

PRIMÁRNÍ PREVENCE A INTERVENCE U AGITOVANOSTI A AGRESIVITY V KLINICKÉ PRAXI

souborný článek

Jan Vevera^{1,2,3,4}
Andrea Nichtová^{1,5}
Věra Strunzová^{1,5}
Tomáš Petr⁶
Alexander Nawka⁷

¹Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

²Fakultní nemocnice Plzeň

³Národní ústav duševního zdraví, Klecany

⁴Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha

⁵Psychiatrická nemocnice Bohnice, Praha

⁶Ústřední vojenská nemocnice – Vojenská fakultní nemocnice Praha

⁷Institut neuropsychiatrické péče (INEP), Praha

Kontaktní adresa:

Mgr. Andrea Nichtová
5. května 44
140 00 Praha
e-mail: andrea.nichtova@gmail.com

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

SOUHRN

Vevera J, Nichtová A, Strunzová V, Petr T, Nawka A. Primární prevence a intervence u agitovanosti a agresivity v klinické praxi

Většina psychiatrických pacientů se nechová agresivně. Mnohem častěji se stávají oběťmi násilných činů. Násilí se objevuje především u pacientů s psychotickým onemocněním, bipolární afektivní poruchou nebo s organickým poškozením mozku. V psychiatrické péči se s agresivním pacientem setká téměř každý zdravotnický pracovník a zdůrazňujeme, že bezpečnost zdravotníka je v této situaci prioritou. I když se toto chování odehrává na našem území, tj. v nemocnici, nejsme na ně vždy adekvátně připraveni. V textu shrnujeme možnosti primární prevence násilného chování a strategie, jak předcházet stupňování konfliktů.

Klíčová slova: agitovaný pacient, agrese, prevence, rizikové faktory.

SUMMARY

Vevera J, Nichtová A, Strunzová V, Petr T, Nawka A. Primary prevention and intervention in agitability and aggression in clinical practice

Most patients with stable mental illness do not present an increased risk of aggressive behavior; however, they are frequently victims of violent acts. The aggression by patients predominantly occurs in patients with psychotic disorder, bipolar affective disorder or in patients with organic brain damage. Almost every healthcare worker meets patients with aggressive behavior and – under these conditions – it is always necessary to keep in mind that the health of the healthcare professional is essential. Although this behavior takes place in our territory, ie in a hospital, we are not always fully prepared for dealing it. In the current article we summarize the possibilities of primary prevention of violent behavior and strategies to prevent conflict escalation.

Key words: agitated patient, aggression, prevention, risk factors.

ÚVOD

Agitovanost, neklid a násilí nejsou diagnostickými kategoriemi. Jedná se o typ chování v mezilidské interakci, které je spojeno s různými psychopatologickými příznaky.¹ Termínům souvisejícím s násilným chováním rozumíme takto:

Frustrace – psychický stav, který vzniká v důsledku zamezení uspokojení potřeby nebo dosažení cíle.²

Neklid – stav zvýšené pohybové aktivity, která přechází od mírných forem (jako jsou zvýšená gestikulace, přešlapování, podupávání) až po výrazný celkový neklid, kdy jedinec bezcílně pobíhá a aktivně zasahuje do okolí.³

Agitovanost – vystupňovaná forma neklidu, doprovázená celkovou motorickou aktivací. Neklid i agitovanost jsou doprovázeny pocitem vnitřního neklidu.⁴

Agrese (z lat. *agressio* = výpad, útok) je chování, které směřuje k dosažení vytyčeného cíle a projevuje se záměrným poškozováním nebo omezováním jiné osoby nebo věci. Jedná se o chování, které má vědomý cíl nebo účel.⁵

Verbální agrese rozumíme vyhrožování a urážky. Mohou, ale nemusí být doprovázeny agitovaností.⁶

Násilné chování je patologická agrese, jejímž cílem je záměrně někoho poškodit. Jedná se o fyzicky agresivní chování, jako je např. bití, kopání, strkání, házení předmětů, používání zbraně a vyhrožování jejím užitím. Do této definice nezařazujeme násilí proti vlastní osobě, agresivní sny, fantazie a plány.⁶

Antisociální chování – v angloamerické literatuře se jedná o termín charakterizující chování sahající od verbální agrese až po násilné chování doprovázené nedostatkem empatie.⁵

