

# Agresja w placówkach medycznych

Mgr inż. LESZEK WOJCIESZAK  
autor systemu samoobrony dla cywilów  
Kempo Defence, shihan Kempo Tai Jutsu



Foto: archiwum Autora

Dr hab. JACEK PNIEWSKI, prof. ucz.  
Akademickie Centrum Kształcenia  
Optometrystów, Wydział Fizyki  
Uniwersytet Warszawski  
sensei Kempo Tai Jutsu



Foto: archiwum Autora

## Wprowadzenie

Niemal każdy styka się z agresją. Jest to element życia społecznego, który często ma skutek destrukcyjny, zarówno dla psychiki, jak i ciała. Z agresją można spotkać się w każdym środowisku, choć niewątpliwie można wskazać dziedziny, miejsca, czy zawody, które wiążą się z mniejszym lub większym zagrożeniem.

Dość szczególną sytuację mamy w przypadku zawodów medycznych, od których oczekuje się empatii, zrozumienia, akceptacji, nawet w sytuacjach, w których specjaliści mają do czynienia ze skierowaną przeciwko nim agresją pacjentów.

Przypadki agresji najczęściej kojarzymy z medialnymi doniesieniami o atakach na ratowników medycznych, czy personel w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Jednak doświadczenia innych zawodów medycznych, w których pracuje się z ludźmi, także bywają trudne. Naczelna Izba Lekarska na spółkę z Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych monitorują przypadki agresji skierowanej przeciwko lekarzom, pielęgniarkom i położnym, niestety brakuje podobnego mechanizmu dla innych zawodów medycznych w Polsce, a trzeba pamiętać, że w 2023 r. ustawowo uregulowano 15 zawodów medycznych, w tym optometrystę i ortoptystkę. Orzecznictwo sądowe w wielu przypadkach stoi na stanowisku, że pacjent jest pod szczególną ochroną, dlatego że zwraca się do placówki medycznej po pomoc, często w trudnej sytuacji psychicznej [1,2]. Także World Medical Association zauważa problem agresji skierowanej przeciwko pracownikom sektora medycznego, publikując szereg zaleceń w tym zakresie [3].

W jakim stopniu problemy lekarzy szpitalnych lub rodzinnych w przychodniach rejonowych, ratowników lub pielęgniarek mogą dotyczyć innych zawodów medycznych? W wielu amatorskich rankingach zawód optometrysty jest wymieniany jako jeden z najmniej stresujących. Z rozmów, prowadzonych z pracownikami saloonów optycznych, gabinetów optometrycznych, placówek medycznych, wynika jednak, że zdarza się wiele sytuacji, w których czują się zagrożeni, a właściwie zagrożone, bowiem większość

pracowników tych zawodów medycznych stanowią kobiety. Nie są to na szczęście sytuacje częste w naszym kraju, co może zmienić się, gdy optometryści zaczną pracować w większym stopniu w poradniach okulistycznych, publicznych szpitalach itp., gdzie pacjenci reprezentują wszystkie warstwy społeczne.

Trzeba uzmysłowić sobie, że art. 207 Kodeksu Pracy nakazuje pracodawcy organizować pracę w sposób zapewniający bezpieczne i higieniczne warunki pracy. To znaczy, że kwestie bezpieczeństwa osobistego pracowników także podlegają tym przepisom.

W tym artykule staramy się przekazać ogólną wiedzę na temat zagrożeń w życiu i pracy oraz podstawowe informacje, które mogą pomóc zarówno prowadzącym placówki medyczne (salony optyczne, gabinety optometryczne, terapeutyczne itp.), ich pracownikom, ale nie tylko. Postępowanie w sytuacji zagrożenia jest dość podobne w różnych sytuacjach i podlega podobnym zasadom. Poruszone tematy będą stricte praktyczne, wynikające z doświadczenia autorów.

## Przyczyny i rodzaje agresji

Współczesna psychiatria rozróżnia pojęcia – stanu pobudzenia oraz agresji. **Pobudzenie** to fizjologiczna i psychiczna reakcja organizmu, objawiająca się zwiększonym napędem psychoruchowym, napięciem emocjonalnym oraz ograniczeniem kontroli własnych impulsów. **Agresja** to forma zachowania ukierunkowana niezadowolaniem, frustracją czy gniewem na siebie (autoagresja), inne osoby lub przedmioty z otoczenia [4,5]. Klasyfikacja typów agresji może być prowadzona w różny sposób, jest przedmiotem szczegółowej analizy psychologicznej. Na potrzeby bezpieczeństwa pracownika medycznego wystarczą podstawowe pojęcia.

