacienty musejí být pracovníci schopni rozpoznat protipřenos a vlastní negativní reakce a převzít nad nimi kontrolu. Jde zejména o to, aby si zdravotník byl vědom své vlastní zranitelnosti, sklonům k odplatě nebo hádání, či k jiným formám obrany, které by pacientovi „hrály do karet“. Takové zdravotníkovy chování by situaci jen zhoršilo. Při jednání s agitovaným pacientem musejí zdravotníci také umět rozpoznat své vlastní meze, protože práce je to náročná a nejlepším

řešením někdy bývá poznat, kdy požádat o pomoc někoho dalšího.

Policisté a bezpečnostní pracovníci, kteří s agitovanými pacienty pracují, musejí být schopni přijmout fakt, že pacientovo abnormální chování je projevem duševní nemoci a že nejvhodnějším řešením je deeskalace. Metody Týmu krizové intervence (Crisis Intervention Team – CIT) jsou součástí policejního programu první pomoci, který se používá v celém USA. Osoby zadržené s podezřením na duševní onemocnění se převážejí na psychiatrickou pohotovost nebo do jiného zařízení, kde je čeká psychiatrické vyšetření a léčba. Do týmů CIT se příslušníci obvykle hlásí dobrovolně, takže nikdo není tlačěn do role, kterou nechce. Policisty školí odborníci na duševní zdraví, právníci a obhájci práv.^{16,17}

Přirozené nadání k vedení slovní deeskalace se projevuje různě. Deeskalační technikám se však může naučit a úspěšně je používat téměř každý, je-li dobře vyškolen a potřebné dovednosti si zdárně osvojí. Nejdůležitější je umět se k problému správně postavit, což začíná pozitivním vnímáním pacienta a empatií. Personál si musí umět uvědomit, že za daných okolností si pacient vede, jak nejlépe umí, tj. že se mu nedaří splňovat, co se od něj očekává. Zdravotníci na pohotovosti musejí také umět rozpoznat, zda se pacient nedokáže přizpůsobit kvůli kognitivní poruše – např. deliriu, psychóze, intoxikaci či mentálnímu postižení – nebo proto, že není schopen uspokojit své potřeby, např. při poruše osobnosti.

Pravidlo: Personál musí být řádně vyškolen

Díky proškolení v péči o agitované pacienty nemají zdravotníci sklony se práci s nimi vyhýbat. Pracovní skupina psychiatrické urgency Americké psychiatrické asociace (The American Psychiatric Association Task Force on Psychiatric Emergency Services)¹⁸ doporučuje, aby se školení o zvládnutí akutních behaviorálních stavů personál účastnil jednou za rok. Toto školení se podobá školení o rozšířené kardiiovaskulární podpoře života. Vědomosti sice lze čerpat ve třídě nebo z knih, ale vlastní dovednosti přináší až praxe. Deeskalaci se lze naučit hraním rolí a jejím procvičováním při každodenních setkáních s pacienty, kteří sice nejsou přímo agitovaní, ale přesto je s nimi obtížné pořízení v tom smyslu, že nesplňují očekávání zdravotníka.

Školení o deeskalačních technikách by měli absolvovat všichni, kdo s agitovanými pacienty pracují. Jak již ale bylo zmíněno výše, přímo s pacientem by měl pracovat jen ten, kdo se na tuto práci hodí. Deeskalaci se může dobře naučit psychiatr, lékař záchranář či jakýkoli jiný zdravotník a kterýkoliv z nich také může pacienta zaangažovat a deeskalovat.

Deeskalace mívá často podobu slovní smyčky, v níž zdravotník naslouchá pacientovi, hledá odpověď, která

pacientův postoj podpoří nebo potvrdí, a nakonec pacientovi sdělí, co si přeje, aby pacient udělal, např. aby si vzal léky, posadil se atd. Zdravotník pak znovu vyslechne pacientovu odpověď a smyčka se opakuje.¹⁹ Často se stává, že než začne pacient sdělení vnímat, zdravotník jej musí mnohokrát zopakovat. Začínající lékaři na praxi i ostatní zdravotníci bez zkušeností ale snahu o zapojení pacienta často již po chvíli vzdávají a hlásí, že pacient nenaslouchá nebo nespolutracuje.²⁰

Trvání slovní deeskalace závisí na prostředí a dalších okolnostech. Členové pracovní skupiny z projektu BETA pro deeskalaci se však shodují, že slovní deeskalace často dokáže uspět i za méně než 5 minut. Její potenciál ve smyslu bezpečnosti, výsledné situace a spokojenosti pacientů je tudíž jasným signálem, že v naprosté většině případů agitovanosti stojí za to se o ni pokusit, a to i na rušných pohotovostech.

S trochou času navíc lze zvládnout i nejsložitější případy. Uvažujeme-li, že jedna interakce naslouchání a odpovídání trvá méně než minutu, přičemž zdravotník své sdělení zopakuje asi desetkrát, celý proces pak zabere maximálně 10 minut. Efektivní deeskalací se vyhneme použití omezujících prostředků. Deeskalace pacienta a jeho uklidnění může zabrat mnohem méně času než jeho kurtáž, jež následně vyžaduje využití ještě dalších zdrojů.