Pasivní agresivitou rozumíme chování aktivně znemožňující dosažení rozumného kontaktu nebo vytyčených cílů.⁵

Hostilita – negativní, nepřátelský, zatrpklý postoj jedince k jinému jedinci nebo k více lidem, nemusí se ale projevat násilím.⁶

Stupně agrese – agrese se typicky projevuje ve čtyřech stupních. Prvním stupněm je *agrese ideatorní*, myšlenková. Druhým stupněm je *agrese verbální*. Následuje *agrese proti předmětům* (např. kopání do dveří). Posledním stupněm je *fyzická agrese* vůči lidem, tato bývá obvykle označována jako násilí.⁵

Většina duševně nemocných se nechová násilně. Často jsou naopak oběťmi násilných činů. Evoluční a výchovou získané přirozené zábrany agresivity a násilí (genetická příbuznost, infantilní zjev) či její facilitátory (ohrožení způsobené ztrátou zdrojů, včetně zdrojů reprodukčních) mohou být ale vlivem psychických poruch narušeny a riziko agresivního chování je tak u psychiatrických pacientů zvýšeno.^{4,7} Uživatelé psychiatrické péče jsou ale laickou veřejností považováni za nepředvídatelné a nebezpečné.⁸ Právě tato domnělá nepředvídatelnost se největší měrou podílí na stigmatizaci duševně nemocných.

Stigmatizační postoje jsou v ČR výrazně vyšší než v jiných evropských státech⁹ a jsou běžné i v českém denním tisku¹⁰ a pomáhají tak vytvářet bariéru v reintegraci pacientů do běžného života. Obavy z nepředvídatelnosti násilného chování se ale nezakládají na faktech. Naše retrospektivní studie¹¹ ukázala, že pokud se pacienti chovají násilně, je jejich jednání nejčastěji zaměřeno proti rodinným příslušníkům a poskytovatelům péče, kteří tvoří tři čtvrtiny obětí¹¹ a riziko si obvykle uvědomují. Kazuistická sdělení naznačují, že v ČR

to byla často policie, kdo nedostatečně reagoval, jak ukazuje např. napadení psychiatra z roku 2003¹² nebo vražda spáchaná pacientkou propuštěnou z Psychiatrické nemocnice Bohnice v roce 2016.¹³ Nicméně velká část zdravotnického personálu se s agresivním chováním setkává,¹⁴ a měla by být proto vyškolená v technikách jeho zvládnutí.

V české psychiatrické literatuře se ale větší pozornost věnuje farmakologickým intervencím,^{15,16} zatímco psychoterapeutické intervence nejsou dostatečně popsány a praktikovány.

BEZPEČNÉ PROSTŘEDÍ

Základní podmínkou pro práci s agitovaným či agresivním pacientem je zajistit dostatečný čas, bezpečný prostor a redukci rušivých environmentálních stimulů. Přijetím k akutní hospitalizaci přebírá zdravotnické zařízení část odpovědnosti za průběh zdravotní péče, především za to, že poskytovaná péče bude probíhat bezpečně a bez komplikací. Sebepoškození, sebevražda nebo útěk s následným poruchovým chováním mohou být vnímány jako selhání při poskytování zdravotních služeb, s následným rizikem soudních sporů.

BEZPEČÍ ZDRAVOTNÍKA JE PRIORITY

Pro zajištění bezpečí zdravotnického personálu je třeba dodržovat obecné bezpečnostní zásady, které shrnujeme v tab. 1. Při poskytování lékařské pomoci tváří v tvář nebezpečí, jak je tomu například při lékařských zákrocích u vojenských zdravotníků, platí, že účinnou pomoc může poskytnout pouze zdravý lékař a zdraví zdravotníka je v této situaci prioritou. Při přímém útoku se např. přerušují operace, obdobně lékař neposkytuje pomoc zraněnému v minovém poli, ale vyčká na vyproštění raněného pacienta. Stejně tak v civilním sektoru záchranář vstupuje do rizikového prostoru (např. vrazu letadla) teprve tehdy, když to hasiči či bezpečnostní technici označí za bezpečné. Obdobně při kontaktu s agresivním pacientem je základem zajistit bezpečí zdravotníka.¹⁷