Agresję można podzielić na **aspoteczną** oraz **spoteczną** (przemoc). O agresji aspotecznej mówimy wtedy, gdy nie jest skierowana w sposób zamierzony i przemyślany w kierunku konkretnej osoby, a jest raczej wyrazem wewnętrznych problemów danej osoby. Reakcje agresywne

aspoteczne mogą być wywołane na przykład przez choroby, czy zaburzenia. Agresja **spoleczna** ma charakter zamierzony, intencjonalny i często przemyślany (instrumentalny), a jej celem jest wywołanie określonego postępowania, zastraszenie, osiągnięcie zamierzonego celu. Przykładem jest napaść w celu kradzieży pieniędzy lub innych przedmiotów wartościowych, lub atak werbalny w celu uzyskania nienależnego zwrotu pieniędzy za zakupiony towar. Agresja społeczna może być stosowana również w innych relacjach społecznych, czego bardzo dobrym przykładem jest *mobbing*, z jakim ma do czynienia wielu pracowników, czy też przemoc wobec nieletnich w środowisku rodzinnym lub szkolnym [6,7].

Niektórzy psychologowie wyróżniają także agresję związaną z wykonywaniem zadań i pełnieniem ról społecznych. Agresja może mieć charakter **bezpośredni**, gdy istnieje jawna interakcja pomiędzy napastnikiem a osobą zaatakowaną, oraz **pośredni** (np. obmawianie, deprecjonowanie, niszczenie własności). Ekstremalną formą agresji jest **okrucieństwo**, polegające na fizycznym lub psychicznym niszczeniu człowieka w sposób szczególnie gwałtowny.



Rycina wygenerowana przez AI Gemini

**Ryc. 1.** Przedmioty codziennego użytku mogą stanowić dobre narzędzie do obrony w sytuacji zagrożenia. Energetyczne dźgnięcie długopisem w mięsień, czy uderzenie pięścią kluczy w twarz, wywołują zwykle odruch bólowy, nie powodując poważnych uszkodzeń ciała, dając czas np.: na podjęcie decyzji lub ucieczkę. Krzesło stanowi zasłonę np. przed atakiem narzędziem (nożem, pałąk), umożliwiając opuszczenie lokalu i wezwanie pomocy

Agresję należy także podzielić na agresję werbalną, fizyczną i symboliczną. Agresja **werbalna**, polegająca na ataku słownym, jest jedną z częstszych form agresji, poprzedzającą nierzadko inne formy agresji. Agresja **fizyczna** to bezpośredni atak fizyczny, także z użyciem narzędzi (np. noża, kija lub przypadkowego przedmiotu). Do tego samego rodzaju ataku można również dodać sam niechciany kontakt fizyczny, inaczej zwany molestowaniem. Agresja **symboliczna** może polegać na wykonywaniu obscenicznych lub obraźliwych gestów. Prawdopodobnie siła, częstość występowania epizodów agresji, a także rodzaj konkretnych zachowań, zależą od wielu czynników: zadatków wrodzonych, własnej aktywności, wpływów środowiska rodzinnego oraz rówieśniczego i od sposobu wychowania [8,9].

### Poziom bezpieczeństwa

Wiele ważnych wniosków na temat bezpieczeństwa osobistego można wynieść już z lektury jednego z najstarszych znanych podręczników o sztuce wojennej, napisanego przez wybitnego starożytnego stratega z Dalekiego Wschodu – Sun Tzu (nazwisko pisane jest w różny sposób z uwagi na transkrypcję z języka chińskiego) [10]. Mimo że napisany 2,5 tys. lat temu, nadal jest w dużej części aktualny i traktowany jako podręcznik prakseologii, czyli teorii sprawnego działania lub zarządzania. Bezpieczeństwem można w dużym stopniu zarządzać na trzech poziomach, od najbardziej ogólnego (**strategia**), poprzez pośredni (**taktyka**), do poziomu najniższego (**technika operacyjna**). Ten trójpoziomowy podział jest powszechnie stosowany nie tylko w sztuce wojskowej, ale i w wielu innych dziedzinach, np. w sporcie, marketingu, czy zarządzaniu przedsiębiorstwem. Okazuje się skuteczny także w zakresie samoobrony.

Przez **strategię** bezpieczeństwa należy rozumieć decyzje ogólne, które nie są bezpośrednio związane z konkretnymi zagrożeniami, ale mogą zmniejszyć lub zwiększyć ogólny poziom bezpieczeństwa. W praktyce będą to np.:

- **wybory życiowe**, np.: wybór miejsca zamieszkania w bardziej lub mniej bezpiecznym regionie, wybór partnera życiowego, wybór zawodu (saper vs pracownik biurowy), wybór hobby (skoki spadochronowe vs modelarstwo) itp.,
- **nawyki**, np.: nawyk sprawdzania ciśnienia w oponach przed każdą dłuższą jazdą, nawyk wyłączenia urządzeń elektrycznych, nawyk pilnowania bagażu mogą uratować życie, zdrowie lub mienie,
- **sport** – sprawność fizyczna jest ważnym elementem każdego systemu samoobrony, zgodnie z hasłem: *stabszy pokona silniejszego, ale słaby nie pokona silnego*; uprawianie dowolnego sportu fizycznego zwiększa poziom bezpieczeństwa,

