



OSNOVE DEESKALACIJSKIH TEHNIK

Priročnik za učenje in trening



Priročnik je izdan v sklopu
Nacionalnega projekta Združenja psihiatrov
pri Slovenskem zdravniškem društvu:
***Zmanjšanje agresivnega vedenja in uporabe
posebnih varovalnih ukrepov na intenzivnih
enotah psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji***

*»Razjeziti se ni težko. To zmore vsak. A biti jezen na pravo stvar, ob pravem času,
iz pravega razloga, na pravi način in v pravi meri, je vse prej kot preprosto.«*

Aristotel

Avtorja priročnika:

Andreja Čelofiga

Jure Koprivšek

Vodja projekta:

Andreja Čelofiga

Koordinatorja projekta:

Jure Koprivšek

Blanka Kores Plesničar

Ilustracije:

V.K.

Lektoriranje:

Mateja Strbad

Uredniki:

Andreja Čelofiga

Jurij Bon

Brigita Novak Šarotar

Recenzent:

Jurij Bon

Grafično oblikovanje:

Branko Anđel s.p.

Tisk:

T&E d.o.o.

Kazalo

1. Uvod.....	9
2. Kaj je deeskalacija?.....	9
3. Kdaj so deeskalacijske tehnike uporabne?.....	10
4. Kdaj deeskalacija ni učinkovita.....	10
5. Področja deeskalacije.....	10
5.1 Zagotovitev varnih pogojev za deeskalacijo.....	11
5.2 Komunikacija.....	11
5.3 Neverbalne deeskalacijske tehnike.....	12
5.4 Verbalne deeskalacijske tehnike.....	18
5.5 Nadzor nad lastno neverbalno komunikacijo in čustvenimi odzivi.....	25
5.6 Pristopi, ki se jim je bolje izogniti.....	26
Namesto zaključka.....	27
6. Literatura.....	28

Priročnik za učenje deeskalacijskih tehnik obravnava pomembno področje zdravljenja duševnih motenj, ob katerih se pojavlja agresivno vedenje. V slovenskih psihiatričnih bolnišnicah tako kot drugje po svetu zaenkrat ne uporabljamo širše usklajenih smernic za zmanjševanje agresivnega vedenja oziroma se o tem ne izobražujemo sistematično. Priročnik je nastal v okviru nacionalnega projekta Združenja psihiatrov Slovenskega zdravniškega društva, s katerim se z izobraževanjem zdravstvenega osebja intenzivnih oddelkov psihiatričnih bolnišnic poskuša zmanjšati pogostost agresivnega vedenja bolnikov in z njim povezane uporabe posebnih varovalnih ukrepov. Avtorji priročnika so tudi koordinatorji projekta, ki sledi aktualnim usmeritvam svetovnih zdravstvenih organizacij k sistematičnemu izobraževanju o uporabi deeskalacijskih metod. Tako izobraževanje je pomembno, ker nas vnaprej pripravlja na tiste izjemne in stresne trenutke, ob katerih je zaradi agresivnega vedenja in z njim povezanih tveganj pogosto težko sočasno poskrbeti za varnost vseh vpletenih oseb, bolniku pa nuditi najbolj ustrezno zdravstveno obravnavo, ki je obenem tudi humana in ščiti njegovo dostojanstvo. Naše ravnanje v takih trenutkih lahko bistveno vpliva na njegov odnos do zdravljenja in posledično tudi na odnos širše družbe do psihiatrije.

Priročnik izčrpno pokriva različne teme, od teoretičnih okvirov do povsem praktičnih veščin v zvezi z deeskalacijskimi tehnikami. Enoten pristop oziroma omejen nabor tehnik pri deeskalaciji ni smiselna, saj gre za kontinuum intervenc, ki se fleksibilno prilagajajo potrebam posameznika in značilnostim trenutnega položaja. Ob tem je pomembno poznati tudi lastne čustvene odzive, ki pogosto vplivajo na naše vedenje v kriznih situacijah. Avtorji nam predstavijo širok in strukturiran nabor različnih tehnik in načinov verbalne in neverbalne deeskalacije, iz katerega lahko črpamo, kadar se soočamo z omenjenimi situacijami. Priročnik sam po sebi seveda ni zadosti, da nas pripravi na ustrezno ravnanje. Zaradi čustveno pogojenih reakcij ob agresivnem vedenju je pomembno ravno sistematično izobraževanje in vnaprejšnja priprava, zato sta trud in delo avtorjev pri pripravi priročnika in vodenju nacionalnega projekta vredna vse pohvale. Upam, da bodo vsebine iz priročnika našle pot v splošno in stalno izobraževanje zdravstvenega osebja, ki se srečuje z agresivnim vedenjem bolnikov pri duševnih motnjah ali v okviru drugih bolezenskih stanj.

doc. dr. Jurij Bon, dr.med., spec.psih.

Priročnik je nastal kot pomoč pri izobraževanju in treningu na delavnicah zdravstvenega osebja psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji v okviru **Nacionalnega projekta Združenja psihiatrov (ZPS) pri Slovenskem zdravniškem društvu »Zmanjšanje agresivnega vedenja in uporabe posebnih varovalnih ukrepov v intenzivnih enotah psihiatričnih bolnišnic v Sloveniji«**, ki se izvaja v letu 2018 do 2020. V sklopu projekta poteka v intenzivnih enotah (enote pod posebnim nadzorom) slovenskih psihiatričnih bolnišnic izobraževanje zdravstvenonegovalnega osebja na temo obvladovanja agresivnega vedenja z uporabo deeskalacijskih metod. Namen projekta je izboljšati obvladovanje agresivnih oblik vedenja pri pacientih, s sistematično, strukturirano uporabo deeskalacijskih metod.

Pri pripravi priročnika smo upoštevali priporočila pilotskega projekta Svetovne zdravstvene organizacije (*Creating mental health and related services free from coercion, violence and abuse – WHO Quality Rights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*). Geneva: World Health Organization; 2017). Uporabljena so tudi nekatera priporočila delovne skupine za deeskalacijo projekta Beta Ameriškega združenja za urgentno psihiatrijo (*Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup, 2012*).

Namen izobraževanja je naučiti zdravstveno osebje ukrepati v okoliščinah, ko pacient postane iz katerega koli razloga jezen, agitiran, napet, verbalno ali nakazano fizično agresiven. Namen uporabe deeskalacije je umiriti pacienta do te mere, da je omogočena nadaljnja obravnava. Agitiranega pacienta ni mogoče vedno vključiti v običajno obliko pogovora, ampak je potreben prilagojen komunikacijski pristop, za katerega pa ne obstajajo »navodila za uporabo«, ki bi jih avtomatizirano izvajali po receptu oziroma strokovno rečeno – po algoritmu. Ljudje se na neprijetne, stresne ali ogrožajoče dejavnike odzovemo večinoma nagonsko, še zlasti, ko gre za okoliščine, ki jih nismo vajeni. Po drugi strani se seveda dogodkov, kot je agresivno vedenje, nikoli ne moremo »navaditi« do te mere, da bi bili ob njih povsem sproščeni in bi izvajali ustaljen »protokol« vedenja, s katerim bi vplivali na pacienta v smeri njegove umiritve in ne obratno. Trening deeskalacije omogoča poznavanje širšega nabora možnih intervenc, ki nam pomagajo k učinkovitejšemu razreševanju situacij, ki vključujejo različne oblike agresivnega vedenja, obenem pa pripomore k temu, da se ob soočenju s takimi situacijami počutimo bolj gotove in sproščene ter lažje in uspešneje rešujemo zaplete.

1. Uvod

Agresija kot trenutna destruktivna ali sovražna naravnost (reakcija posameznika) vključuje agresivno verbalno izražanje, grožnje s poškodovanjem ali s fizičnim napadom, usmerjenim proti sebi, drugi osebi ali lastnini in fizično agresijo (1). Izraz agresivnost označuje trajno značilnost posameznika, da z vedenjem, ki vzbuja strah, dosega želene cilje. Nasilje pa predstavlja stopnjevanje agresivnega vedenja. Vsaka oblika nasilja je po definiciji agresija, obratno pa ne velja vedno (2). Agitacija je stanje povišane psihične in motorične vznurjenosti in aktivnosti, povezane z občutki notranje napetosti (3, 4). Pridružena motorična aktivnost je običajno ponavljajoča se in brezciljna, pridruženi so lahko simptomi razdražljivosti in povečane odzivnosti na dražljaje. Povezava med agitacijo in agresijo ni jasno določena (5–7). Agitacija in agresija predstavljata kontinuum, od blage do hude oblike anksioznosti, ki se lahko stopnjuje do agitacije in agresije (8). Obe stanji se pogosto prepletata, agitiran pacient se lahko odzove z agresijo. Agresivno vedenje ni nujno povezano s psihopatološko simptomatiko, lahko pa različne duševne motnje in njih simptomi v določenih okoliščinah sprožijo agresivno vedenje.

Agresivno vedenje pri pacientih z duševno motnjo zaznavamo pogosteje kot v splošni populaciji. Večji delež agresivnih incidentov opažamo v urgentnih pogojih sprejemnih ambulant ali na intenzivnih psihiatričnih oddelkih (1, 9). V Sloveniji je na razpolago malo podatkov o pojavnosti agresivnega vedenja nad zdravstvenimi delavci, nekateri podatki pa kažejo, da so zaposleni na psihiatričnih oddelkih pogosteje soočeni z različnimi oblikami agresivnega vedenja (10). Prevalenca agresivnega vedenja je po različnih raziskavah v času akutne hospitalizacije najvišja, beležena pri 30–45 % pacientov (11–15). Najpogostejša je verbalna agresija, v približno polovici incidentov pa tudi fizična agresija, usmerjena proti predmetom ali osebam (proti drugim pacientom, zdravstvenemu osebju) (16–19).