Existují samozřejmě i pacienti, které se zaangažovat a slovně deeskalovat nepodaří, např. delirantní pacienti. Školení by nicméně mělo upozornit na to, že pacient na snahu o deeskalaci zpočátku nemusí reagovat, i přesto je ale nutno vytrvat, zejména když se zdá, že pacient do agresivity eskalovat nebude.

Pravidlo: Je třeba mít dostatek vyškolených pracovníků

Práce s agitovaným pacientem je týmová práce a na vedení slovní deeskalace, nabízení dobrovolné medikace a zajištění bezpečnosti, pokud pacientova agitovanost přeroste v násilí, je třeba mít dostatek lidí. Další výhodou dostatečného množství lidí je neverbální sdělení pacientovi,

Tabulka 2: Deset deeskalačních zásad²⁷

1. Respektujte osobní prostor.
2. Neprovoďte.
3. Navažte slovní kontakt.
4. Buďte struční.
5. Zjistěte pacientova přání a pocity.
6. Pozorně naslouchejte, co pacient říká.
7. Souhlaste s pacientem, nebo se dohodněte, že máte odlišný názor.
8. Stanovte pravidla a nastavte jasné hranice.
9. Nabízejte možnosti na výběr a buďte optimističtí.
10. Vyslechněte pacienta i personál.

že jeho případné násilí je nepřijatelné. Na rušné pohotovosti by se deeskalační tým měl skládat ze 4 až 6 zdravotních sester, zdravotníků, zřízců a policistů a bezpečnostních pracovníků, jsou-li k dispozici.

Pravidlo: Stupeň agitovanosti vyhodnoťte podle objektivních hodnotících stupnic

Objektivní stupnice agitovanosti pomůže zmírnit obranné chování personálu, kvůli němuž by se personál mohl časným příznakům agitovanosti vyhýbat, nebo je „ignorovat“. Hodnotící stupnice chování (BARS; tabulka 1) je poměrně jednoduchá a její použití je snadné.²¹

Počáteční skóre BARS by mělo zahrnovat nejen chování pacienta při příjmu, ale také před příjezdem na pohotovost. Kterékoli jiné skóre než 4 vyžaduje zdravotnické vyšetření a stanovení jeho urgentnosti. Dalšími stupnicemi jsou Stupnice otevřené agrese (Overt Aggression Scale),²² Hodnotící stupnice agresivního a agitovaného chování (Scale for the Assessment of Aggressive and Agitated Behaviors)²³ a Stupnice agresivity dle pozorování personálu (Staff Observation Aggression Scale).²⁴

OBEČNÁ PRAVIDLA DEESKALACE

Pravidlo: Když zdravotník přistupuje k pacientovi, měl by sám sebe sledovat a cítit se bezpečně

Je-li zdravotník příliš emotivní, nebo se pacienta bojí, jeho práce nebude efektivní. Prvním krokem k zajištění bezpečnosti pacienta je zajištění bezpečnosti zdravotníka. Přibližně 90 % informací o emocích a přes 50 % všech informací nese v mluvené angličtině to, co člověk říká, ale řeč těla, zejména tón hlasu.²⁵ Když zdravotník přistupuje k agitovanému pacientovi, musí při tom sledovat i svou vlastní emoční a fyziologickou reakci a zachovávat klid. Slovně deeskalovat pacienta dokáže jedině tak.²⁶

Tabulka 1: Hodnotící stupnice chování (BARS - Behavioural Activity Rating Scale).²¹

- 1 = Obtížně probuditelný nebo neprobuditelný
- 2 = Spí, ale reaguje na verbální nebo fyzický kontakt
- 3 = Ospalý, působí jako sedovaný
- 4 = Klidný a bdělý (normální stav)
- 5 = Znamky zjevné (fyzické nebo verbální) aktivity, na pokyn se uklidní
- 6 = Extrémně nebo trvale aktivní, nevyžaduje omezení
- 7 = Násilný, vyžaduje omezení

Pravidlo: Při péči o agitované pacienty dodržují zdravotníci 10 deeskalačních zásad

Literatura uvádí 10 deeskalačních zásad (tabulka 2).²⁷

I. zásada: Respektujte osobní prostor

Klíčové doporučení: Respektujte osobní prostor pacienta i svůj. Když přicházíte k agitovanému pacientovi, zůstaňte od něj na vzdálenost alespoň dvou paží. To je dostatek prostoru pro pacienta, ale i pro zdravotníka, kdyby potřeboval ustoupit, protože se pacient chystá například kopnout nebo jinak udeřit. Z bezpečnostních důvodů si zdravotník může ponechat i větší odstup. Když pacient řekne, abyste ustoupili z cesty, okamžitě tak učinite. Pacient i zdravotník by měli mít možnost opustit místnost bez pocitu, že mu ten druhý blokuje cestu.

Řada pacientů v minulosti prožila trauma, a pokud se na osobní prostor neberou ohledy, traumatická zkušenost se na pohotovosti může opakovat. Člověk, který žije na ulici, může být velmi citlivý na svůj majetek. Sexuálně zneužívané osoby se mohou obávat svlékání, protože je to ponižuje a činí zranitelnějšími.