- **używk** – wszelkie substancje, wpływające na percepcję, jak np. alkohol, substancje psychoaktywne, stanowią zagrożenie, obniżając poziom bezpieczeństwa,
- **granice** – umiejętność stawiania granic często jest w stanie zatrzymać agresję na wczesnym etapie, ale jeśli nie potrafimy tego robić na co dzień, w życiu prywatnym i zawodowym, to nie uda się to w nagłej sytuacji zagrożenia; umiejętność ta jest ważną cechą w życiu społecznym, którą należy rozwijać w razie jej deficytu,
- **samoocena** – niska samoocena może, czasem nieświadomie, stanowić zachętę lub czynnik sprzyjający wybuchowi agresji u osoby o odpowiednich skłonnościach.
- **świadomość własnego ciała, jego reakcji i emocji** – ważny czynnik na etapie deeskalacji konfliktu podczas sytuacji zagrożenia, ułatwiający zapanowanie nad własnymi emocjami,
- **uwaga** – umiejętność obserwacji otoczenia, odczytywania sytuacji i intencji, pozwala na wcześniejsze dostrzeżenie zagrożenia, zanim nastąpi wybuch agresji lub nastąpi niebezpieczna sytuacja. Przykładowo, skupienie całej swojej uwagi na smartfonie podczas podróży zmniejsza poziom bezpieczeństwa, ułatwiając także działanie kieszonkowcom,
- **turystyka** – podróżowanie w niebezpieczne rejony świata, szczególnie bez przygotowania i zabezpieczenia (o tym dalej taktyka), niejednokrotnie wiąże się z poważnymi konsekwencjami,
- **styl bycia** – nie powinien, w odczuciu wielu osób, wpływać na poziom bezpieczeństwa, jednak wrodzona lub nabyta ofensywność wypowiedzi, naruszanie, nawet nieintencjonalne, granic prywatności mogą wywołać agresywną reakcję,
- **networking** – nawiązywanie znajomości, przyjaźni, dobrych relacji, wpływa na poziom bezpieczeństwa na wiele sposobów, m.in. poprzez możliwość łatwiejszego uzyskania pomocy w grupie; poprawia to też zdrowie psychiczne, prowadząc do wyższej samooceny.

**Taktyka** to zbiór działań, które mają za zadanie zminimalizować mniej lub bardziej konkretne zagrożenie i przygotować się do niego, nawet jeśli nie wystąpi. Do taktyki można zaliczyć takie działania, jak np.:

- **ocena ryzyka** – które może nam towarzyszyć w miejscu pracy, w kinie, teatrze, restauracji, klubie itp., a także w drodze do/z nich. Przykładowo, wybór szemranych klubów, gdzie chcemy się bawić w sobotę wieczorem, spożycie alkoholu i przejazd autobusem nocnym niejednokrotnie kończy się źle,

- **wybór środków bezpieczeństwa** – często nie mamy dużego wpływu np. na godziny pracy, środki transportu itp., nadal jednak możemy istotnie poprawić poziom bezpieczeństwa, wybierając lub stosując różne środki zapobiegawcze, np.: wieczorny powrót do domu ulicami/alejkami z monitoringiem, przycisk napadowy, gaz pieprzowy itp.,
- **przygotowanie** – jeden z ważniejszych punktów taktyki, polegający na opracowaniu i ćwiczeniu scenariuszy konkretnych sytuacji,
- **analiza** – wykonywana po zakończeniu sytuacji zagrożenia, ważna dla przygotowania do kolejnych zagrażających okoliczności.

**Technika operacyjna** to działania podejmowane w sytuacji zagrożenia, np.:

- **deeskalacja** – zachowania prowadzące do obniżenia poziomu pobudzenia emocjonalnego napastnika(-ów), werbalne bądź niewerbalne, zachowujące bezpieczeństwo personelu,
- **zastosowanie środków bezpieczeństwa** – wezwanie pomocy (uzgodnione i przećwiczone wcześniej), użycie przycisku napadowego, w skrajnej sytuacji ucieczka w przygotowane miejsce (np. zamknięte zaplecze z wyjściem),
- **zastosowanie technik samoobrony** (w tym obezwładnienie) – w przypadku bezpośredniej napaści fizycznej; to działanie jest trudne, z uwagi na konieczność regularnych ćwiczeń i rozwoju przez relatywnie długi czas, a także ryzyko przekroczenia granic obrony koniecznej.