2. Kaj je deeskalacija?

Deeskalacija predstavlja nabor metod in pristopov, namenjenih obvladovanju jeze, agitacije in preprečevanju agresivnega vedenja. Deeskalacija je instinktiven in intuitiven proces, ki zahteva precej fleksibilnosti in iznajdljivosti, temelji na trenutni situaciji, posameznikovih potrebah in značilnostih. Gre za kontinuum intervenc, od takih, ki so suportivne in spodbujajo pacientovo avtonomijo, do takih, ki so bolj omejujoče in so povezane z mejami in pravili. Z njihovo uporabo lahko zmanjšamo tveganje za pojav fizične agresije. Deeskalacija se začne že s prvim stikom s pacientom in vzpostavitvijo ustreznega odnosa, zajema način komunikacije, torej, kako govorimo s pacientom in kaj povemo, prav tako pa sporočila, ki jih posredujemo z našim vedenjem.

K deeskalaciji sodi: zagotovitev varnosti za vse udeležence v obravnavi pacienta, uporaba strukturiranih ocenjevalnih lestvic za oceno tveganja za agresivno vedenje, uporaba ustrezne neverbalne komunikacije, poznavanje različnih verbalnih tehnik, prepoznavanje lastnih čustvenih odzivov v kriznih situacijah in zmožnost samokontrole. Dodatno nekateri uvrščajo med deeskalacijo uporabo farmakoterapije v dogovoru s pacientom oziroma na njegovo željo (»po potrebi«) (20–22).

3. Kdaj so deeskalacijske tehnike uporabne?

Namenjene so obravnavi in obvladovanju težavnih, zahtevnih in potencialno agresivnih pacientov. To so pacienti, pri katerih so v ospredju simptomi, kot so anksioznost, napetost ali agitacija, prav tako pri prestrašenih in vznemirjenih pacientih. Uporabne so tudi v obravnavi pacientov, ki so vinjeni ali pod vplivom drugih psihoaktivnih snovi in verbalno ali neverbalno nakazujejo agresivne tendence. Deeskalacijske tehnike torej niso postopek, ki se drži neke formule ali recepta, pač pa fleksibilen vzorec več različnih pristopov (20, 21).

Cilj deeskalacije je umiriti pacienta in pridobiti njegovo sodelovanje. Predpogoj za to je, da vzpostavimo ustrezen terapevtski odnos, pridobimo pacientovo zaupanje, posledično pa zmanjšamo napetost in pacientove pretirane čustvene odzive (23). Deeskalacija ni namenjena reševanju problemov, zaradi katerih je pacient agitiran, ampak odpravi jeze, napetosti in agitacije, da lahko nato pristopimo k reševanju vzrokov za te reakcije (21).

Poznavanje deeskalacijskih tehnik lahko poveča posameznikovo samozaupanje pri obvladovanju agresivnega vedenja, zmanjša strah pred agresivnimi pacienti in pozitivno vpliva na zadovoljstvo pri delu (17, 24). Ker znanje deeskalacijskih tehnik izboljša naše komunikacijske sposobnosti, lahko ugodno vpliva tudi na ostala področja našega življenja, kjer je komunikacija odločilnega pomena.

4. Kdaj deeskalacija ni učinkovita

Deeskalacijske tehnike so namenjene umiritvi pacienta z namenom, da preprečimo pojav hujšega agresivnega vedenja. Ne uporabljamo jih pri pacientih, kjer je takšno vedenje že prisotno. Tako deeskalacija ne bo učinkovita, kadar pacient že jasno grozi s fizično agresijo ali je že fizično agresiven. V takih primerih je potrebna uporaba posebnih varovalnih ukrepov in farmakoloških oblik preprečevanja agresivnega vedenja.

5. Področja deeskalacije

Za učinkovito deeskalacijo moramo poznati naslednja področja:

1. varne pogoje za deeskalacijo,
2. komunikacijo,

3. neverbalne deeskalacijske tehnike,
4. verbalne deeskalacijske tehnike,
5. nadzor nad lastno neverbalno komunikacijo in čustvenimi odzivi,
6. pristope, ki se jim je bolje izogniti.

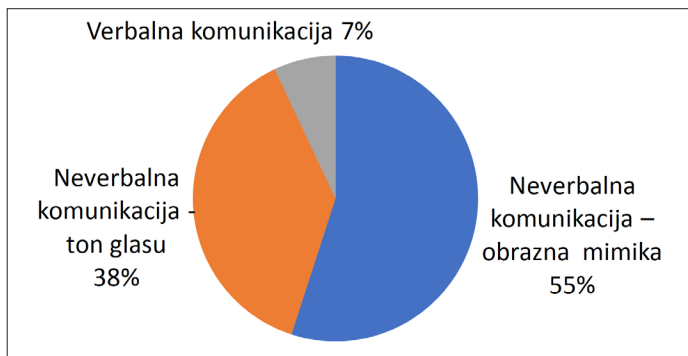
5.1 Zagotovitev varnih pogojev za deeskalacijo

Ko imamo opravka s potencialno agresivnim pacientom, je najprej potrebno zagotoviti varno okolje za pacienta, druge paciente, zase in drugo zdravstveno osebje. Pomembno je oceniti, koliko osebja je potrebnega za varno deeskalacijo, ob tem pa ne smemo pozabiti, da lahko razkazovanje moči nastalo situacijo zaostri, ne pa umiri. Zagotoviti moramo dovolj velik in varen prostor. Če je mogoče, se s pacientom umaknemo v prostor, ločen od ostalih pacientov, kjer ni gneče in hrupa. V primeru obravnave v ambulanti torej ne poskušamo umirjati razburjenega pacienta v čakalnici pred ostalimi pacienti, na oddelku pa se umaknemo s hodnika v ambulanto ali bolniško sobo. Premajhni prostori lahko delujejo utesnjujoče, pacient se počuti ujetega, kar lahko še poveča stisko in tveganje za posledično agresivno vedenje. Odstraniti je potrebno vse nevarne predmete oziroma takšne, ki bi jih pacient lahko uporabil kot orožje. Poskrbeti je treba za varne izhode, da lahko osebje v skrajnem primeru zapusti prizorišče. Koristno je čim bolj poznati pacienta, aktualno simptomatiko, okoliščine, v katerih je bil pred obdobjem agitacije, in morebitne sprožilne dejavnike le-te. Osebje, ki sodeluje pri obravnavi, je potrebno v kratkem seznaniti s temi razpoložljivimi podatki. S pacientom naj komunicira samo en član osebja, še zlasti je to pomembno pri zelo jeznih in vznemirjenih pacientih. Pogovor z dvema ali več člani tima lahko pacienta zmede, predvsem je to neustrezno, če ti niso med seboj usklajeni glede uporabljenih intervenc. Prisotnost dodatnih članov tima je potrebno napovedati. V pogovoru smo spoštljivi, empatični, poskušamo se vesti čim bolj umirjeno. Svetujejo, da se vedemo tako, kot želimo, da bi se vedel pacient (kar seveda kažemo verbalno in neverbalno). V pogovoru ne hitimo (21, 22).

5.2 Komunikacija

Osnovo komunikacije predstavljata besedni (verbalni) in nebesedni (neverbalni) del. V praksi sta nedeljiva in se ves čas med seboj prepletata, dopolnjujeta in dajeta pomen ena drugi. Učinkovita komunikacija pomeni prenos informacij med sogovornikoma tako, da oba razumeta vsebino sporočila (25). Po podatkih iz raziskav neverbalna komunikacija predstavlja 70 do 90 % sporočila, ki ga prejme in ozavesti sogovornik. Le 7 % sporočila je posredovanega s pomočjo izrečenih besed oziroma »vsebine, ki jo povemo« (verbalna komponenta sporočila), 38 % s pomočjo tona glasu (vokalna komponenta

sporočila) in 55 % z obrazno mimiko (obrazna komponenta sporočila) (Slika 1) (26). Tudi novejšje raziskave kažejo, da predstavlja neverbalna komunikacija vsaj okoli 65 % sporočila, ki ga prejme sogovornik (27). Za učinkovito komunikacijo je pomembno, da je neverbalna komunikacija skladna z verbalno (28). V komunikaciji s pacientom je zelo pomembno zaupanje, ki ga pridobimo s poslušanjem pacienta in sprejemanjem njegovih občutkov. Pomembno je, da sprejmemo in spoštujemo pacienta kot osebo, usmerjamo pozornost v njegove dobre lastnosti, ustrezno vedenje nagradimo tudi s pohvalo.



Slika 1: Verbalna in neverbalna komponenta sporazumevanja (prirejeno po 24).

V nadaljevanju so zaradi preglednosti predstavljene neverbalne in verbalne tehnike v ločenih poglavjih. Zaradi prepletanja obeh vrst komunikacije in potrebe po skladnosti med eno in drugo navedenih pristopov v praksi ni mogoče ločiti. Tako se tudi v predstavljenih poglavjih verbalna in neverbalna komunikacija deloma prepletata in se posamezni pristopi ponavljajo.