II. zásada: Neprovokujte

Klíčové doporučení: Vyhnete se iatrogenní eskalaci. Řeči těla musí zdravotník dávat najevo, že pacientovi nechce ublížit, že mu chce naslouchat, a že chce, aby všichni byli v bezpečí.

Zdravotníkovi by mělo být vidět na ruce. Ruce by zdravotník neměl svírat. Skryté ruce působí dojmem skryté zbraně a tomu je třeba se vyhnout.²⁰ Kolena mějte mírně pokrčená. Zdravotník by k agitovanému pacientovi neměl stát přímo čelem, ale spíše bokem, aby nepůsobil konfrontačně. Musí se chovat a tvářit klidně. Intenzivní přímý oční kontakt, zejména upřený pohled, může pacient interpretovat jako agresi. Uzavřená řeč těla, např. založené ruce nebo odvrácení se, mohou vyznívat jako nezájem. Nejdůležitější ze všeho však je, aby řeč těla odpovídala tomu, co zdravotník říká. Není-li tomu tak, pacient vycítí neupřímnost nebo dokonce přetvářku, a to by ho mohlo rozčílit a agitovanost dále vystupňovat. Také je nutno pečlivě sledovat, zda pacienta neprovokují ostatní pacienti či jiné osoby.

Podle Lazara a Levyové²⁸ je ponížení agresivním činem, kdy jedna osoba ohrožuje integritu a vlastní já druhé osoby. Traumatem může být i samo ponížení. Pacienta proto nezpochybňujte, neurážejte ani nedělejte nic, co by si jako ponížení mohl vykládat.

III. zásada: Navažte slovní kontakt

Klíčové doporučení: S pacientem slovně komunikuje pouze 1 osoba. Prvním člověkem, který s pacientem naváže kontakt, by měla být osoba, která má jeho deeskalaci na starosti. Pokud tato osoba není proškolená, nebo se této

role z jiného důvodu nemůže ujmout, měl by být okamžitě jmenován někdo jiný.

Slovní interakce více osob najednou by pacienta mohla mást a situaci dále eskalovat. Zatímco určená osoba pracuje s pacientem, jiný člen týmu by měl na střet upozornit personál a odvést nezaangažované přihlížející.

Klíčové doporučení: Pacientovi se představte, vysvětlte mu situaci a uklidněte ho. Osvědčenou strategií je zdvořilost. Pacientovi řekněte svůj titul a jméno. Rozptýlíte tím jeho obavy ohledně vaší role a pak mu vysvětlíte, že vašim úkolem je zajistit mu bezpečí a zamezit tomu, aby ani on ani nikdo jiný nepřišel v této akutní situaci k úrazu. Je-li pacient agitován silně, může být nutné ho dále ujistit, že se mu zdravotník snaží pomoci získat nad sebou znovu kontrolu. Zorientujte pacienta v místě a vysvětlte mu, co ho čeká. Pokud nevíte, jak se pacient jmenuje, zeptejte se jej na jméno. Zda pacienta oslovovat jménem nebo příjmením, je třeba pečlivě uvážit. Někteří zdravotníci nejraději oslovují všechny pacienty příjmením, nicméně v některých situacích by tato formálnost mohla u pacienta vyvolat podezření a působit na něj povýšeně. Máte-li pochybnosti, je nejlepší se pacienta zeptat, jak si přeje, abyste ho oslovovali; tím mu dáte najevo, že je důležitý a že má hned od počátku interakce nad situací určitou kontrolu.

IV. zásada: Buďte struční

Klíčové doporučení: Buďte struční a mluвьте jednoduše. Agitovaní pacienti mohou mít potíže se zpracováváním verbálních informací, mluвьте proto v krátkých větách a volte jednoduchý slovník. Složitější jazyk by pacienta mohl mást a situaci dále eskalovat. Pacientovi dejte nejprve čas na zpracování toho, co už jste řekli, a teprve pak pokračujte s dalšími informacemi.

Klíčové doporučení: Základem úspěšné deeskalace je opakování. Svě sdělení tedy pacientovi vytrvale opakujte, dokud je nevyslyší. Agitovaní pacienti často mívají se zpracováváním informací potíže, a proto když po pacientovi něco chcete, nastavujete mu hranice, nabízíte možnosti, nebo navrhuje alternativy, je potřeba vše několikrát opakovat. Opakování kombinujte s dalšími asertivními postupy, tedy s nasloucháním pacientovi a s projevováním souhlasu, kdykoli to lze.¹⁹

V. zásada: Zjistěte pacientova přání a pocity.

Přáním může být prosba o pomoc, potřeba vypovídat se empatickému posluchači, žádost o léky, administrativní úkon, například dopis zaměstnavateli, nebo zakročení proti problémovému partnerovi či rodiči. Všechny pacientů se musíte zeptat, co chtějí, ať už přání lze vyhovět, či nikoliv.¹ Naprosto

zásadní je říct: „Opravdu potřebuji vědět, co jste čekal, když jste sem přišel.“ stejně jako poznámka „Rád bych to věděl, abychom to vyřešili, i když zařídit to nemohu.“

Klíčové doporučení: Ke zjištění přání a pocitů využijte volně dostupné informace. „Volně dostupné informace“ zjistíte z obyčejných věcí, co pacient říká, z jeho řeči těla, příp. z dřívějších setkání s ním.¹⁹ Vyšetřující dokáže z volně dostupných informací zjistit pacientova přání a potřeby. Díky kontaktu rychle navázanému na základě volných informací dokáže zdravotník reagovat empaticky a nabídnout pacientovi pomoc se získáním toho, co si přeje, čímž jeho agitovanost rychle deescaluje.