Technika operacyjna podlega najszybszej ewolucji, np. z uwagi na zmieniające się środki techniczne; zaś strategia, jako najbardziej ogólna – wydaje się być uniwersalna na przestrzeni tysięcy lat.

### Czynniki ryzyka wystąpienia agresji

Istnieje szereg czynników, które mogą zwiększyć ryzyko wystąpienia zachowań agresywnych w placówkach świadczących usługi medyczne, m.in.:

- **płeć i wiek** – do niedawna panował pogląd, że mężczyźni są bardziej skłonni do zachowań agresywnych, jednak zmiany społeczne i obecne wzorce kulturowe sprawiają, że ten czynnik ma coraz mniejsze znaczenie. Podobnie wiek nie jest wyznacznikiem ryzyka agresji,
- **zaburzenia i choroby psychiczne, neuroatypowość** – przykład przygotowania wizyty optometrycznej dla młodego pacjenta autystycznego można znaleźć np. w artykule M. Bobrowska, J. Pniewski. Pacjent autystyczny w gabinecie optometrycznym. *Optyka* 2021; 3(70): 5–52,



Ryc. 2. Rozwiązania techniczne, które mogą wspomóc obronę przed napastnikiem lub napastnikami. Niektóre mogą także ułatwić wezwanie pomocy w przypadku zagubienia: gaz pieprzowy, gwizdek alarmowy, sygnalizator akustyczny, nożny przycisk napadowy

Rycina wygenerowana przez AI Gemini

- **choroby neurologiczne, demencja, choroba Alzheimera** – z uwagi na starzejące się społeczeństwo odsetek pacjentów z chorobami charakterystycznymi dla podeszłego wieku będzie zwiększać się, a część tych osób przejawia niekontrolowane, impulsywne zachowania agresywne. W przypadku wystąpienia objawów niezbędne jest wezwanie fachowej pomocy medycznej. Opanowanie sytuacji kryzysowej u starszej agresywnej osoby z demencją jest wielopłaszczyznowe, z farmakologią i opanowaniem fizycznym włącznie, do czego większość specjalistów medycznych nie jest przygotowana. Więcej na ten temat można znaleźć np. w podręczniku *Prevention and Management of Violence: Guidance for Mental Healthcare Professionals* [11], a złożoność problematyki i różnorodność środków do eskalacji ilustrują artykuły [12,13],
- **stany po urazach głowy, TBI/PTSD** – duża liczba konfliktów zbrojnych na świecie i rosnąca liczba żołnierzy sprzyjają zwiększaniu się liczby osób potrzebujących pomocy w wyniku traumatycznych urazów lub przeżyć. Zaburzenia te są związane ze skłonnościami do agresji, jeśli osoby nie zostały odpowiednio objęte opieką medyczną [14, 15]. Pomoc niezbędna jest też w gabinecie specjalisty, zajmującego się układem wzrokowym. W Polsce zaburzenia widzenia w ww. stanach nie są systemowo objęte leczeniem. Pomoc w tym zakresie świadczą nieliczni specjaliści, jak np. optometrysta mgr Bartosz Szeleżyński [16,17], współpracujący z fundacją „Sprzymierzeni z GROM” (<https://fundacja-sprzymierzeni.pl/>),
- **użycie alkoholu i/lub środków psychoaktywnych** – według Krajowego Centrum

Przeciwdziałania Uzależnieniom (dawniej PARPA) alkohol i środki psychoaktywne są podstawowymi czynnikami kryminogennymi. Pod ich wpływem obniża się poziom krytycyzmu, maleje możliwość obiektywnej oceny własnego zachowania, a także wyzwała się agresja. Można powiedzieć, że alkohol i inne używki stymulują do zachowań, naruszających normy prawne i społeczne.

Oprócz ww. czynników, istnieją także tzw. czynniki odległe, które w sposób pośredni wpływają na skłonność do agresji. Są to m.in.: osobowość, wrodzona impulsywność, słaba kontrola reakcji na bodźce, sytuacja rodzinna (przemoc w rodzinie), niska samoocena, sytuacja społeczna (wadliwe wzorce zachowań w otoczeniu).

Rzadko jesteśmy w stanie uzyskać wiedzę na temat czynników ryzyka u danej osoby podczas pierwszej wizyty. Warto jednak uważnie obserwować pacjentów i klientów podczas każdej wizyty, bo wiele manifestowanych zachowań może nam przynieść wskazówki na temat bezpiecznego postępowania.

### Fazy incydentu bezpieczeństwa

Pod nazwą incydent bezpieczeństwa należy rozumieć każdą sytuację, która stanowi zagrożenie dla życia, zdrowia lub mienia. Można wyróżnić trzy naturalne fazy incydentu: przed jego wystąpieniem, w czasie incydentu i po incydenecie. Każda z tych faz jest ważna i odpowiednio wykorzystana, prowadzi do minimalizacji zagrożeń, choć ich całkiem nie wyklucza.