5.3 Neverbalne deeskalacijske tehnike

Neverbalna komunikacija ne pomeni zgolj »govorice telesa«. Poleg telesne drže, očesnega kontakta, obrazne mimike, glasu in gestikulacij zajema celotno komunikacijo, ki jo sporočamo s telesom in s svojim vedenjem, tudi urejenost, način oblačenja in dejavnike v neposrednem okolju (28, 29). Neverbalni del komunikacije najdemo tudi pri drugih živih bitjih, medtem ko je verbalno komuniciranje edinstvena človeška sposobnost. Neverbalna komunikacija je težja za interpretacijo, poteka tudi v tišini in več oblikah hkrati. Dogaja se večinoma na nezavedni ravni, zato je pogosto bolj verodostojna kot verbalna komunikacija (29, 30). Na področju neverbalne komunikacije moramo razlikovati med glasovnim (vokalnim) in neglasovnim delom. Neverbalni glasovni element

predstavlja paralingvistična komunikacija, kot so hitrost govora, volumen in glasnost, neglasovni del pa vključuje »govorico telesa«, kot so drža, geste, izraz obraza in očesni stik (Tabela 1) (27, 29). Neverbalna komunikacija vpliva na medosebne interakcije, na vedenje obeh sogovornikov, njuno mišljenje in čustva. Poznavanje procesov neverbalnega sporočanja omogoča posamezniku večji nadzor nad lastno komunikacijo in možnost posredovanja v primerih, ko pogovor ne poteka v željeni smeri. Posamezniki, ki so večči v prepoznavanju in nadzorovanju lastnega neverbalnega sporočanja in razumejo vpliv le-tega na medosebne interakcije, lahko izboljšajo svoje komunikacijske veščine (27).

Glasovna komponenta	Neglasovna komponenta
hitrost govora, volumen glasu, višina glasu, ton glasu.	kretnje, telesna drža, obrazna mimika, očesni stik.

Tabela 1: Glasovna in neglasovna komponenta neverbalne komunikacije (prirejeno po 24).

Ločimo več področij neverbalne komunikacije, ki naj učinkujejo med seboj usklajeno.

5.3.1 Kinestetična komunikacija opisuje gibanje telesa. Vključuje telesno držo, izraz na obrazu, usmerjenost pogleda, geste in očesni stik. Večinoma poteka spontano in nezavedno. Primerno gestikuliranje lahko ojača vsebino besednega sporočila, medtem ko lahko neustrezne geste povsem spremenijo pomen verbalno posredovanega sporočila. Pomembno se je zavedati lastnega gestikuliranja in ga nadzorovati. Očesni stik služi za vzpostavitev in vzdrževanje pogovora. Odsotnost očesnega stika lahko sogovorniku kaže nepozornost, nezanimanje in naše nezaupanje. Izraz obraza je ključen za čustveni del sporočanja, lahko ojača čustva, lahko jih prikrije ali pokaže drugačno čustvo, kot ga posameznik izraža verbalno (29, 30).

V razgovoru z vznemirjenim pacientom je izjemno pomembna umirjenost, ki jo kažemo s telesno držo, glasom in kretnjami (21, 23):

- Telesna drža naj bo mirna in odprta, ne avtoritativna, napadalna ali agresivna (prekrižane roke, roke ob boku ali skrite za hrbtno), predvsem pa mora biti skladna z verbalnim sporočilom (Slike 2, 3).
- Gibanje naj bo počasno in nadzorovano, izogibati se je potrebno nenadnim in hitrim gibom, nadzorujemo geste rok. Ko smo vznemirjeni, se nam roke lahko tresejo, pogosteje delamo nezavedne geste ali zvijamo roki eno v drugi.

Roke lahko imamo v položaju sproščeno pred seboj, z eno dlanjo lahko objamemo drugo za pest. Druga možnost je, da imamo dlani pred seboj odprte, usmerjene navzgor in približno pod kotom 30° proti trupu. Na tak način ustvarimo mejo med sabo in pacientom in v primeru, da se dotakne naših dlani, je jasno, da je prestopil mejo osebnega prostora. Tak položaj rok je uporaben tudi za obrambo, če je ta potrebna.

- Ob razgovoru je dobro vzpostaviti očesni kontakt, vendar ne strmeti v pacienta. Pomagamo si lahko tako, da gledamo med oči, v zgornji del nosu, središče čela, lase, lahko pa tudi neki nevtralen predmet, na primer očala.
- Izogibamo se kazanja ali žuganja s prstom, dviga ene roke in gest, ki ponažarjajo nezanimanje (zmigovanje z rameni) (Slika 4).



◀ **Slika 2:**
Neustrezne drže telesa



◀ **Slika 3:**
Primerna drža telesa



Slika 4: ▶
Neprimerna gesta –
kazanje, žuganje s prstom

- Nadzorujemo obrazno mimiko in grimasiranje (zavijanje z očmi, privzdigovanje obrvi, posmehljiv izraz obraza), poskušamo obdržati nevtralen izraz na obrazu. Naraven nasmeh je učinkovit, narejen pa lahko položaj poslabša.

5.3.2 Proksemična komunikacija opredeljuje fizično bližino sogovornikov, njihovo razporeditev v prostoru in posameznikov osebni prostor. Opredelimo lahko štiri območja, ki predstavljajo osebni prostor: javno območje (3,5 metra ali več od telesa), socialno območje (1,2–3,5 metra od telesa), osebno območje (0,5–1,2 metra od telesa) in intimno območje (0,5 metra od telesa) (29, 31).

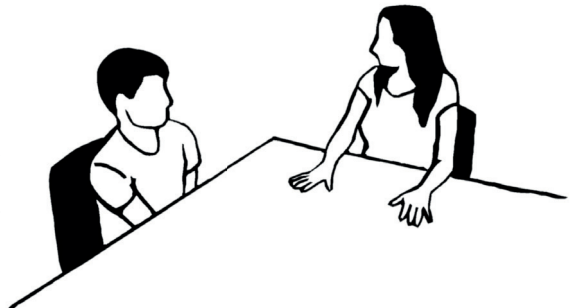
V komunikaciji bodimo pozorni na sledeče (20, 21, 23):

- Priporočljivo se je pogovarjati v isti višini, najbolje sede, ni priporočljivo biti v višjem položaju od pacienta (Slika 5, 6). Roke naj bodo na vidnem mestu. V primeru, da stojimo, se ne postavimo neposredno pred pacienta, ampak nekoliko pod kotom, z eno nogo pred drugo, noga, ki je zadaj, naj bo pod kotom približno 45°. Tak položaj je najmanj ogrožajoč, obenem pa omogoča najhitrejšo reakcijo v primeru napada s strani pacienta.
- Upoštevati je potrebno posameznikov osebni prostor, tako zaradi lastne varnosti kot zaradi morebitnega občutka ali dejanske ogroženosti. Osebe z duševno motnjo pogosto razvijejo spremenjen občutek osebnega prostora



◀ Slika 5:

Neustrezna pozicija med pogovorom (sogovornika nista v isti višini)

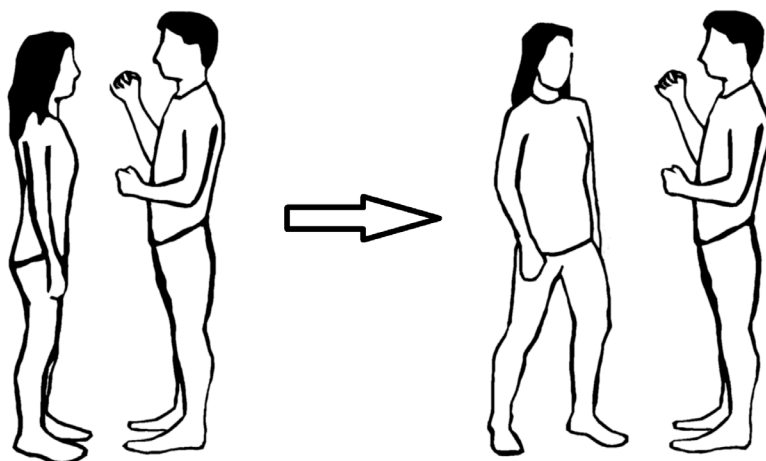


Slika 6: ▶

Primerna pozicija sogovornikov (oba sedita, eksaminator nagnjen proti pacientu, roke na vidnem mestu)

in zahtevajo približno štirikrat več osebne prostora, da se počutijo udobno. Nekateri svetujejo, da naj bo razdalja do pacienta vsaj 2 dolžini rok. Pacient ima tako prostor, ki ga potrebuje, hkrati nam to omogoči, da se hitro umaknemo, če nas napade ali če tako želi. V kolikor se nam pacient preveč približa, mu je dobro to vljudno povedati in ga prositi, da se nekoliko umakne. V primeru nespoštovanja posameznikovega osebne prostora se lahko prilagodimo tudi s spremembo telesne drže in usmerjenosti telesa – stopimo z nogo korak nazaj pod kotom 45°, obenem zasučemo trup rahlo v smeri koraka. Na ta način povečamo medosebni prostor, obenem imamo možnost hitrega odriva in umika, če bi bil ta potreben (Slika 7). Vedno je pomembno, da zavzamemo položaj, iz katerega je mogoč umik nas samih in tudi pacienta, izogibamo se kotom sob in ozkim hodnikom.