Smutný člověk touží po tom, v co už přestal doufat. Pacient, který má strach, se chce vyhnout ublížení. Z diskuze o agresi dále v textu vyplývá, že i agresivní pacient má svá přání, a abychom ho zvládli, je důležité tato přání zjistit.

VI. zásada: Pozorně naslouchejte, co pacient říká.

Klíčové doporučení: Naslouchejte aktivně. Zdravotník musí slovy, soustředěným rozhovorem i řeči těla dávat najevo, že pacientovi a jeho slovům a pocitům skutečně naslouchá. Jako posluchač musí být uspokojivě schopen zopakovat, co pacient řekl. Užitečné jsou tzv. upřesňující výroky, např. „Jestli tomu dobře rozumím, tak...“. To nutně neznamená, že s pacientem souhlasíte, ale spíš že chápete, co vám říká.

Klíčové doporučení: Aplikujte Millerův zákon. Millerův zákon říká: „Když chcete pochopit, co někdo říká, musíte předpokládat, že říká pravdu a pokusit se si představit, o čem by to mohlo pravdivě vypovídat.“²⁵ Když se tímto zákonem řídíte, snažíte se vyřčenému porozumět. Pokud si skutečně snažíte představit, že v nějakém smyslu by to pravda být mohla, budete k pacientovi méně kritický a on vycítí, že vás zajímá, co říká. Váš vztah s pacientem se tím výrazně zlepší. Pokud například pacientovu agitovanost vyvolává blud, že ho někdo sleduje a chce mu ublížit, můžete si zkusit představit, v jakém smyslu by to z jeho pohledu mohla být pravda, a promluvit si o tom, proč se to děje a kdo mu chce ublížit. Tím projevíte zájem a pacient promluví o tom, co jeho agitovanost pohání. Zapojením do konverzace pacient pochopí, že vás jeho problém zajímá a tím se situace deescaluje.

VII. zásada: S pacientem souhlaste, nebo se dohodněte, že máte odlišný názor

Mlžení je empatické chování, kdy člověk v pacientově postoji hledá něco, s čím může souhlasit.¹⁹ Při rozvíjení vztahu s pacientem se toto může ukázat jako velmi užitečné. S pacientem lze souhlasit třemi způsoby. Prvním je souhlas s pravdou. Pokud je pacient agitován kvůli třem pokusům

o odběr krve, můžete říci: „Ano, napíchla vás už třikrát. Mohl/a bych to teď zkusit já?“ Druhým způsobem je souhlasit v principu. Když si agitovaný pacient stěžuje, že se k němu policisté nechovali slušně, nemusíte souhlasit s tím, že má pravdu, ale můžete souhlasit s daným principem tím, že řeknete: „S každým by se mělo jednat slušně.“ Třetí možností je poměrný souhlas. Když je pacient agitovaný, protože musí čekat na lékaře a řekne, že to by rozčílilo každého, je vhodné odpovědět: „Nejspíš by to rozčílilo i další pacienty.“ Touto technikou je obvykle možné se snadno dohodnout a nejlepší je s pacientem souhlasit co nejvíc. Zdravotník se ale může ocitnout také v situaci, kdy se po něm chce, aby souhlasil se zjevným bludem, nebo s něčím, o čem nic neví. V takovém případě přiznejte, že to, co pacient prožívá, jste nikdy nezažili, ale věříte, že on tuto zkušenost má. Pokud však s pacientem nelze upřímně souhlasit, dohodněte se, že máte odlišný názor.

VIII. zásada: Stanovte pravidla a nastavte jasné hranice.

Klíčové doporučení: Nastavte základní rámeček spolupráce. Pacient musí být jasně informován o tom, jaké chování je přijatelné. Řekněte mu, že je nepřijatelné, aby byl on nebo kdokoliv jiný zraněn. Dle potřeby ho informujte, že jestli někoho napadne, může být zatčen a stíhán. Toto je třeba sdělovat věcně, nikoli jako výhrůžku.

Klíčové doporučení: Vymezování hranic musí být přiměřené a zdvořilé. Vymezením hranic dáte najevo svůj záměr a snahu pomoci, ale tak aby toho pacient nezneužíval. Pokud má zdravotník z pacienta nepříjemný pocit, je třeba si to říct. Když pacientovi řeknete, že jeho chování nahání strach nebo provokuje, je často užitečné doplnit tuto informaci empatickým prohlášením, že pokud se zdravotník rozzlobí, nebo bude mít strach apod. a přestane se na čas nebo nadobro snažit pacientovi pomoci.

Dobré „pracovní podmínky“ znamenají, že se k sobě pacient i zdravotník chovají s respektem, a to je podstatné. Respekt a slušnost musí být na obou stranách. Narušení hranic musí mít následky, které (1) se jasně vztahují na konkrétní chování, (2) jsou přiměřené a (3) byly pacientovi sděleny ve vší slušnosti.