Fazę przed incydentem/konfliktem można jeszcze podzielić na (pod)fazę przed pojawieniem się agresora w placówce oraz zaraz po pojawieniu się, ale przed wystąpieniem agresji (np. w fazie pobudzenia). Pierwsza z nich rozciąga się w sposób nieokreślony ściśle w czasie, bo nie wiadomo, kiedy nastąpi incydent. Jest to faza przygotowania. Należy jeszcze raz podkreślić, że odpowiedzialność za zachowanie bezpiecznych warunków pracy leży po stronie pracodawcy lub osób zarządzających placówką. Dobra praktyka wskazuje, że niezbędne są:

- **określenie najbardziej prawdopodobnych rodzajów zagrożenia.** Zależą one od wielu czynników, np.: **typu placówki** (przychodnia specjalistyczna, samodzielny gabinet optometryczny, salon optyczny z oprawkami itp.), **położenia** (w osobnym pawilonie na uboczu, przy ruchliwej ulicy, w centrum handlowym, gdzie już znajduje się ochrona, obok banku, gdzie zamontowano wiele kamer obserwujących otoczenie), **specjalizacji** (np.: badanie dzieci, dobór pomocy optycznych dla osób słabowidzących, badania i korekcja osób starszych). Dodatkowo mogą to być np. klienci po użyciu alko-

holu, szajki złodziei, roszczeniowi klienci, klienci molestujący werbalnie lub fizycznie w ciemnym gabinecie itp.,

- **przygotowanie scenariuszy incydentów i procedur działania w takich sytuacjach.** To jest jeden z najważniejszych punktów samoobrony w placówce, nie tylko medycznej. Pracownik, który jest przeszkolony, przygotowany, wyposażony w odpowiednie narzędzia, zarówno w formie umiejętności twardych, jak i miękkich, może skutecznie ochronić życie i zdrowie swoje oraz innych postronnych osób. W każdej placówce powinny odbywać się regularne spotkania i szkolenia, w czasie których nie tylko poznaje się odpowiednie procedury, ale także ćwiczy je, aby w sytuacji wysokiego stresu postępować rutynowo. W przypadku agresji czysto werbalnej, która często poprzedza agresję fizyczną, istnieje wiele możliwych dróg postępowania, które łącznie można określić słowem **deeskalacja**. Należą do nich m.in.: akceptacja pacjenta/klienta, wsparcie, aktywne słuchanie, spowolnienie. Przykładowo, spowolnienie polega na celowym, świadomym spowolnieniu swojej wymowy oraz ruchów, co często prowadzi do konieczności spowolnienia reakcji przez agresora, a w wyniku wyciszenie agresji. Należy pamiętać podczas przygotowania, że ważne jest zdrowie psychiczne zarówno pacjenta/klienta, jak i pracownika, który powinien posiadać umiejętność ochrony własnych emocji, tak by nie pozwolić na eskalację incydentu. Pomaga w tym zrozumienie przyczyn agresji oraz świadomość dobrego przygotowania. Rozmowy jednego z autorów, prowadzone w środowisku optyków, optometrystów, okulistów świadczą o tym, że sprawy bezpieczeństwa pracy są często pozostawiane samemu pracownikowi, który – nie mając odpowiedniego przygotowania oraz poczucia bezpieczeństwa – może łatwo ulec agresorowi i ucierpieć,
- **wykorzystanie dostępnych urządzeń technicznych.** Na rynku dostępnych jest wiele rozwiązań, zabezpieczających dowolne placówki, począwszy od monitoringu wizyjnego, przez syreny alarmowe, przyciski i piloty antynapadowe, systemy dostępu, do kompleksowych systemów tzw. perymetrycznych. Ich wybór należy powierzyć specjalistom, którzy zapewniają także wsparcie wyszkolonych ekip ochroniarskich, jeśli zachodzi taka potrzeba,
- **trening fizyczny i sytuacyjny.** Nie każdy musi lubić sport, ale utrzymanie wysokiej sprawności fizycznej sprzyja zwiększeniu poziomu bezpieczeństwa. Jeśli

jest to trening, zawierający przynajmniej elementy samoobrony w typowych sytuacjach, to niewątpliwie warto go rozważyć. Niestety, na polskim rynku zajęć, określających się mianem „samoobrony”, czy „samoobrony dla kobiet” nader często spotyka się nierealne sposoby obrony, które nie bazują na naturalnych odruchach w sytuacji zagrożenia, nie biorą pod uwagę biomechaniki, bądź wymagają niezwyklej siły fizycznej. Lepsze jednak to niż nic.