- Če se pacientu preveč približamo brez opozorila, se lahko počuti ogroženega in se odzove. Dotik se odsvetuje, saj si ga lahko napet, vznemirjen in sovražno nastrojen pacient razlaga kot agresivno dejanje. Previdni moramo biti, na primer ko želimo pacientu izmeriti krvni tlak ali ga pregledati. Vsako tako namero je potrebno predhodno jasno razložiti oziroma napovedati. Napet, vznemirjen in sovražno nastrojen pacient si lahko dotik razlaga kot agresivno dejanje.



Slika 7: Nespoštovanje osebne prostora – prilagoditev s spremembo drže in usmerjenosti telesa

5.3.3 Paralingvistična komunikacija (imenovana tudi vokalična neverbalna komunikacija) zajema hitrost in ritem govora, volumen, višino in ton glasu, poudarke besed in premore. Glasovna izraznost in raznolikost lahko poveča zavzetost obeh sogovornikov in razumevanje besednega sporočila. S pomočjo hitrosti, višine in volumna glasu lahko vzdržujemo pozornost sogovornika in učinkovito posredujemo želene informacije. Paralingvistična komunikacija omogoča ojačanje pomena besednega sporočila, poudarjanje posameznih delov sporočila, lahko pa kaže tudi nasprotovanje vsebini besednega sporočila. Besedna mašila, ki jih posamezniki običajno uporabljajo nezavedno, negativno vplivajo na verodostojnost in zmanjšajo jasnost besednega sporočila. Pomembno je prepoznati uporabo paralingvistične neverbalne komunikacije pri sebi in odpraviti morebitne neustrezne načine (29, 30).

Ob pogovoru s pacientom smo pozorni na način govora (21, 23, 32):

- Pazimo na hitrost govora, počasnejši govor deluje pomirjujoče, povzdignjen glas pa lahko ustvari strah in eskalacijo agresije. V pogovoru z vznemirjenim pacientom se priporoča znižati hitrost in volumen glasu ter govoriti počasi, razločno, vendar jasno. Načeloma govorimo nekoliko počasneje od vznemirjenega sogovornika, ne smemo pa govoriti prepočasi, kot bi želeli sogovornika hipnotizirati.
- Pozorni smo na višino in ton glasu, povzdignjen glas lahko ustvari strah in eskalacijo agresije, priporoča se znižati volumen glasu ter govoriti nižje, tišje, mirno, še vedno pa odločno.
- Ne govorimo glasneje od vznemirjenega pacienta in nikoli ne vpijemo nanj.
- Pazimo, da ne govorimo monotono, naveličano, nepotrpežljivo, jezno.
- Pazimo na poudarke v povedi, poudarimo tisto besedo, ki se nanaša na to, kar želimo posredovati pacientu v sporočilu.

5.3.4 Kronemična komunikacija opisuje vpliv časa na komunikacijo. Različni časovni cikli vplivajo na komunikacijo. Ljudje sledimo cirkadianemu ritmu, nočni čas ima lahko neugoden vpliv na komunikacijo. Na to področje sodi tudi točnost, ki kaže na profesionalnost odnosa. Kronemika vključuje tudi čas, ki ga posameznik nameni za pogovor (29).

5.3.5 Poznamo še druge vrste neverbalne komunikacije, kot je telesni dotik (rokovanje, trepljanje, božanje), kar najdemo pod izrazom **haptična komunikacija**. Uporaba dotika se interpretira različno, glede na kulturo, status, spol in starost. V profesionalnem odnosu, kamor sodi tudi odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom, je sprejemljiv dotik roke ali rame, običajno se dotik dlani dojema kot preveč intimen. Na področju deeskalacije se uporaba dotika večinoma odsvetuje, saj ob podajanju negativnih informacij ali banalizaciji lahko poveča obrambno držo sogovornika ali deluje agresivno (29, 30).

5.3.6 Ostali neverbalni dejavniki, ki prispevajo k sporočilu, ki ga prejme sogovornik, so zunanji videz, urejenost in vonj posameznika ter urejenost prostora, v katerem poteka pogovor. Nekatera okolja delujejo bolj spodbudno na sporazumevanje kot druga. Pomembno je, da razporeditev predmetov v prostoru omogoča vzpostavitev in vzdrževanje očesnega stika, ustrezno medosebno razdaljo in omogoča možnost umika ali ukrepanja v primeru eskalacije agresije (27, 29).

Povzetek neverbalnih deeskalacijskih tehnik je predstavljen na koncu priložnika (Tabela 3).

5.4 Verbalne deeskalacijske tehnike

Leta 2011 je Ameriško združenje za urgentno psihiatrijo v okviru projekta BETA objavilo strukturiran prikaz deeskalacijskih pristopov s poudarkom na verbalni deeskalaciji, ki ga povzemajo tudi nekatera najnovejša evropska priporočila za obravnavo agresivnega vedenja in agitacije (20, 33, 34). Tudi večina aktualnih svetovnih smernice za obvladovanje agresivnega vedenja in agitacije navaja verbalno deeskalacijo kot metodo prve izbire (1, 35, 36). V okviru projekta BETA so avtorji izpostavili pomen okolja oziroma fizičnega prostora, v katerem poteka razgovor, zadostnega števila primerne osebe, ki je ustrezno usposobljeno, in uporabo ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. Opredelili so 10 postavk deeskalacije, ki jih v osnovi povzemajo po A. Fishkindu (Tabela 2) (37). Nekatere postavke se nanašajo tudi na področje neverbalne deeskalacije in so že opisane v prejšnjem poglavju.

1. Spoštuj pacientov osebni prostor
2. Izogibaj se provokativni neverbalni komunikaciji
3. Vzpostavi verbalni kontakt
4. Bodi jedrnat
5. Prepoznaj pacientove želje in občutke
6. Pozorno poslušaj, kaj pacient govori
7. Dogovori strinjanje ali nestrinjanje
8. Opozori na pravila in meje
9. Ponudi različne možnosti in bodi optimističen
10. Pogovor in pojasnila glede izvedenih intervencij (debriefing)

Tabela 2: 10 postavk deeskalacije (povzeto po 20, 33).

V nadaljevanju so predstavljene različne verbalne deeskalacijske tehnike. Pogosto se med seboj prepletajo in dopolnjujejo. V določeni situaciji lahko uporabimo eno tehniko, smiselno je, da prehajamo od ene k drugi ali uporabimo kombinacijo več pristopov (21).

5.4.1 Vzpostavitev verbalnega kontakta

Pacientu se predstavimo, povemo, kdo smo in kaj je naš namen oziroma v kakšni vlogi smo. Povprašamo ga po imenu in si ga zapomnimo. Priporočljivo je uporabljati vikanje, razen v nekaterih primerih, na primer ob obravnavi duševno manj razvitih oseb, ki bi jih s tem spravili v še večjo stisko, in občasno v primeru kroničnih, znanih pacientov, ki to sami želijo in pričakujejo. V kolikor nismo prepričani, lahko pacienta tudi povprašamo, kako želi, da ga kličemo. Izogibamo se provokativnemu pristopu, pazimo na neverbalna sporočila, ki morajo biti skladna z verbalnimi. Priporočljivo je, da s pacientom govori le ena oseba, v primeru da ga hkrati sprašuje več ljudi, ga to lahko dodatno zmede in stopnjuje napetost. Ostali člani ekipe odstranijo morebitne opazovalce in opozorijo ostalo osebje. Govorimo mirno, počasi, razločno, vendar odločno. Komunikacija naj bo spoštljiva, vljudna, pacientu podamo osnovne informacije. Ob prvem stiku lahko v nekaterih primerih previdno povzamemo, kaj opazimo pri pacientu, na primer *»Vidim, da ste jezni/v stiski/zaskrbljeni«, »Slišim, da ste jezni«, »Glede na ton vašega glasu, ste zelo razburjeni«*(20).

5.4.2 Jasna in jedrnata komunikacija, izbira vprašanj

Govorimo jedrnato, uporabljamo enostavne in kratke povedi ter enostaven besednjak. Izogibamo se kompleksnim vprašanjem, pacientu damo dovolj časa za odgovor, občasno povzamemo ali na kratko ponovimo povedano. Ker je vznemirjen pacient pogosto omejen v svoji sposobnosti za sprejemanje informacij, sporočilo večkrat ponovimo, predvsem takrat, kadar od njega nekaj želimo ali mu predlagamo izbiro druge možnosti (20). Pozorni smo pri postavljanju vprašanj. Vprašanja so uporabna predvsem za blago vznemirjene in agitirane paciente, ne pa za zelo jezne ali besne, saj ti ne zmorejo prisluhniti in predelati vprašanja ter razmisliti o možnih rešitvah, po katerih jih sprašujemo. Vznemirjeni, napeti, delirantni in psihotični pacienti ne zmorejo logičnega in kompleksnega razmišljanja.