Tab. 1. *Bezpečnostní zásady pro práci s agitovaným pacientem*

Je potřeba mít zabezpečenou ústupovou cestu.
Nikdy nejsme s pacientem v uzavřené místnosti bez možnosti přivolat pomoc.
Lékař sedí blíže ke dveřím s možností úniku.
Pokud je pacient agitovaný či agresivní, citlivě mu prezentujeme převahu (např. přítomností dalšího personálu).
Odstraníme nebezpečné věci z dosahu pacienta (např. přístroj, nůžky apod.).
K pacientovi přistupujeme ze strany a dodržujeme bezpečnou vzdálenost, to znamená delší, než je délka dvou natažených paží.
Pokud se pacient chová násilně, nebráníme jeho útěku z ambulance za cenu ohrožení vlastního zdraví nebo ohrožení zdraví personálu.
Pokud má jednání pacienta charakter kriminálního nebo zdraví ohrožujícího chování, je třeba kontaktovat okamžitě policii.

Při řešení obtížných situací je pro personál důležitý pocit, že se může spolehnout na své kolegy. Zároveň mu v jejich řešení pomáhá jistota vhodně technicky zajištěného a uzpůsobeného oddělení. Pro vytvoření bezpečné atmosféry na oddělení je proto důležité věnovat pozornost obsazení týmu s ohledem nejen na kvalifikaci personálu, ale také na jeho zkušenosti a genderové uspořádání týmu (přítomnost mužského personálu ve směně).

BEZPEČÍ PACIENTA

Agitovanost či násilí mohou narušit běžné standardní diagnostické procedury, které obvykle předcházejí hospitalizaci na psychiatrických odděleních. **V počáteční fázi diagnostického procesu není nutné stanovit přesnou psychiatrickou diagnózu, ale prvořadě je vyloučit somatické komorbiditity ohrožující pacientův život.** Pokud se tyto objeví, nemocného neprodleně odesíláme k adekvátní somatické péči a léčbě. Nejčastější varovné příznaky jsou uvedeny v tab. 2.

Častým důvodem agitovanosti je kognitivní deficit, který se demaskuje nebo prohloubí po přemístění z pacientova důvěrně známého místa (např. domova) do nemocnice. Adekvátním řešením je co nejrychlejší úprava somatického stavu a návrat do původního prostředí, nikoliv krátkodobé překlady na psychiatrii „aby se pacient uklidnil“, protože opakované změny prostředí naopak prohlubují zmatenost, agitovanost a z ní pramenící agresi pacienta.

PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY

Většina pacientů vyhledává lékaře kvůli symptomům, které jsou doprovázeny fyzickou bolestí, psychickým napětím, úzkostmi, obavami a strachem, ať už o sebe, či o své blízké. Tyto symptomy vedou k frustraci, která je jedním z nejčastějších spouštěčů agresivního jednání. Je nutné zdůraznit, že frustrace vždy nevyplývá pouze z jednání ostatních, ale i z pocitů vlastního selhání. Často nepochopeným důvodem agrese je snaha překonat úzkost nebo hájit svou důstojnost a čest. Pacient, který se náhle ocitl na neznámém místě (např. v nemocnici), se může cítit frustrovaný a bezmocný. Vyšetření či hospitalizaci může vnímat jako svoje selhání nebo ponížení, proto je vhodné s ním empatizovat a opakovaně mu nestigmatizujícím způsobem vysvětlovat smysl vyšetření. Nemocný citlivě vnímá a reaguje na skutečnosti, které nové prostředí přináší, např. nedostatek času, delší čekací doba či nedostatky

v nemocničních službách (strava, ubytování). Tyto faktory může pacient zaměňovat za nedostatek respektu vůči své osobě. Adekvátní reakcí je omluvení se za nedostatky, i když za daný problém (např. rekonstrukce oddělení, velké množství pacientů, nefungující přístup do databáze laboratorních údajů, nefungující WC atd.) není ošetřující personál osobně zodpovědný. V očích pacienta je zdravotník reprezentantem daného zařízení a omluva je namístě. Vždy je třeba si připomínat, že agitovaný nebo rozrušený pacient neuvažuje a nejedná racionálně.

ENVIRONMENTÁLNÍ STRESORY

Vliv prostředí na poskytování psychiatrické péče bývá často podceňován. Agresivní reakce je pravděpodobnější při vyšší teplotě a hluku, nepořádku, přítomnosti nebezpečných předmětů a v nepřehledném prostoru.^{4,18,19} Tyto environmentální faktory představují podobné stresory jako fyzická bolest. Expozice násilným stimulům ve formě filmů, TV, videoher, agresivních sportovních událostí a zbraní usnadňuje přístup k hostilním myšlenkám a afektivním stavům spojeným s agresi.