(Pod)faza, w której pacjent/klient jest już w placówce, wykazuje symptomy nadciągającego wybuchu agresji (pobudzenie), ale nie stanowi jeszcze zagrożenia; ważne jest, żeby już w tej fazie stosować przygotowane procedury. Celem jest stopniowe wyciszenie emocji. Pomagają w tym m.in.: wsparcie innego pracownika lub członka zespołu, unikanie stymulacji sensorycznej, stosowanie spokojnego, łagodnego tonu, propozycje rozwiązania problemu, zadawanie pytań: o samopoczucie, przyczyny złości, przedłużanie i spowalnianie rozmowy, a także unikanie postawy konfrontacyjnej, czyli: nadmiernego kontaktu wzrokowego, odpowiadania na zaczepki słowne i wulgaryzmy. W każdej sytuacji należy szanować pacjenta i jego uczucia. Bywa to bardzo trudne, szczególnie dla osób, które rzadko mają do czynienia z sytuacjami konfliktowymi, ale zwykle skuteczne.

**Faza w trakcie incydentu** zaczyna się umownie w momencie rozpoczęcia zachowań agresywnych. Jeśli czas przygotowania do sytuacji zagrożenia został dobrze wykorzystany, to każda osoba w placówce, uczestnicząca w incydencie, zna swoją rolę i postępuje wg nauczonych procedur. Jeśli pracownik jest nieprzygotowany, to sytuacja przestaje być pod kontrolą i łatwo może przerodzić się w zagrożenie zdrowia i życia. Niezależnie od procedur warto zwrócić uwagę na:

- *działanie w zespole*. Świadomość pomocy innych pracowników, pracowników sąsiednich placówek, a nawet osób postronnych, powoduje zwiększenie pewności siebie, sprawniejsze i bardziej przemyślane działanie. Nie dotyczy to tylko poważnych incydentów. W przypadku np. niechcianego dotyku w gabinecie pomiaru refrakcji, wezwanie pracownika salonu za pomocą ukrytego przycisku, może całkowicie zatrzymać agresora, a nawet pozwolić dokończyć badanie.
- *konieczność stałej obserwacji agresywnego pacjenta/klienta*. Odwrócenie się bokiem lub tyłem sygnalizuje utratę czujności, a także zainteresowania sprawami delikwenta, co może go dodatkowo pobudzić do działania, na przykład ataku fizycznego.

- *konieczność ochrony swojego zdrowia i życia*. Jeśli sytuacja nas przerasta, ucieczka i wezwanie pomocy są dobrym rozwiązaniem. Próba niefachowej ochrony mienia może skończyć się bardzo źle, szczególnie gdy napastników jest kilku lub gdy mamy do czynienia z atakiem z użyciem narzędzia (np. noża).
- *konieczność zachowania sprawności fizycznej*. Często w sytuacji stresowej zmienia się rytm oddechu, dzięki atawistycznej reakcji na atak. Powoduje to bardzo duże pobudzenie, a czasami hiperwentylację lub, przeciwnie, niedotlenienie. W większości sztuk walki (i nie tylko, także np. w technikach relaksacyjnych) dużą wagę przykładają się do umiejętności zachowania spokojnego oddechu. Ważnym elementem ćwiczonych procedur powinno być prawidłowe oddychanie, które ułatwia opanowanie reakcji własnego ciała.
- *stosowanie technik samoobrony*. Jeśli pracownik przeszedł lub kontynuuje zajęcia z zakresu samoobrony, sama świadomość posiadania pewnych umiejętności pozwala na skuteczniejsze działanie, nie tylko na etapie agresji fizycznej. Może to być np. wizualizacja („jeśli podejdziesz bliżej i mnie dotknie, to schodzę na lewo po skosie, popycham go z całej siły i biegnę do sklepu ▶

naprzeciwko” lub „to wygląda na demencję, ona nie wie, gdzie się znajduje, w razie czego złapię ją za rękaw i zawołam Marka, żeby zadzwonił na 112”). Ważne jest, by nie przeceniać swoich umiejętności, ani nie próbować samemu stosować niepotrzebnej siły. W dobie wszechobecnych kamer może okazać się, że przekroczyliśmy granice obrony koniecznej i sami będziemy uznani za agresora. Kontratak fizyczny powinniśmy w miarę możliwości pozostawić odpowiednim służbom.

Faza po incydencie jest często zaniebdywaną fazą, ale to w niej właśnie leży rozwiązanie w przypadku kolejnych incydentów. Absolutnym minimum powinna być analiza sytuacji w zespole placówki, odpowiedź na pytania: czy można było uniknąć incydentu? czy przygotowane procedury zadziałały prawidłowo? czy należy zmodyfikować procedury lub sposób szkolenia? Dodatkowo może być potrzebna pomoc psychologiczna, by uporać się z post-traumatycznym stresem, nie tylko bezpośrednio zaatakowanego pracownika, ale także innych, uczestniczących w incydencie. Istotnym elementem jest także ewidencjonowanie i opisywanie groźniejszych przypadków, nie tylko jako zapis doświadczeń, ale także jako notatki na wypadek postępowania prawnego.