Načeloma je v pogovoru bolje uporabljati metode reflektiranja in parafraziranja (opisane v poglavju 5.4.3), saj vprašanja nakazujejo, da jih nismo slišali ali razumeli, obenem zahteva po odgovoru postavlja izpraševalca v dominanten položaj. Že povsem preprosto vprašanje lahko v določenem trenutku povzroči razburjenost, jezo in tudi agresijo. Če uporabljamo vprašanja, so odprta vprašanja bolj priporočljiva, saj omogočijo vključitev pacienta v pogovor in dajo

možnost, da premisli o svojih možnostih in ponudi lastno rešitev. V pomoč so tudi pri spodbujanju pogovora. Odprta vprašanja dajo sogovorniku tudi možnost, da se zventilira. Ventiliranje je sicer lahko koristno do določene mere, če traja predolgo, pa lahko pacienta še bolj vznemiri. Za hitro pridobitev osnovnih informacij so občasno ustrezna vprašanja z možnim odgovorom da/ne. V primeru jeznih in vznemirjenih pacientov se lahko zgodi, da se ob zaprtem tipu vprašanj zaprejo in zanikajo težavo. Pri blago vznemirjenih pacientih je občasno smiselno prekiniti tok govora in razjasniti morebitne nesporazume. Če opazimo, da jih vprašanja še bolj vznemirijo, prenehamo spraševati. Če pri-poved zastane, uporabimo raje in kot ampak (20, 21).

5.4.3 Aktivno poslušanje

Poskušamo več poslušati kot govoriti in pacientu tudi pokažemo, da ga slišimo. Poslušati in slišati namreč ni eno in isto. S poslušanjem pridobimo želene informacije, sogovornika razbremenimo in poskušamo najti globlji pomen sporočila, ki se skriva za povedanimi besedami. Pacienta med razgovorom gledamo in pokažemo, da smo slišali, kaj govori. To lahko storimo na več načinov:

- S pomočjo kratkih neverbalnih in verbalnih odzivov, na primer pokimamo ali rečemo: »*dobro, vidim, poslušam*«. Kratki neverbalni in verbalni odzivi so pomembni zlasti v začetku razgovora, da dobi sogovornik potrditev, da ga poslušamo.
- Z uporabo tehnik reflektiranja (ponovimo na kratko zadnjih nekaj besed) in parafraziranja (povzamemo povedano, ponovimo z drugačnimi besedami). Parafraziranje sodi med najpomembnejše deeskalacijske tehnike. Primerno je zlasti za psihotične, manične ali dezorganizirane paciente, ki bi jih s vprašanji še dodatno zmedli. Ob tem nam ni potrebno razlagati povedanega ali ugi-bati, kaj se skriva v ozadju neustreznega vedenja, le vsake toliko povzamemo povedano in lahko postopoma privedemo pacienta do tega, da dosežemo določeno strinjanje in dogovor glede razrešitve konflikta. Priporočljivo je, da ne povzamemo najbolj agresivnih vsebin, pač pa najmanj agresivne oziroma najbolj zdrav vidik pacientove jeze (na primer če pacient razlaga, da je tako besen na soseda, da bi ga ustrelil, povzamemo na primer »*sosed vas je izjemno razjezil*«). Tovrstne intervence ne pomenijo, da se s pacientom strinjamo, pač pa, da razumemo, kaj govori. Če naslovimo najbolj primitive agresivne impulze, lahko damo občutek, da se strinjamo, v primeru povzemanja zdravih vidikov agresije pa usmerjamo pacienta k razrešitvi konflikta.

Govoriti moramo jasno in odločno, pretirano čustven govor lahko pacienta dodatno vznemiri. Agresiven pacient ne želi naše simpatije, pač pa spoštovanje in razumevanje. Aktivno poslušanje ne vključuje kritiziranja, obsojanja,

pogojevanja, dajanj nasvetov, moraliziranja ali vsiljevanja lastnega mnenja. Prav tako se odsvetuje, da pacienta prekinjamo med pripovedjo, kažemo nepotrpežljivost, vnašamo prezgodnje zaključke ali sodimo o ustreznosti določenih dejanj ali vedenja. Poskušajmo se vživeti v pacientov položaj (ne glede na realnost le-tega), saj bomo tako lažje razumeli njegovo stisko. V določenih položajih je najučinkovitejša metoda tišina. Ob tem ne smemo dajati vtisa, da se dolgočasimo ali nas ne zanima, kaj nam govorijo, pač pa neverbalno kažemo zanimanje za pacientovo pripoved. Ob tem se lahko zgodi, da pacient vpraša, ali ne bomo nič rekli oziroma ali nimamo kakega nasveta. V takem primeru se poslužimo parafraziranja povedane vsebine (20, 21, 38).

5.4.4 Prepoznavanje in poimenovanje pacientovih čustev

Pri deeskalaciji zelo vznemirjenih in agresivnih pacientov običajne tehnike reflektiranja in parafraziranja pogosto niso dovolj učinkovite. V takih primerih se moramo ob povzemanju osredotočiti na globlji pomen povedanega, ne le na izrečene besede, najbolj učinkovit način reflektiranja pa je poimenovanje pacientovih čustev. Ne osredotočamo se na besede oziroma vsebino povedanega, pač pa na čustva. V pogovoru poskušamo prepoznati pacientova čustva in občutke, ki se skrivajo za besedami in vedenjem. Ob tem je pomembno zlasti poznavanje neverbalne komunikacije. Gre za to, da poskušamo identificirati pacientove želje, občutke in čustva, ki so vzrok vedenja. Opazujemo pacientovo telesno govorico, sporočila, ki nam jih skuša predati z navajanjem na videz nepomembnih podatkov. Določene situacije (na primer konflikt, sprejem brez privolitve, prepoved izhoda z oddelka ...) sprožijo pri pacientu določeno čustveno reakcijo (na primer jeza, strah), ki se pokaže z neustreznim vedenjem. Pacient, ki je v stiski, jezen in vznemirjen, lahko to pokaže tako, da je glasen, vpije, zmerja, grozi. Pomembno je, da se osredotočimo na čustveno stanje in ne na vedenje takega pacienta. Tako ne komentiramo vedenja (na primer »*Zakaj vpijete, grozite?*«), pač pa razpoloženje oziroma čustveno stanje (na primer »*Vidim, da ste jezni, vznemirjeni ...*«). Pacientu dovolimo, da se sooči s svojo stisko, sprejme svoja čustva, ter pokažemo, da ga slišimo. Damo mu čas, poslušamo in poimenujemo čustva, ki jih prepoznamo v pripovedi, dokler ne razumemo osnovnega problema (38).

Šele ko z navedenimi metodami prepoznamo osnovni vzrok za neustrezno vedenje in se pacient nekoliko umiri, lahko pričnemo z razreševanjem situacije.

5.4.5 Strinjanje ali strinjanje z nestrinjanjem/pritožbami

Kljub nestrinjanju se lahko s pacientom strinjamo glede določenih vsebin, ki jih pove. Pomembno je, da pogledamo na situacijo iz več zornih kotov in izpostavimo morebitno strinjanje, na primer »*Strinjam se z vami, da je sosedovo vedenje*

zelo moteče, ne morem pa se strinjati s tem, kako nameravate to razrešiti. Glede vedenja imate prav in želim vam pomagati, da najdeva rešitev ...»« Obstaja več načinov strinjanja: strinjanje z resničnimi navedbami, strinjanje z določenim principom, strinjanje z verjetnostjo nekega dejanja ali dogodka. S pacientom se lahko strinjamo ali pa se strinjamo z njegovim nestrinjanjem oziroma pritožbami (*»Vem, da se ne strinjate z mano in mislim, da ne bova prišla do tega, da se strinjava.«*). Pomemben je empatičen odnos, damo vedeti, da razumemo, da je jezen ali vznemirjen, četudi je razlog za tako vedenje zunaj naše kontrole (20, 21).

5.4.6 Postavitev jasnih meja in pravil

Pacientu pojasnimo pravila na oddelku in postavimo jasne meje. Pravila in meje morajo biti takšni, da znamo razložiti, čemu so namenjeni. Opredelimo sprejemljivo oziroma nesprejemljivo vedenje, pojasnimo, da je agresija nesprejemljiva in bo sankcionirana. Seznanimo ga tudi s posledicami nesprejemljivega vedenja (*na primer povemo, da razumemo, da je v stiski in zelo vznemirjen, vendar je kričanje in metanje stolov nesprejemljivo vedenje, prosimo da preneha in se bomo pogovorili, v kolikor ne, bomo zaključili in se pogovarjali kasneje ter v primeru ogrožanja uporabili ukrepe za preprečevanje le-tega*). Ob tem pazimo, da smo jasni, spoštljivi in da ostanemo pri navajanju dejstev, ne grožnjah, jasno povemo, da mu ne moremo pomagati, če s svojim vedenjem straši ali ogroža druge ali nas. Tudi osebje mora biti usklajeno, kakšna so pravila in kaj je sprejemljivo vedenje znotraj oddelčnega okolja. V okolju intenzivnih psihiatričnih oddelkov, kjer je agresivno vedenje pogosto, se lahko zgodi, da določeni zaposleni razvijejo previsoko toleranco za agresijo oziroma da takšno abnormno vedenje dojemajo kot »normalno« (20, 21).