Pravděpodobnost výskytu agrese zvyšuje také přeplněnost oddělení.²⁰ Nedostatek fyzického prostoru způsobuje hlavně vznik verbální agrese. Jako vysvětlení se nabízí eskalace stresu. Přeplněnost způsobuje narušení osobního prostoru pacienta. Frustrující je i neustále vyrušování ostatními pacienty nebo personálem a nucení do socializace v omezeném prostoru. Rizikové faktory a spouštěče agresivního chování jsou shrnuty v tab. 3.

Institucionální prostředí, syndrom vyhoření personálu a nedostatek času na práci s pacientem v porovnání s administrativní činností jsou další faktory zvyšující

Tab. 2. *Symptomy indikující nutnost okamžité somatické léčby*

Varovné somatické příznaky	závažná bolest hlavy, anizokorie, zhoršená koordinace, extrémní svalová ztuhlost nebo slabost, hemiparéza, dyspnoe, epileptické záchvaty, hyper- a hypotenze, zvýšený puls, zvýšená teplota, teplotní senzitivita, výrazná ztráta váhy
Varovné laboratorní příznaky	minerálová dysbalance, hypo- a hyperglykémie, zvýšené hodnoty CRP a CK
Varovné psychické příznaky	amnézie, dezorientace, zastřená řeč, poruchy vědomí

Tab. 3. *Rizikové faktory a spouštěče konfliktních situací*

Na straně nemocného	<p>Fyzické: bolest, hlad, žízeň, poškození mozku (trauma, CMP), elektrolytová dysbalance, infekce, hypoglykémie, intoxikace (alkohol, stimulancia), nežádoucí účinek medikace (např. akathizie)</p> <p>Psychické: frustrace, stres, pocity prohry, selhání, ponížení, agresivní chování v anamnéze, obět agresivního chování v anamnéze, psychická porucha</p>
Na straně personálu	nezkušenost, nedostatečná příprava či trénink, traumatická zkušenost v anamnéze, fyzický stres (bolest, hlad, žízeň), únava, nedostatečné personální obsazení, věk a pohlaví (muži pod 30 let jsou napadáni nejčastěji)
Na straně prostředí	<p>Vnější stresory: osvětlení, hluk, nepořádek, nebezpečné předměty.</p> <p>Uspořádání oddělení: institucionální prostředí, nepřehledný prostor, přeplněné oddělení, omezený pohyb, nedostatek soukromí</p>

pravděpodobnost agitovanosti a agrese.²¹ Mezinárodní normy doporučují řadu skupinových a individuálních terapeutických aktivit, které dohromady dosahují v průměru nejméně 2,5 hodiny denně a více, a k tomu ještě individuální kontakt s lékařem. Ve skutečnosti jsou ale tyto normy např. v Anglii zřídka splněny.²² Syndrom vyhoření u personálu jako facilitátor vzniku násilí je dokonce v ČR někdy označován za diagnózu českého zdravotnictví.²³ To, co může na druhé straně pomoci jako protektivní faktor před vznikem násilí, je ze strany zdravotnického zařízení dostatečná délka akutní hospitalizace.²¹

Detailně byl zkoumán vliv prostředí na používání omezovacích opatření.¹⁸ V rámci rozsáhlé studie byly identifikovány tři hlavní faktory vedoucí ke snižování použití omezovacích opatření:

- dostatečné soukromí pro pacienty (možnost uchýlit se do privátního prostoru);
- vyšší úroveň pohodlí (pozitivní „domácí“ atmosféra na oddělení);
- dobrá přehlednost oddělení (široké chodby, centrálně umístěná pracovna sester aj.).

Naopak v prostředí s přílišným důrazem na bezpečnost a sledování pacientů na úkor pozitivní domácí atmosféry byl zaznamenán vyšší výskyt situací s nutností použití omezovacích prostředků.

Nedílnou součástí vybavení akutních psychiatrických oddělení by měl být funkční kamerový systém a také systém tísňového volání pomoci. Vhodným doplňkem monitoringu mohou být čidla pohybu na toaletách či v koupelnách a užití bezpečnostního zapalovače na kuřárnách.