### Samoświadomość – fundament ochronny

W dzisiejszym świecie nie powinniśmy być zaskoczeni pojawiającymi się wokół nas symptomami agresji. Jest jej zbyt wiele w różnych obszarach codziennego życia i naiwnością byłoby udawanie, że żyjemy w pacyfistycznym otoczeniu. Rozumienie takiego stanu rzeczy nie oznacza oczywiście przyzwolenia na przemoc, a wręcz odwrotnie, wywołuje potrzebę głębokiej refleksji jak się na nią przygotować i jak jej przeciwdziałać. Warunkiem *sine qua non* do skutecznego działania musi być uznanie faktu, że brutalizacja życia, szczególnie w społecznościach dużych aglomeracji, ma tendencję wzrostową. Im szybciej się z tym oswoimy, tym odporniejsi będziemy na ewentualne przejawy agresji pod naszym adresem.

W myśleniu o własnym bezpieczeństwie punktem wyjścia powinno być określenie tzw. samoświadomości. Polega to na skutecznym „zbrojeniu się” (przygotowaniu) na niebezpieczne zdarzenia i retrospekcji kontaktów z takimi zjawiskami w przeszłości. Warto udzielić sobie szczerych odpowiedzi na pytania, np.:

1. Czy mieliśmy do czynienia z tzw. sytuacjami trudnymi? Jak często? W jakich okolicznościach? W jakich miejscach? W jakich relacjach?
2. Czy doświadczyliśmy ataków agresji skierowanych bezpośrednio przeciwko sobie, czy byliśmy tylko ich mimowolnymi świadkami?

3. Jak reagowaliśmy – paniką, beczynnością, czy np. gniewem, kontratakiem, wezwaniem pomocy?
4. Co było nam wtedy bliższe – ucieczka czy działanie?
5. Czy sądzimy, że podjęte przez nas działania były właściwe? Czy drugi raz postąpilibyśmy inaczej?

Skonfrontowanie się z takim „auto-sondażem” nie ma na celu wywołania ewentualnego poczucia winy, ponieważ reakcje w dużej mierze wywołane są sumą wielu składowych i bez znajomości kontekstu sytuacyjnego nie należy ich oceniać w kategoriach zero-jedynkowych. Odpowiedzi mogą nam pomóc w określeniu normy naszych zachowań, a następnie w dokonaniu bilansu słabych i mocnych stron, definiujących nasz potencjał kompetencyjny w obszarze **samoochrony**, która jest bardziej pojemna od pojęcia samoobrony (i ją zawiera) i w odróżnieniu od niej uwzględnia działania prewencyjne. Dla przykładu, jeżeli chcesz uniknąć zagrożenia życia, to użyj umiejętności społecznych, aby załagodzić sytuację, zmienić kierunek rozwoju zdarzeń i wycofać się z ich biegu [18]. Brak prewencji napędza przemoc, żeruje na nieświadomości, nieprzygotowaniu i braku uważności.

Samouświadomienie własnego potencjału daje możliwość rozważenia konieczności nabywania nowych umiejętności i zmiany dotychczasowych nawyków. Taka zmiana to przede wszystkim proces, który musi zachodzić nie tylko w sferze fizycznej, ale i mentalnej. Każda zmiana wymaga świadomego i systematycznego treningu w kształtowaniu pożądanego zachowań. Płynność w ich przyswajaniu, czyli poprawna technicznie adaptacja w adekwatnym tempie, sprzyja skutecznemu ich lokowaniu w umyśle, a tym samym w pamięci mięśniowej. Dzięki temu wytwarzamy w sobie zdolność do ich natychmiastowego aktywowania.

Szkolenie i doświadczenie to jedno, ale to intencja czy też zamiar czynią ludzi groźnymi. Jak celnie zauważył Tim Larkin, amerykański ekspert z zakresu samoobrony: „Najstraszniejszym gościem w twoim otoczeniu nie jest wytatuowany ciężarowiec, wykrzywiający twarz w grymasie i wykonujący groźne gesty. Ten gość, choć może być niebezpieczny, swoją postawą otwarcie i w sposób niebudzący wątpliwości zaznacza własną pozycję w tymczasowej hierarchii społecznej. Powinieneś raczej obawiać się tego, który nie wzbudza podejrzeń. To ktoś, kto nie stroi min i nie gada. Ktoś, kto postanowiwszy cię skrzywdzić, wyciągnie nóż z kieszeni, nie przyciągając niczyjej uwagi, i gładko załatwi sprawę” [18].