5.4.7 Možnost izbire in spodbujanje optimizma

Ponudimo možnost izbire in vzbudimo optimizem, z možnostjo izbire povrnemo pacientu samospoštovanje in občutek moči. Pomembno je, da ponudimo realne opcije (možnost opraviti telefonski klic, ponujena hrana ali tekočina, možnost, da gre v kadalnico). Pacientu je smiselno ponuditi alternativne možnosti agresivnemu vedenju. Tudi ko ne moremo ugoditi zahtevi in rešitev ni taka, kot si jo pacient želi, lahko ponudimo dve možnosti razrešitve. S tem damo pacientu občutek, da se sam odloči in ima nadzor nad situacijo (na primer *»Škarij ni dovoljeno imeti pri sebi, ali jih želite izročiti meni, da jih pospravim, ali jih boste zaklenili v sef.«*) Ljudje večinoma postanejo jezni in agresivni, ker želijo nekaj doseči. Pomembno je uspešno pogajanje, ki razreši situacijo, tudi če ne dosežejo zelenega, pač pa nekaj drugega. Pogajanje daje možnost, da ponudimo drugo rešitev, če pacientov predlog ni sprejemljiv. Namen ni, da »zmagamo« ali pacienta prisilimo v sodelovanje, pač pa da ponudimo, da izbere

drugo ali tretjo možnost, ko spozna, da z agresijo ne more doseči svojega prvotnega cilja. Odkritost je osnova pogajanja, nikoli ne obljubimo nečesa, česar ne moremo uresničiti. Če predlagamo rešitev, moramo jasno opredeliti morebitne omejitve, ki bi se lahko pojavile. Pomemben je spoštljiv odnos, pacient mora ohraniti svoj ponos, tudi če ne doseže zelenega. Če se bo čutil izdanega ali prevaranega, bo to negativno vplivalo na nadaljnje sodelovanje v zdravljenju. Pacientu damo vedeti, da verjamemo, da je sposoben sam razrešiti težavo oziroma se umiriti (lahko komentiramo, da opazimo, da je vznemirjen, in povprašamo, kaj misli, da bi mu pomagalo, da se umiri ter kaj bi lahko naredil, da to doseže), obenem jasno pokažemo, da želimo pomagati (povprašamo, kaj želi ali potrebuje in kako lahko pri tem pomagamo). Paciente lahko opogumimo tako, da jih opomnimo na njihovo ustrezno vedenje ali razrešitev podobne situacije v preteklosti (21, 22).

Kot alternativo agresivnemu vedenju lahko ponudimo tudi zdravilo. Pacienta postopoma spodbujamo k odločitvi za farmakoterapijo. V prvi stopnji zdravila ne omenjamo, pač pa poskušamo doseči, da sam izpostavi to možnost (na primer »*Kaj bi vam pomagalo, da bi se počutili bolje, da bi se umirili ...?*«). Lahko tudi omenimo, da bi mu zdravilo pomagalo, ga vprašamo, ali je imel v preteklosti že izkušnjo, ko mu je zdravilo koristilo in katero zdravilo je prejel. V kolikor so te intervence neučinkovite, zavzamemo bolj aktivno vlogo, povemo, da bo prejel zdravilo, ki mu bo pomagalo, da se bo umiril, še vedno pa mu damo možnost izbire, namreč da lahko terapijo prejme v obliki tablete, kapljic ali injekcije ali izbere med različnimi učinkovinami. Občasno je učinkovito poudariti pomen varnosti in zaščite pacienta in drugih pacientov na oddelku ter osebja, v smislu, da ga moramo zaščititi, da ne bo komu česa naredil in je zato pomembno, da vzame terapijo. Kadar navedene tehnike ne delujejo, je običajno potrebna aplikacija zdravila brez privolitve in uporaba posebnih varovalnih ukrepov, v skladu s pravili Zakona o duševnem zdravju. Tudi ob teh intervencah ostanemo spoštljivi, pacientu damo vedeti, da bodo omenjeni ukrepi uvedeni le, dokler se ne umiri (20, 39).

5.4.8 Premor (time-out)

V primeru da obstanemo »na mrtvi točki«, je smiselno predlagati premor in se dogovoriti, kdaj se bo pogovor nadaljeval. Pacientu to pojasnimo na način, da prevzamemo odgovornost za premor nase, v smislu, na primer »*Težko se koncentriram, vzemiva si premor in se pogovoriva pozneje. Če bova sedaj nadaljevala, nama ne bo uspelo najti rešitve*«. Ob tem je potreben dogovor, kdaj se bo pogovor nadaljeval, kar moramo upoštevati. Če se želi pacient sam umakniti, mu to dovolimo. Ne vztrajamo pri pogovoru, umik je pogosto način, da se umiri sam (21).

5.4.9 Vzpostavitev zavezništva

V primeru da nas pacient ne dojema kot sovražnika, je priporočljivo vzpostaviti povezavo oziroma zavezništvo. Smiselno je izbrati temo, s katero se oba strinjata, in najti skupni cilj. Pri tem je pomemben tako verbalni del kot dejanje, ki sledi. Uporabimo dvojino, pacientu povemo, da želimo, da nekaj skupaj narediva in nato to izvedemo, na primer »Predlagam, da se usedeva, saj imava težavo, in pogledava, kaj lahko narediva, da to razrešiva«. Tako spodbujamo pacientovo avtonomijo in občutek samonadzora, ga aktivno vključimo v razreševanje težave in si delimo odgovornost za izid (21, 22, 40).

5.4.10 Strategija umika

Tehnika je uporabna v situacijah, ko želi pacient pogovor takoj ali začne prepri, osebe pa nima časa (na primer zaradi sprejema novega pacienta, večerne nege). Pomembno je, da ostanemo odločni, pacientu pojasnimo, da v tem trenutku pogovor ni možen (ne uporabimo izraza *ne želim* ali *nočem razpravljati*), takoj pojasnimo tudi razlog in določimo čas, ko bomo pogovor opravili. Po razlagi umaknemo očesni kontakt, da tudi neverbalno sporočimo, da je pogovor zaključen (seveda je potrebno takega pacienta opazovati naprej) (21).

5.4.11 Menjava teme, preusmerjanje pozornosti

Če je pacient povsem okupiran s pritožbami, ni smiselno takoj spregovoriti o temi, ki ga vznemirja, pač pa ga zapletemo v pogovor o splošnih temah ali morda temi, ki je zanj zanimiva, in tako preusmerimo fokus njegove pozornosti. Lahko tudi ponudimo kaj za popiti ali damo možnost za kajenje. Tudi pri zmedenih ali delirantnih pacientih je občasno uporabna preusmeritev pozornosti, na primer na neko točko v prostoru (21).

5.4.12 Uporaba humorja

Pri blago vznemirjenih ali jeznih pacientih včasih lahko uporabimo humor, vendar je pri tem potrebna precejšnja mera previdnosti, da si pacient tega ne razlaga kot omalovaževanje (21, 22).

5.4.13 Prevezemanje odgovornosti

V določenih situacijah je lahko ustrezna taktika, da sami prevzamemo odgovornost za razrešitev situacije (21). Primer: *pacient se glasno razburja v polni čakalnici, ker ni dobil izvida, ki ga nujno potrebuje za zdravnika. Povzamemo dogajanje, pacientu damo navodila, da se umakne v določen prostor in ga prosimo, da na primer bere, gleda TV. Obljubimo, da bomo razrešili situacijo. Ob tem moramo dati realna pričakovanja, časovno opredeliti, kdaj se vrnemo, in obljubiti, da če se ne bomo uspeli dogovoriti v tem času, mu bomo to sporočili*

ali nekoga poslali, da mu poroča o dogajanju.

5.4.14 Pohvala, opravičilo, uporaba čudežnih besedic – prosim in hvala
Pohvalimo ustrezne predloge glede razrešitve situacije oziroma primerne alternative agresivnemu vedenju, ki jih predlaga pacient (21). Na primer »*Vaš predlog se mi zdi dober, mislim, da bi se dalo urediti tako*«. V pogovoru pogosto uporabimo besedici »prosim« in »hvala«. Na primer »*Prosil vas bom, da stopite z mano*«. V primeru, da nismo upoštevali dogovora, je pomembno, da se iskreno opravičimo.

5.4.15 Pogovor in pojasnila glede izvedenih intervencij

Vsa nameravana dejanja pacientu predhodno pojasnimo (zakaj ne bo dobil recepta ali napotnice, zakaj bo sprejet v bolnišnico ali bo dobil zdravila in podobno). Tudi po uporabi posebnih varovalnih ukrepov je pomembno pacientu pojasniti, zakaj je bilo potrebno posredovanje. Pacientu damo možnost, da dogodek pojasni iz svojega vidika. Ob tem je smiselno spregovoriti o alternativnih možnostih za obvladovanje agresije, če bi se le-ta pri pacientu ponovno pojavila, predvsem pa o možnih načinih za preprečevanje pojava vznemirjenosti ali agresije. Spodbujamo ga, da sam predlaga možne načine, kako bi lahko kontroliral svoje vedenje, in skupaj napravimo načrt (20).

Povzetek verbalnih deeskalacijskih tehnik je predstavljen na koncu priročnika (Tabela 4).

5.5 Nadzor nad lastno neverbalno komunikacijo in čustvenimi odzivi

Pri obravnavi potencialno agresivnih pacientov je pomembna umirjenost osebj. Agresija je pogosto odziv na izgubo dostojanstva, zato moramo pacientu povrniti občutek spoštovanja. Tisti, ki obvladajo tehnike deeskalacije, so sposobni ustvariti vtis umirjenosti, čeprav morda tudi sami čutijo strah. Dihamo umirjeno, nekoliko globlje. Nekateri svetujejo, da ob vdihu štejemo do štiri, enako v pavzi med vdihom in izdihom in nato pri izdihu ali se naučimo tehnike krožnega dihanja. Ohranimo profesionalen odnos, do pacienta ne smemo biti pretirano prijateljski, potrebno je obdržati določeno mero čustvene distance. Pri nadzoru lastnih strahov si pomagamo z osredotočanjem na oceno pacientovih občutkov in ne na lastne občutke, sicer pa je praviloma bolje priznati strah, kot pa ga zanikati (povemo pacientu, da s svojim vedenjem straši osebje, druge paciente, nas ...). Občutek umirjenosti, ki ga posreduje osebje, pomaga pacientu pri obvladovanju jeze in mu hkrati sporoča, da mu osebje zaupa. Preko umirjenosti osebje tudi sporoča, da obvladuje nastalo situacijo, medtem ko strah na strani osebja še poveča pacientovo anksioznost, občutek ogroženosti in negotovosti ali pa mu celo daje občutek, da ima sam prevlado nad položajem.