Některé projevy, např. úder pěstí do zdi nebo i rozbití židle, neznamená automaticky nutnou izolaci nebo kurtáž a po jistém přenastavení hranic a následků lze v deescalaci dále pokračovat. Pacienta opět ujistěte, že mu chcete pomoci získat nad sebou znovu kontrolu a začít se chovat přijatelně.

Klíčové doporučení: Pacientovi poradte, jak si nad situací udržet kontrolu. Jakmile jste s pacientem navázali vztah a vyjasnilo se, že nad sebou dokáže udržet kontrolu,

naučte ho, jak se k ní dopracovat. Mírně jej konfrontujte pokynem: „Byl/a bych rád/a, abyste se posadil. Když chodíte, mám strach a nedokážu se soustředit na to, co říkáte.“

Kdybyste mi v klidu vysvětlil, co vás trápí, určitě bych to pochopil/a lépe.“

Tabulka 3. Přehled strategií otevření tématu léků/vystupňování přesvědčovacích technik.

Co vám pomáhá, když octnete v podobné situaci jako teď?	STRATEGIE: Žádáme pacienta o vlastní návrh.
Myslím, že by vám pomohly léky.	STRATEGIE: Konstatujeme fakt.
Skutečně si myslím, že vám léky na uklidnění pomohou.	STRATEGIE: Přesvědčujeme.
Prožíváte těžkou krizi. Nic nepomáhá. Dojdu vám pro lék na akutní stavy. Zabírá a je bezpečný. Jestli z toho máte obavy, řekněte.	STRATEGIE: Přemlouváme.
Musím na tom trvat.	STRATEGIE: Nutíme. Velké nebezpečí, krajní možnost

IX. zásada: Nabízejte pacientovi možnosti na výběr a buďte optimističtí

Klíčové doporučení: Nabízejte možnosti na výběr.

Pro pacienta, kterému nezbývá než bojovat nebo utéct, představuje nabídka možností na výběr silnou páku. Pro pacienta, který se domnívá, že se bez fyzického násilí neobejde, je výběr z možností jedinou cestou k posílení svého postavení. Aby se stupňující se agrese nezměnila v útok, musíte být asertivní a rychle k násilí navrhnout alternativy. Když nabízíte možnosti, zmiňte se také o drobnostech, na které lze pohlížet jako na projevy laskavosti, například deky, časopisy a možnost použít telefon. Pacient může být ochoten přijmout jídlo a něco k pití a tím se agresivní chování oddálí. Mějte na paměti, že nabízené možnosti musejí být realistické. Nikdy se nesnažte pacienta oklamat tím, že mu slíbíte něco, co mu nemůžete poskytnout. Například mu neslibujte, že si bude moct zakouřit, když v nemocnici platí zákaz kouření.

Klíčové doporučení: Otevřete téma léků. Medikace nemá za cíl agitovaného pacienta uspat, ale uklidnit. Allen a jeho kolegové¹¹ zdůrazňují, že do péče o sebe samého se může zapojit jen klidný pacient při vědomí a jen takový taky dokáže s krizovým zdravotníkem pracovat na nalezení vhodné léčby, což je přínosné jak pro pacienta, tak pro personál. Zkrátí se tím délka hospitalizace a pacient z pohotovosti odchází s pozitivní zkušeností.

Jsou-li indikovány léky, dejte pacientovi možnost si vybrat. Zásadní je načasování. S podáváním léků nespěchejte, ale když jsou potřeba, ani je neodkládejte. Spolehlivou metodou je stupňovat přesvědčovací strategie

(tabulka 3). Prvním krokem například je vůbec se o lécích nezmiňovat, ale zeptat se pacienta, co potřebuje, co mu funguje. Snažte se, aby o léky požádal sám pacient, nebo třeba bude mít i lepší nápad.

Pokud se pacient o medikaci nezmíní a zdravotník se domnívá, že je indikována, jasně pacientovi řekněte, že si myslíte, že by mu léky pomohly. Zeptejte se ho, jaké léky mu v minulosti pomohly, nebo řekněte: „Vidím, že jste celý nesvůj. Mohl/a bych vám nabídnout nějaké léky?“

Užitečná může být i mírná konfrontace: „Potřebujeme si spolu promluvit a na to musíte být v klidu. Jak bychom to udělali? Nechtěl byste si vzít nějaké léky?“

Další krok je už předposlední před nedobrovolnou medikací. „Pane Nováku, jste v akutním psychiatrickém stavu. Dám vám léky na uklidnění.“ Zde už se jedná o autoritativní strategii, zdravotník je sebevědomý, prokazuje své odborné znalosti, vysvětluje své úvahy a snaží se pacienta přesvědčit. Dáte-li pacientovi vybrat mezi perorálním a parenterálním podáním, bude mít pocit, že má alespoň trochu situaci pod kontrolou. Když si bude moct vybrat způsob podání, je ochoten si léky vzít, přestože o samotném užívání léků rozhodovat nemůže. Pacient by měl rád vše pod kontrolou a zdravotníkovou povinností je zajistit všem bezpečí, a tak lze pacientovi říci: „Nedovolím, aby se vám ani nikomu jinému něco stalo“, nebo „Musím dávat pozor, abyste někomu neublížil, takže bych byl rád, abyste si vzal léky. Ty vám pomůžou udržet nad sebou kontrolu.“ Pak se zdravotník pacienta zeptá, kolikrát bude potřeba: „Chcete raději tablety, nebo injekci?“ Důraz na ochranu je velmi důležitý a může pacientovi pomoci posílit své postavení a udržet si kontrolu. „Myslím, že by vám léky pomohly, chcete tabletu