W przypadku ochrony życia lub zdrowia musimy być ekstremalnie zdeterminowani. Kiedy dochodzi do aktu agresji, w zachowaniu niektórych osób pojawiają się tendencje do de-

fensywy (czasami zbyt głębokiej), a u innych do ofensywy. Szczególnie ta druga może być skuteczna i czasami mielibyśmy ochotę jej doświadczyć, ale brakuje nam odwagi. Jej poziom może się powiększać wraz ze wzrostem zaufania do samego siebie, którego determinantem jest rozwój samoświadomości nt. własnych umiejętności i zajmowanych postaw wobec szerzącej się agresji.

W niektórych przypadkach, jeśli inwestujemy w samoświadomość, samoochronę, samoobronę, właściwy poziom odwagi może doprowadzić nawet do decyzji o przeobrażeniu się z ofiary w obrońcę. Musimy tylko poznać słabości napastników, które są takie same dla wszystkich ciał, np. punkty głębokiego odczuwania bólu i ergonomiczne sposoby ich aktywacji oraz jednocześnie rozwijać swoje kompetencje społeczne.

### Podsumowanie

Z powyższego, skrótowego przedstawienia problematyki postępowania z agresywnym pacjentem/klientem może wydawać się, że jest to zagadnienie bardzo skomplikowane. Na gruncie naukowym, czy na gruncie profesjonalnej ochrony jest to słuszna obserwacja. Jednak w praktyce nie trzeba wiele wysiłku, by istotnie zwiększyć poziom bezpieczeństwa, nie tylko w pracy, ale w całym życiu. Stosowanie nawet tylko kilku wymienionych wyżej wskazówek jest drogą do tego, by zachować zdrowie i życie, ciesząc się z wykonywania zawodu, który służy ludziom.

### Piśmiennictwo

1. J. Haberko. Zasady postępowania lekarza w stosunku do pacjenta. Uwagi *de lege lata* i *de lege ferenda* na tle przepisów Kodeksu etyki lekarskiej. *Medyczna Wokanda* 2016; 8
2. M. Radkowska i K. Szucka. Prawa lekarza w postępowaniu z pacjentem agresywnym. *Medyczna Wokanda* 2017; 9
3. WMA - The World Medical Association – WMA Statement on Workplace Violence in the Health Sector. [online, dostęp: 6/10/2024] <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-violence-in-the-health-sector/>
4. J. Rymaszevska. Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym. *Psychiatria w praktyce klinicznej* 2008; 2
5. M. Talarowska. Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym. *Medycyna po dyplomie* 2022; lipiec-sierpień: 96–99
6. A. Frączek. *Agresja wśród dzieci i młodzieży*, Wydawnictwo Pedagogiczne ZNP 1996
7. J. Danilewska. *Agresja u dzieci – szkola porozumienia*. WSiP, Warszawa 2007
8. J. Ranschburg. *Lęk, gniew, agresja*. WSiP, Warszawa 1993
9. H. Rylke. *Powstawanie tendencji do przemocy*, t. 2, Remedium 1997
10. S. Tzu. *Sztuka wojenna. Vis-a-Vis Etiuda* 2022
11. M. Khwaja i P. Tyrer. *The Prevention and Management of Violence: Guidance for Mental Healthcare Professionals*. Cambridge University Press 2023
12. D. S. K. Cheung i in. Sensory-based interventions for the immediate de-escalation of agitation in people with dementia: A systematic review. *Aging Mental Health* 2023; 27(6): 1056–1067; DOI: 10.1080/13607863.2022.2116404
13. I. A. James i in. Management of agitation in behaviours that challenge in dementia care: multidisciplinary perspectives on non-pharmacological strategies. *Clinical Interventions in Aging* 2023; 18: 219–230; DOI: 10.2147/CIA.S399697
14. S. R. Miles i in. Posttraumatic stress disorder symptoms contribute to staff perceived irritability, anger, and aggression after TBI in a longitudinal veteran cohort: a VA TBI model systems study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2020; 101(1): 81–88; DOI: 10.1016/j.apmr.2019.07.018
15. G. Maresca i in. Traumatic Brain Injury and Related Antisocial Behavioral Outcomes: A Systematic Review. *Medicina* 2023; 59(8): 8; DOI: 10.3390/medicina59081377
16. B. Szeleżyński. *Urazowe Uszkodzenia Mózgu – coś o czym mówi się za mało, TACGEAR*. [online, dostęp: 6/10/2024] <https://tacgear.pl/2019/07/urazowe-uszkodzenia-mozgu-cos-o-czym-mowi-sie-za-malo/>
17. B. Szeleżyński. *Optometria w służbie poszkodowanym weteranom*. *Optyka* 2021; 6(73)
18. T. Larkin. *Kiedy musisz się bronić*. Wydawnictwo Feeria 2020