Pomembno je tudi, da zadušimo lastne občutke jeze in užaljenosti ob morebitni provokaciji ali žaljivkah in se izogibamo zameram do pacienta. Za doseg tega je potrebno pacientovo vedenje prepoznati kot del bolezni oziroma sprejeti dejstvo, da se sam ne zmore obvladovati. V pogovoru ne reagiramo na žaljivke ali provokacije, prav tako nadziramo lastne čustvene odzive (dihanje, glas, govorico telesa, izbor besed). Zapomnimo si, da je umirjenost prav tako »nalezljiva« kot panika ali strah (21, 22, 32, 41).

5.6 Pristopi, ki se jim je bolje izogniti

Za učinkovito deeskalacijo je potrebno improvizirati na kraju dogodka, pogosto z zelo jeznimi in nepredvidljivimi sogovorniki. Jasna komunikacija je nujna, da preprečimo morebitne nesporazume, ki bi poslabšali položaj. Dobro si je zapomniti, da moramo biti umirjeni, in premisliti, preden kaj rečemo. Ko ne vemo, kaj bi rekli, je praviloma bolje biti tiho. Vsak od nas ima kdaj slab dan in takrat se pogosteje zgodi, da prehitro reagiramo na način, ki ni ustrezen. Dobro si je zapomniti nekaj najbolj očitno napačnih pristopov in se jim izogniti (20, 21, 41).

- a. Uporaba provokativnih, podcenjujočih in napadalnih izjav ali vprašanj (*»Ali res mislite, da vam bo to kaj pomagalo?«, »Kdo pa mislite, da ste, da vpijete name?«*).
- b. Prepiranje s pacientom ali kričanje.
- c. Uporaba vprašalnice zakaj (vznemirjen in jezen pacient običajno ne zmore podati razlage), izjemoma uporabno v primeru parafraziranja.
- d. Več ljudi hkrati sprašuje pacienta.
- e. Negativne ali neustrezne izjave (*»Pa ne še en odvisnik?«, »Vi ste zmešani.«*).
- f. Prekinjanje pacienta, ko govori.
- g. Minimaliziranje resnosti pacientovega položaja (*»Stvari ne morejo biti tako slabe, a ne?«*) ali uporaba trivialnih zaključkov.
- h. Laganje, dajanje obljub, ki jih ne moremo izpolniti.
- i. Ne govorimo, da vemo, kako se sogovornik počuti ali da se je nam zgodilo nekaj podobnega.
- j. V pogovoru ne uporabljajmo pretirano strokovnih izrazov, nerazumljivih okrajšav in ne govorimo svojcem ali drugim članom osebja, kot bi bil pacient objekt ali nekdo, ki ne razume, kaj govorimo.
- k. Pretirana ventilacija. Mnogi so zmotno prepričani, da se ob ventilaciji agresivni posameznik umiri. Ventilacija predstavlja obliko verbalne agresije. V primeru blago vznemirjenega pacienta je morda krajša ventilacija lahko učinkovita, nikakor pa ne pri zelo vznemirjenih. Agresija je v osnovi stanje vzbujenosti, dodatni dražljaji pa vzbujenost še pojačajo. Tako posameznikovo vpitje, kričanje, pritožbe in podobno vedenje stimulira še hujšo agresijo. Kadar je ventilacija usmerjena proti tretji osebi, ki ni prisotna (pritožbe,

zmerjanje, grožnje z agresijo) in tega ne prekinemo, lahko dobi pacient občutek, da se strinjamo z njim in odobravamo, kar govori.

- l. Pretirano kimanje z glavo. Če prikimamo enkrat ali dvakrat, je to znak, da poslušamo, v primeru da kimamo večkrat, zlasti v hitrem zaporedju, lahko damo vtis, da nas ne zanima, kaj nam pripovedujejo, ali želimo, da utihnejo. Obstajajo tudi posebnosti v določenih kulturnih okoljih, kimanje je tako ponekod zaželeno vedenje, drugje pa lahko predstavlja nevljudno gesto.
- m. Dotikanje ali odrivanje pacienta.
- n. Uporaba fraz, kot so »Umirite se«, »To ni primerno vedenje«, »Morate se umiriti« (boljši primer: »Ker ste v stiski, jezni . . ., s svojim vedenjem vznemirjate druge paciente in osebje, zato vas bom prosil, da se umirate.«).
- o. Avtoritativen pristop ali ukazovanje, na primer »Uležite se na posteljo« (boljši primer: »Zdaj vas bom prosil, da se uležete na posteljo«). Izjema so situacije, ko je pacient na meji izbruha fizične agresije in je tovrstno posredovanje nujno. Pacientu damo jasna in direktivna navodila (na primer »Preglasni ste, pojdite v sobo«, lahko tudi rečemo: »Potrebno je, da se umaknete v sobo«). V takih situacijah izrazi, kot so pričakujem ali želim (da se umaknete), niso dovolj načelni. Pojasniti moramo posledice (na primer pacient bo pospremljen v sobo v spremstvu osebja, uporaba posebnih varovalnih ukrepov). Nato mu ponudimo izbiro, v smislu, da naj se odloči (na primer »Moralo se boste odločiti. Lahko greste sami mirno v sobo, lahko pa se odločite za drugo možnost, ki sem vam jo predstavil.«). Seveda moramo imeti dovolj pripravljenega osebja, da ukrepamo v primeru, da se pacient ne umiri.

Namesto zaključka

Značilnosti posameznika, ki lahko dobro in učinkovito izvaja deeskalacijo, so, da je odprt, odkrit, pošten, ne obsoja, je zaupanja vreden in ni aroganten. Pomembno je, da pokaže iskren in skrben odnos do pacienta, ne vzbuja občutka ogrožanja in se ne vede avtoritativno. Sposobnost empatije je nujna, saj pacientu pomaga vzpostaviti občutek, da ga slišimo, razumemo in prepoznavamo njegovo izkušnjo. Takšne lastnosti in nastop pacientu pomagajo, da razvije zaupanje in lažje sprejme poziv, da prevzame nadzor nad lastnim agitiranim vedenjem in agresijo (22, 32, 41).

6. Literatura:

1. Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings NICE guidelines [NG10] [internet]. 2015 [citirano 2018, julij 17]. Dosegljivo na: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>.
2. Anderson CA, Bushman BJ. Human aggression. *Annu Rev Psychol*. 2002;53:27-51.
3. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs*. 2005;50(5):469-78.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
5. Day RK. Psychomotor agitation: poorly defined and badly measured. *J Affect Disord*. 1999;55(2-3):89-98.
6. Lindenmayer JP. The pathophysiology of agitation. *J Clin Psychiatry*. 2000;61(14):5-10.
7. Nordstrom K, Allen MH. Managing the acutely agitated and psychotic patient. *CNS Spectr*. 2007;12(17):5-11.
8. Zeller SL, Rhoades RW. Systematic reviews of assessment measures and pharmacologic treatments for agitation. *Clin Ther*. 2010;32(3):403-25.
9. Healthcare Commission National Audit of Violence 2006-7 - Final Report - Working age adult services. London. Healthcare Commission. [internet]. 2007 [citirano 2018, julij 17]. Dosegljivo na: <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/WAA%20Nat%20Report%20final%20with%20all%20appendices.pdf>.
10. Hall AJ, Harrigan JA, Rosenthal R. Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. *Appl Prev Psychol*. 1995;4(1):21-35.
11. Grassi L, Biancosino B, Marmai L, Kotrotsiou V, Zanchi P, Peron L, et al. Violence in psychiatric units. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(9):698-703.
12. Carr VJ, Lewin TJ, Sly KA, Conrad AM, Tirupati S, Cohen M, et al. Adverse incidents in acute psychiatric inpatient units: rates, correlates and pressures. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(4):267-82.
13. Biancosino B, Delmonte S, Grassi L, Santone G, Preti A, Miglio R, et al. Violent Behavior in Acute Psychiatric Inpatient Facilities: A National Survey in Italy. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(10):772-82.
14. Hamadeh RR, Alaiwat BA, Ansari AA. Assaults and Nonpatient-Induced Injuries Among Psychiatric Nursing Staff in Bahrain. *Issues Ment Health Nurs*. 2003;24(4):409-17.