na polknutí, nebo na cucání, nebo raději sirup na lžičku? Když si vezmete tabletu, nedostanete injekci.“ Zdravotník může dát pacientovi na výběr, i když se injekci nelze vyhnout, a nechat ho vybrat, který lék dostane, přičemž zdůrazní, že jeden z nich má méně vedlejších účinků.

A konečně, pokud snaha o slovní deescalaci selže, je z bezpečnostních důvodů nezbytné přistoupit k použití donucovacích prostředků, např. kurtáže nebo injekčně podávaných léků. To je ale vždy až nejzazší možnost.

Klíčové doporučení: Buďte optimističtí a dávejte pacientovi naději.

Buďte optimističtí, ale jen ve vsí upřímnosti. Dejte pacientům najevo, že situace se zlepší, že budou v bezpečí a znovu nad sebou získají kontrolu. Uveďte realistický časový rámec potřebný k vyřešení problému a dohodněte se, že pacientovi pomůžete na problému pracovat. Když pacient řekne: „Chci odsud pryč“ zdravotník může odpovědět: „To bych vám taky přál/a; nechci, abyste tu musel/a zůstat déle, než je nutné; jak bychom to udělali, abyste se odtud dostal/a?“

X. zásada: Vyslechněte pacienta i personál.

Klíčové doporučení: Vyslechněte pacienta. Po každé nedobrovolné intervenci agitovaného pacienta je povinností zdravotníka, který intervenci nařídil, obnovit terapeutický vztah s pacientem, zmírnit trauma z nucené intervence, a snížit tak riziko dalšího násilí.

Nejprve pacientovi vysvětlíte, proč byla intervence nutná. Nechte pacienta vysvětlit události z jeho pohledu. Zamyslete se nad tím, zda kdyby se pacient znovu rozrušil, dala by se agresivita zvládnout ještě jinak. Naučte pacienta, jak požádat o oddechový čas a jak hněv vyjádřit přijatelně. Vysvětlíte mu, že léky pomáhají násilí předcházet, a zjistíte, jestli se vám podařilo jeho obavy rozptýlit. Nakonec vyslechněte i rodinné příslušníky pacienta, kteří byli incidentu přítomni.

Jakmile se pacient uklidní a zdravotník to potvrdí, mohou spolu začít pracovat na hlubší úrovni, uvádět pacientovy obavy na pravou míru a řešit původní spouštěče. Nejlepší léčbou agitovanosti je její prevence, a proto je nejlépe si s pacientem vše naplánovat: „Co vám pomáhá, když se dostanete do podobné situace jako dnes? Co můžeme my anebo vy sám/sama udělat v budoucnu pro to, abyste si nad sebou kontrolu udržel?“

Klíčové doporučení: Vyslechněte personál. Pokud bylo nutné použít omezovací prostředky nebo hrubou sílu, personál po události vždy vyslechněte. Všichni by měli dostat možnost vyjádřit se jak k tomu, co se během

události povedlo, tak k tomu, co se nepovedlo a doporučit zlepšení pro příště.

AGRESIVNÍ PACIENT

Již jsme zmínili, že do jaké míry se agitovanost poji s agresí, zatím není jasné.⁵ Někteří agitovaní pacienti však agresivní jsou a s těmi je pak třeba jednat podle typu projevené agrese. Moyer²⁹ definuje několik typů agrese, z nichž několik se na pohotovosti vyskytuje zcela běžně. Různé typy agrese jsou známé také z nápravných zařízení³⁰ a rozlišují je i instruktoři bojových umění.³¹ Všechny známé typy agrese lze zařadit do Moyerovy klasifikace, všechny jsou důležité a na každou z nich platí jiné metody. Některé techniky používané v nápravných zařízeních a v bojovém umění se však ve zdravotnictví nedoporučují. Na základě těchto metod však lze vyvinout techniky, které se do zdravotnictví hodí, a ty si zde probereme. Je jasné, že pacient vždy něco chce. Zmiňovali jsme, že je důležité zjistit, co si pacient přeje. A v tomto případě na základě toho i zvolíme, jakým způsobem s pacientem jednat.