ZÁVĚR

Většina psychiatrických pacientů se nechová agresivně, ale v psychiatrické péči se s agitovaným nebo agresivním pacientem setká téměř každý zdravotnický pracovník. Toto chování se odehrává na našem pracovišti a je možné se na ně připravit. Rizikové faktory a spouštěče agresivního chování můžeme identifikovat na straně personálu, na straně nemocného a rovněž ho ovlivňují faktory prostředí. Všechny tyto faktory můžeme ovlivňovat a riziko agitovanosti a agresivity zmenšovat. Při jednání s násilně se chovajícím pacientem je prioritou bezpečí zdravotníka. Násilné chování u pacienta může vést k změně běžných postupů. V počáteční fázi diagnostického procesu není nutné stanovit přesnou psychiatrickou diagnózu, ale je nutné vyloučit somatické komorbidity ohrožující pacientův život. Pokud k agresivnímu chování dojde, základní intervencí je deeskalace, kterou popíšeme v druhém díle tohoto článku.

LITERATURA

1. Vevera J, Jiráček R, Uhrová T et al. Možnosti ovlivnění agitovaného a násilného chování v psychiatrické praxi. *Psychiatrie pro praxi* 2007; 2: 66–71.
2. Paulík K. Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada Publishing 2010: 240.
3. Petr T, Marková E. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada Publishing 2014: 296.
4. Latalová K. Agresivita v psychiatrii. Praha: Grada Publishing 2013: 240.
5. Vevera J, Stopka P. Agrese a násilí. In: Raboch J, Pavlovský P et al. *Psychiatrie*. Praha: Nakladatelství Karolinum 2012: 139–161.
6. Höschl C, Libiger J, Švestka J. *Psychiatrie*. Praha: Tigris 2004: 883.
7. Černý M. Violence in persons with and without psychosis in the Czech Republic: Risk and protective factors. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018; přijato k publikaci.
8. Angermeyer MC, Matschinger H. The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 304–309.
9. Winkler P, Mlada K, Janoušková M et al. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2016; 51 (9): 1265–1273.
10. Nawková L, Nawka A, Adámková T et al. The Picture of Mental Health/Illness in the Printed Media in Three Central European Countries. *J Health Commun* 2012; 17 (1): 22–40.
11. Vevera J, Hubbard A, Veselý A, Papežová H. Violent behavior in schizophrenia: retrospective study of our independent samples from Prague 1949 to 2000. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 426–430.
12. Riebauerová M. Ještě dnes občas vidím tu mačetu, říká psychiatr Hynek. *iDNES.cz*. Získáno 5. 4. 2008 z <https://zpravy.idnes.cz>.
13. Kabátová M, Kabátová Š. Vražda na Andělu: Chybovali policisté, když útočníci před 14 dny nezadrželi?. *Lidovky.cz*. Získáno 23. 7. 2016 z <https://www.lidovky.cz>.
14. Phillips JP. Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *N Engl J Med* 2016; 374 (17): 1661–1669.
15. Vevera J, Oktábec Z, Perlík F et al. Diazepam i. m. – the Most Common, but Inappropriate Medication for Management of Acute Anxiety, Agitation and Aggression. *Česká a Slovenská Neurologie a Neurochirurgie* 2014; 77/110 (6): 760–764.
16. Mohr P, Knytl P, Voráčková V, Bravermanová A, Melicher T. Long acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients. *Int J Clin Pract* 2017; 71: 1–7.
17. Vevera J, Černý M. Zvládání agitovanosti a násilného chování. *Psychiatrie pro praxi* 2011; 12 (2): 58–60.
18. van der Schaaf PS, Dusseldorp E, Keuning FM, Janssen WA, Noorthoorn EO. Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 142–149.
19. Virtanen M, Vahtera J, Batty GD. Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 149–155.
20. Bradley NG, Kumar S, Ranclaud M, Robinson E. Ward crowding and incidents of violence on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (4): 521–525.
21. Craig TKJ. Shorter hospitalizations at the expense of quality? Experiences of inpatient psychiatry in the post institutional era. *World Psychiatry* 2016; 15 (2): 91–92.
22. Csipke E, Flach C, McCrone P, Rose D, Tilley J, Wykes T, Craig T. Inpatient care 50 years after the process of deinstitutionalisation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49 (4): 665–671.
23. Raboch J, Ptáček P, Kebza V. Burnout syndrom jako mezioborový jev. Praha: Grada Publishing 2013: 168.