15. Colasanti A, Natoli A, Moliterno D, Rossattini M, De Gaspari IF, Mauri MC. Psychiatric diagnosis and aggression before acute hospitalisation. *Eur Psychiatry* 2008;23(6):441-8.
16. Iennaco JD, Whittemore R, Dixon J. Aggressive Event Incidence using the Staff Observation of Aggression Scale-Revised (SOAS-R): A Longitudinal Study. *Psychiatr Q.* 2017;88(3):485-99.
17. Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2002;9(3):325-37.
18. Foster C, Bowers L, Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs.* 2007;58(2):140-9.
19. Nijman H, Bowers L, Oud N, Jansen G. Psychiatric nurses' experiences with inpatient aggression. *Aggress Behav.* 2005;31(3):217-27.
20. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012;13(1):17-25.
21. Amdur E. De-escalation of Angry Individuals. *Safe Haven: Skills to Calm and De-escalate Aggressive and Mentally Ill Individuals (for Professionals in Inpatient Settings).* 2 ed: Edgework Books; 2011. p. 167-217.
22. Duperouzel H. 'It's OK for people to feel angry': The exemplary management of imminent aggression. *J Intellect Disabil.* 2008;12(4):295-307.
23. Price O, Baker J. Key components of de-escalation techniques: A thematic synthesis. *Int J Ment Health Nurs.* 2012;21(4):310-9.
24. Price O, Baker J, Bee P, Lovell K. Learning and performance outcomes of mental health staff training in de-escalation techniques for the management of violence and aggression. *Br J Psychiatry* 2015;206(6):447-55.
25. Rosenberg S, Gallo-Silver L. Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. *Teach Learn Nurs.* 2011;6(1):2-8.
26. Mehrabian A. *Silent messages: Implicit communication of emotions and attitudes.* Belmont, CA: Wadsworth; 1981.
27. Eunson BI. *Communicating in the 21st Century. Non-Verbal Communication.* 3rd ed. Milton, Australia: John Wiley & Sons; 2012. p. 255-80.
28. Jones SE, LeBaron CD. Research on the Relationship Between Verbal and Nonverbal Communication: Emerging Integrations. *JCM.* 2002;52(3):499-521.

29. Communication in the Real World: An Introduction to Communication Studies: University of Minnesota Libraries. [Internet]. 2016. [citirano 2018, julij 17]. Dosegljivo na: <http://open.lib.umn.edu/communication/chapter/3-1-language-and-meaning/>.
30. Tiwari AK. Non-verbal communication-an essence of interpersonal relationship at workplace. Management Insight. 2015;11(2):109-14.
31. Prabhu T. Proxemics: Some Challenges and Strategies in Nonverbal Communication. The IUP Journal of Soft Skills. 2010;4(3):7-14.
32. Virkki T. The Art of Pacifying an Aggressive Client: 'Feminine' Skills and Preventing Violence in Caring Work. Gend Work Organ. 2008;15(1):72-87.
33. Holloman GH, Zeller SL. Overview of Project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. West J Emerg Med. 2012;13(1):1-2.
34. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombrana M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. BMC Psychiatry. 2017;17(1):328.
35. APA Work Group on Psychiatric Evaluation. The American Psychiatric Association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults / APA Work Group on Psychiatric Evaluation. Third edition. [Internet]. 2016. [citirano 2018, julij 17]. Dosegljivo na: <http://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760>.
36. Hasan A, Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance. World J Biol Psychiatry. 2012;13(5):318-78.
37. Fishkind A. Calming agitation with words, not drugs: 10 commandments for safety. Current Psych. 2002;1(4):32-9.
38. Noll DE. De-Escalate: How to Calm an Angry Person in 90 Seconds or Less: Paperback 2017.
39. Zakon o duševnem zdravju. Uradni list RS, št. 77/08 in 46/15. [citirano 2018, Julij 17]. Dosegljivo na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157>.
40. Johnson ME, Delaney KR. Keeping the Unit Safe: A Grounded Theory Study. J Am Psychiatr Nurses Assoc. 2006;12(1):13-21.
41. Johnson ME, Hauser PM. The practices of expert psychiatric nurses: accompanying the patient to a calmer personal space. Issues Ment Health Nurs. 2001;22(7):651-68.

NEVERBALNE DEESKALACIJSKE TEHNIKE

OSEBNI PROSTOR – Upoštevam posameznikov osebni prostor, osebe z duševno motnjo zahtevajo približno štirikrat več osebnega prostora, razdalja do pacienta naj bo vsaj 2 dolžini rok. Pogovarjamo se v isti višini, najbolje sede, ni priporočljivo biti v višjem položaju od pacienta. Roke naj bodo na vidnem mestu. V primeru, da stojimo, se postavimo nekoliko pod kotom, z eno nogo pred drugo, noga, ki je zadaj, naj bo pod kotom približno 45°.

TELESNA DRŽA – Mirna, odprta, ne pa avtoritativna, napadalna ali agresivna (prekrižane roke, roke ob boku ali skrite za hrbtom) naj bo skladna z verbalnim sporočilom. Roke lahko imamo v položaju sproščeno pred seboj, z eno dlanko lahko objamemo drugo zapestje ali imamo dlani pred seboj odprte, usmerjene navzgor in približno pod kotom 30° proti trupu.

OČESNI STIK – Vzpostavimo očesni stik, ni pa priporočljivo strmeti v pacienta, pogled lahko usmerimo v predel med očmi, zgornji del nosu, sredino čela, rob lasišča.

MIMIKA OBRAZA – Poskušamo obdržati nevtralen izraz na obrazu, nadzorujemo obrazno mimiko in grimasiranje (zavijanje z očmi, privzdigovanje obrvi, posmehljiv izraz obraza), naraven nasmeh je učinkovit, narejen lahko situacijo poslabša.

GIBANJE IN GESTE – Gibanje naj bo počasno in nadzorovano, izogibamo se nenadnim in hitrim gibom, nadzorujemo geste rok, izogibamo se kazanju ali žuganju s prstom, dvigu ene roke in gestam, ki ponazarjajo nezanimanje.

DOTIK – Se odsvetuje, vsako dejanje, ki vključuje dotik, je potrebno predhodno jasno razložiti oziroma napovedati.

GOVOR – Govorimo mirno, počasi, razločno in odločno. Ne govorimo glasneje od vznemirjenega pacienta in nikoli ne vpijemo nanj, ne govorimo monotono, naveličano, nepotrpežljivo, jezno. Pazimo na poudarke v povedi, poudarimo tisti del, ki se nanaša na to, kar želimo posredovati v sporočilu.

Tabela 3: Neverbalne deeskalacijske tehnike (20–22, 32).

VERBALNE DEESKALACIJSKE TEHNIKE

VZPOSTAVITEV VERBALNEGA KONTAKTA – Predstavimo se, uporabljamo vikanje (redke izjeme). S pacientom govori le ena oseba – spoštljiva, vljudna komunikacija, podamo osnovne informacije.

JASNA IN JEDRNATA KOMUNIKACIJA – Enostavne, kratke povedi, preprost besednjak. Sporočilo večkrat ponovimo. Vprašanja so uporabna za blago vznemirjene paciente, ne za zelo jezne ali besne. Izogibamo se kompleksnim vprašanjem, damo dovolj časa za odgovor.

AKTIVNO POSLUŠANJE – Pokažemo, da smo slišali, kaj govori – kratki neverbalni in verbalni odzivi (pokimamo, rečemo: *dobro, vidim, poslušam*). Povzamemo povedano, ponovimo zadnjih nekaj besed, ponovimo z drugačnimi besedami, razjasnimo (reflektiranje in parafraziranje). Ne vključuje kritiziranja, obsojanja, pogojevanja, dajanj nasvetov, moraliziranja ali vsiljevanja lastnega mnenja.

PREPOZNAVANJE PACIENTOVIH ČUSTEV – Poskušamo identificirati pacientove želje, občutke in čustva, ki so vzrok vedenja, ne osredotočamo se na povedane besede in vedenje.

STRINJANJE ALI STRINJANJE Z NESTRINJANJEM/PRITOŽBAMI – Najdemo točko, kjer se strinjamo – strinjanje z resničnimi navedbami, z določenim principom, z verjetnostjo nekega dejanja ali dogodka. S pacientom se lahko strinjamo ali pa se strinjamo, da se ne strinjamo.

POSTAVITEV JASNIH MEJA IN PRAVIL – Pojasnimo pravila na oddelku, postavimo jasne meje, opredelimo nesprejemljivo vedenje, seznanimo s posledicami. Navajamo dejstva, ne grožnje.

MOŽNOST IZBIRE IN SPODBUJANJE OPTIMIZMA – Ponudimo alternativne možnosti agresivnemu vedenju (pacient jih lahko tudi sam predlaga).

PREMOR (TIME-OUT) – Premor in dogovor, kdaj se bo pogovor nadaljeval. Če se želi pacient sam umakniti, to dovolimo.

VZPOSTAVITEV ZAVEZNIŠTVA – Pacienta aktivno vključimo v razreševanje težave.

STRATEGIJA UMIKA – Ko pogovor objektivno ni izvedljiv, pojasnimo, da pogovor ni mogoč (ne uporabimo izrazov *ne želim ali nočem razpravljati*), pojasnimo razlog in določimo čas, ko bomo pogovor opravili, nato se umaknemo.

MENJAVA TEME, PREUSMERJANJE POZORNOSTI – Pogovor o splošnih temah ali temi, ki je sogovorniku zanimiva, preusmerimo fokus pozornosti.

UPORABA HUMORJA – Le pri blago vznemirjenih ali jeznih pacientih, potrebna previdnosti, da si pacient tega ne razlaga kot omalovaževanje.

PREVZEMANJE ODGOVORNOSTI – Sami prevzamemo odgovornost za razrešitev situacije, damo realna pričakovanja, časovno opredelimo razrešitev.

POHVALA, OPRAVIČILO, UPORABA ČUDEŽNIH BESEDIC – Prosim in hvala.

POGOVOR IN POJASNILA GLEDE IZVEDENIH INTERVENCIJ

Tabela 4: Verbalne deeskalacijske tehnike (20–22, 38, 40)