Instrumentální agrese používají lidé, kteří zjistili, že toho, co chtějí, mohou dosáhnout násilím nebo pohrůzkou násilí. Tato agrese nevychází z emocí a lze ji zvládnout tak, že na agresorovu hrozbu reagujeme nekonkrétní protivýhrůzkou. Když pacient vyhrožuje, že jestli nedostane cigaretu, někomu ublíží, můžete reagovat takto: „To, myslím, není dobrý nápad“. Pacient se pak může zeptat: „Jak to myslíte?“ A vaše protivýhrůzka by zněla: „To radši nechtějte vědět.“

Agrese vyvolaná strachem není sebeobrana. Pacient nechce přijít k úrazu a útočí, aby někdo neublížil jemu. Bojácnému pacientovi dejte dostatek prostoru. Nedávejte mu najevo svou sílu, nijak ho nezastrašujte ani v něm nevyvolávejte pocit ohrožení, protože tím se jen utvrdí v přesvědčení, že přijde k úrazu. Deeskalační technika spočívá v tom, že dokud se pacient nezačne soustředit na to, co se říká, víc než na svůj strach, budete s ním udržovat tempo. Když pacient řekne: „Neublížujte mi. Neublížujte mi.“ Odpovíte mu stejným tempem slovy: „Tady jste v bezpečí. Tady jste v bezpečí.“ Pokuste se pacienta zklidnit zpomalením tempa.

Afektivní agrese má dvě podoby. První se týká pacienta, jemuž někdo narušil hranice. Někdo ho podvedl, ponižil nebo jinak citově zranil. Je rozzlobený a snaží se vrátit svůj svět do starých kolejí, tj. snaží se získat zpět svou sebeúctu a integritu. Takový pacient chce, aby ho někdo vyslechl a potvrdil, že jeho pocity jsou oprávněné. Tento typ agrese se pozná podle toho, že pacient vám řekne, co ho rozzlobilo. V tomto případě se pacient deeskaluje tak, že uděláte vše pro to, abyste jej v klidu

vyslechli. Nejužitečnější je zde mlčení a metoda přeskakující gramofonové desky¹⁹. Typicky se jedná o pacienta, který se dozvěděl, že ho podvedla přítelkyně. Kamarádi si z něj dělali legraci a nastala potyčka. Přivezla ho policie. Při příjezdu je pacient rozrušený. Uvádí, že ho přítelkyně podvedla a že policie se k němu nechová slušně. Nejprve je vhodné s pacientem v zásadě souhlasit a potvrdit, že se zlobí oprávněně. Poté mu řekněte, že byste se o tom rádi dozvěděli víc, ale že to nepůjde, dokud se nezačne znovu ovládat, protože teprve pak si „budete moct promluvit“. Pacient může reagovat tím, že mu nikdo nerozumí. Můžete mu odpovědět, že to má možná pravdu, ale že vy se i přesto pokusíte mu porozumět. Než vás pacient poslechne, budete možná muset tuto smyčku desetkrát i vícekrát zopakovat.

Druhá forma afektivní agrese se objevuje u lidí, kteří jsou chronicky rozzlobení na celý svět a jen hledají záminku, aby mohli „vybouchnout“. Svůj hněv nedovedou odůvodnit. Chtějí jen uvolnit napětí, které v nich jejich pohled na svět neustále vyvolává. Mají nereálné a zcela nahodilé požadavky, a když jim je nesplníte, používají je jako záminku k útoku. Baví je vyvolávat strach a zmatek a lidi, kteří s nimi pracují, zastrašují falešnými útoky. Neděste se, ani se nebraňte. Tito pacienti se u svého publika snaží vyvolat emocionální odezvu. To ale jim nesmíte dopřát a všechny ostatní pacienty, zbytný personál a přihlížející proto pošlete pryč. Reagujte bez emocí. Pacienta deeskalujete, když mu řeknete, že dostane, co chce, když si vybere z nabízených nenásilných možností. Pokud začne vznášet nahodilé požadavky, použijte techniku přeskakující gramofonové desky a stále se k nabízeným možnostem vracíte. Dejte mu najevo, že se mu budete věnovat, ale jen když bude spolupracovat. Personál a ostatní pacienty chraňte nastavením jasných hranic, a jakmile pacient hranice překročí, zasáhnete omezovacími prostředky. Řada těchto pacientů bohužel hranice testuje tak, že udělají přesně to, co jste řekli, aby nedělali, a výsledkem je, že skončí v kurtech.

SHRNUTÍ

Techniky slovní deeskalace dokážou v urgentních situacích agitovanost zeslabit a snížit pravděpodobnost výskytu s ní spojeného násilí. Zatímco o psychofarmakologickém přístupu k agitovaným pacientům toho byla napsána celá řada, o verbálních metodách se zatím diskutovalo poměrně málo.

Moderní klinické koncepty prosazují méně nátlakové intervence a pacient se zde při práci na zvládnutí svého chování stává personálu partnerem. Oproti tradičním postupům lze touto cestou získat řadu výhod. Pacienty, jimž se agitovanost stupňuje, tak lze uklidnit bez

vynuceného podání léků nebo omezování. A co je nejdůležitější, šetrná léčba v pacientovi posílí schopnost udržet nad sebou kontrolu a zároveň získá k ošetřovatelům důvěru. Díky tomu by pacienti měli být v budoucnu schopni bez obav vyhledat pomoc dříve a zcela se tak dalším epizodám agitovanosti vyhnout.

Korespondenční adresa: Janet S. Richmond, MSW, 575 Chestnut St, Waban, MA 02468.

E-mail: JanetRichmond@att.net.

Střet zájmů: Na základě smlouvy o publikaci článku uzavřené s časopisem *Western Journal of Emergency Medicine* jsou všichni autoři povinni zveřejnit veškeré kontakty, financování, zdroje a finanční nebo manažerské vztahy, které by mohly být vnímány jako podjaté. Autoři žádné takové nezveřejnili.

LITERATURA

1. Lazare A, Eisenthal S, Wasserman L. The customer approach to patienthood: attending to patient requests in a walk-in clinic. *Arch Gen Psychiatry*. 1975;32:553–558.
2. Lazare A. Shame and humiliation in the medical encounter. *Arch InternMed*. 1987;147:1653–1658.
3. Day RK. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *J Affect Disord*. 1999;55: 89–98.
4. Lindenmayer JP. The pathophysiology of agitation. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(suppl 14):5–10.
5. Nordstrom K, Allen MH. Managing the acutely agitated and psychotic patient. *CNS Spectr*. 2007;12(suppl 17):5–11.
6. Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clin Ther*. 2010;32: 403–425.
7. Holloman GH Jr, Zeller SL. Overview of Project BETA: best practices in evaluation and treatment of agitation. *West J Emerg Med*. 2011;13:1–2.
8. Beck JC, White KA, Gage B. Emergency psychiatric assessment of violence. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1562–1565.
9. Compton MT, Craw J, Rudisch BE. Determinants of inpatient psychiatric length of stay in an urban county hospital. *Psychiatr Q*. 2006;77:173–188.

10. Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, et al. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatr Serv.* 2011;62:492–497.
11. Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. The expert consensus guideline series: treatment of behavioral emergencies 2005 [quiz in *J Psychiatr Pract.* 2005;11(suppl 1):110–112]. *J Psychiatr Pract.* 2005; 11(suppl 1):5–108.
12. Isbister GK, Calver LA, Page CB, et al. Randomized controlled trial of intramuscular droperidol versus midazolam for violence and acute behavioral disturbance: the DORM study. *Ann Emerg Med.* 2010;56: 392–401.
13. Livingston JD, Verdun-Jones S, Brink J, et al. A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. *J Forensic Nurs.* 2010;6:15–28.
14. Morrison EF. An evaluation of four programs for the management of aggression in psychiatric settings. *Arch Psychiatr Nurs.* 2003;17:146–155.
15. Farrell G, Cubit K. Nurses under threat: a comparison of content of 28 aggression management programs. *Int J Ment Health Nurs.* 2005;14: 44–53.
16. Dupont RT. The crisis intervention team model: an intersection point for the criminal justice system and the psychiatric emergency service. In: Glick RL, Berlin JS, Fishkind AB, et al, eds. *Emergency Psychiatry: Principles and Practice.* Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
17. The University of Memphis. CIT. CIT Center Web site. Available at: <http://cit.memphis.edu>. Accessed August 29, 2011.
18. Allen M, Forster P, Zealberg J, et al. Report and recommendations regarding psychiatric emergency and crisis services: A review and model program descriptions. American Psychiatric Association Task Force on Psychiatric Emergency Services Web site. Available at: <http://www.emergencypsychiatry.org/data/tfr200201.pdf>. Accessed June 13, 2011.
19. Smith MJ. *When I Say No, I Feel Guilty: How To Cope – Using the Skills of Systematic Assertive Therapy.* New York, NY: Dial Press/Bantam Books; 1975.
20. Fishkind A. Agitation II: De-escalation of the aggressive patient and avoiding coercion. In: Glick RL, Berlin JS, Fishkind AB, et al, eds. *Emergency Psychiatry: Principles and Practice.* Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
21. Swift RH, Harrigan EP, Cappelleri JC, et al. Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients. *J Psychiatr Res.* 2002;36:87–95.
22. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, et al. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry.* 1986;143:35–39.
23. Brizer DA, Convit A, Krakowski M, et al. A rating scale for reporting violence on psychiatric wards. *Hosp Community Psychiatry.* 1987;38: 769–770.
24. Palmstierna T, Wistedt B. Staff observation aggression scale, SOAS: presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand.* 1987;76:657–663.
25. Elgin SH. *Language in Emergency Medicine: A Verbal Self-Defense Handbook.* Bloomington, IN: XLibris Corporation; 1999.
26. Kleespies PM, Richmond JS. Evaluating behavioral emergencies: the clinical interview. In: Kleespies PM, ed. *Behavioral Emergencies: An Evidence-Based Resource for Evaluating and Managing Risk of Suicide, Violence, and Victimization.* Washington, DC: American Psychological Association; 2008:33–35.
27. Fishkind A. Calming agitation with words, not drugs: 10 commandments for safety. *Current Psych.* 2002;1(4). Available at: http://www.currentpsychiatry.com/pdf/0104/0104_Fishkind.pdf. Accessed June 13, 2011.
28. Lazare A, Levy RS. Apologizing for humiliations in medical practice. *Chest.* 2011;139:746–751.
29. Moyer KE. Kinds of aggression and their physiological basis. *Commun Behav Biol.* 1968;2:65–87.
30. Barnhart TE. Four types of correctional violence. Corrections Web site. Available at: <http://www.corrections.com/news/article/23111-four-4-types-of-correctional-violence>. Accessed September 2, 2011.
31. MacYoung M. Four types of violence. No Nonsense Self-Defense Website. Available at: http://nonnonsenseselfdefense.com/four_types_of_violence.htm. Accessed September 2, 2011.