

SMJERNICE ZA PROCJENU RIZIKA OD AGRESIVNOG PONAŠANJA, POSTUPANJE S AGRESIVNIM PONAŠANJEM I PREVENCIJU AGRESIVNOG PONAŠANJA KOD OSOBA S POTEŠKOĆAMA MENTALNOG ZDRAVLJA

Klinika za psihijatriju Vrapče
Hrvatski liječnički zbor
Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju
Hrvatsko društvo za forenzičku psihijatriju
Hrvatsko psihijatrijsko društvo
Sekcija mladih psihijatara i specijalizanata psihijatrije Hrvatske
KBC Zagreb Zavod za hitna i krizna stanja s nacionalnim centrom za psihotraumatologiju
Hrvatsko društvo za poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite

U izradi Smjernica sudjelovali su (abecednim redom): Goran Arbanas, Petrana Brečić, Ante Bagarić, Maja Bajsić, Nadica Buzina, Marjana Batković-Šošo, Sanja Biočina-Martić, Dina Bošnjak Kuharić, Dolores Britvić, Nataša Đuran, Marko Ćurković, Dunja Degmenčić, Majda Grah, Miroslav Herceg, Tihana Jendričko, Andrea Jambrošić-Sakoman, Marija Kušan Jukić, Elvira Koić, Lana Mužinić-Marinić, Porin Makarić, Sara Medved, Marina Letica Crepulja, Darko Marčinko, Draženka Ostojić Ana Papić, Krešimir Radić, Martina Rojnić, Ika Rončević, Aleksandar Savić, Tamara Sabo, Marina Šagud, Slađana Štrkalj Ivezić, Suzana Uzun.

Citiranje: Smjernice za procjenu rizika od agresivnog ponašanja, postupanje s agresivnim ponašanjem i prevenciju agresivnog ponašanja kod osoba s poteškoćama mentalnog zdravlja. Klinika za psihijatriju Vrapče, Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju, Hrvatsko društvo za forenzičku psihijatriju, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Sekcija mladih psihijatara i specijalizanata psihijatrije Hrvatske, KBC Zagreb Zavod za hitna i krizna stanja s nacionalnim centrom za psihotraumatologiju. Zagreb 2025.

Napomena: Dokument je interaktivan: elektronički se mogu ispunjavati potvrdni okviri i tekstna polja.

SAŽETAK

Smjernice su namijenjene psihijatrima za korištenje u svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi kako bi procijenili rizik za agresivno ponašanje i odredili način postupanja s agresivnim ponašanjem kod osoba s dijagnozom mentalnog poremećaja, a u cilju otklanjanja rizika i prevencije ponovnih epizoda agresivnosti.

Prvi korak. Cilj je utvrditi prisutnost znakova agresivnog ponašanja i odrediti je li uzrok agresivnosti mentalni ili tjelesni poremećaj, utvrditi prisutnost misli i planova o nasilju u trenutku procjene i u prošlosti, kao i uzrok agresivnosti te primijeniti deeskalaciju kada su opservirani znakovi agitacije: u priložima vidjeti poster *Upute za deeskalaciju* i video <https://youtu.be/nCW11ENNxyI?t=14>. U slučaju neuspješne deeskalacije, prije mjera prisile treba razmotriti druge mogućnosti, primjerice *time out* sobu. Za identificiranje prisutnosti agresivnog ponašanja preporučuje se *Skala agresivnog ponašanja* (prilog), a za prisutnost agresivnih misli i planova *Screening pitanja za procjenu rizika od agresivnog ponašanja* (prilog).

Drugi korak. Osobama u akutnom riziku za agresivno ponašanje cilj je što preciznije identificirati predisponirajuće, precipitirajuće (okidači) i perpetuirajuće čimbenike koji povećavaju rizik te zaštitne čimbenike koji smanjuju rizik, kako bi se što detaljnije procijenio nivo rizika i preporučilo primjereno liječenje. Za čimbenike rizika i zaštitne čimbenike vidjeti prilog *Procjena rizičnih i zaštitnih čimbenika agresivnog ponašanja*, a za procjenu nivoa rizika prilog *Procjena razine rizika i postupanje s rizikom*. Za procjenu rizika za agresivno ponašanje preporučuju se pomoćna sredstva – *Screening rizika za nasilje – Violence risk screening V-RISK-10* (prilog) i skala *Brøset Violence skala – Brøset Violence Checklist, BVC* (prilog) koja se može koristiti i za praćenje nivoa rizika. Bio-psiho-socijalni individualni plan liječenja izrađuje se čim se utvrdi aktualni rizik, kako bi se rizik što prije otklonio, odnosno preveniralo agresivno ponašanje, dok se plan za prevenciju ponovne epizode izrađuje kad je pacijent u smirenom stanju. Za primjenu lijekova treba slijediti kliničke psiho-farmakološke smjernice za agitirana/agresivna stanja. Vidi prilog **Farmakoterapija agitiranih i agresivnih stanja**.

Treći korak. Cilj je izraditi Plan za prevenciju rizika od agresivnog ponašanja koji uključuje i Osobni plan za prevenciju agresivnog ponašanja (primjerak plana daje se i pacijentu). Plan se izrađuje kad je pacijent izvan akutnog rizika i uključuje bio-psiho-socijalne metode kao što su lijekovi, vještine za rješavanje konflikata i problema te vještine za nošenje sa stresom. Osobni plan za prevenciju agresivnog ponašanja uključuje postupke za prepoznavanje okidača i ranih znakova uznemirenosti koji mogu dovesti do agresivnog reagiranja, postupke samopomoći za umirenje te kontakte stručne pomoći i drugih osoba koje pacijentu mogu pomoći u krizi. Za izradu osobnog plana za prevenciju agresivnog ponašanja vidjeti prilog *Osobni plan prevencije agresivnog ponašanja*.

Četvrti korak. U povijesti bolesti dokumentira se procjena rizika za agresivnost i evaluacija te postupci prevencije, i to tako da liječnik strukturirano sažme informacije o riziku i postupke za smanjenje, odnosno otklanjanje rizika. Rizik treba povremeno evaluirati, a ponovna evaluacija nužna je prije otpusta pacijenta ili upućivanja pacijenta na terapijski izlazak. U priložima vidjeti *Vodič za dokumentiranje rizika*.

Nasilje i agresija odnose se na verbalno i fizičko ponašanje (prijetnje i ozljede) koje može dovesti do psihičke ili fizičke povrede drugih osoba, bez obzira je li zaista došlo do stvarne ozljede i bez obzira je li zaista postojala jasna namjera da se povrijedi druga osoba.

Procjena rizika za agresivno ponašanje dio je sveobuhvatne psihijatrijske procjene i uključuje procjenu vjerojatnosti agresivnog ponašanja u trenutku procjene ili u bliskoj budućnosti kod osobe čiji aktualni rizik procjenjujemo, a istovremeno, kada je rizik utvrđen, podrazumijeva planiranje postupaka za smanjenje ili otklanjanje rizika i za prevenciju rizika. Rizik je dinamičan i podložan promjenama jer ovisi o interakciji različitih čimbenika, stoga se ne može pouzdano predvidjeti. Međutim procjena vjerojatnosti zajedno s primjenom postupaka koji smanjuju rizik može značajno utjecati na smanjenje, odnosno otklanjanje rizika.

Kod procjene rizika za agresivnost kod osoba s dijagnozom mentalnog poremećaja važno je sveobuhvatno bio-psiho-socijalno razumijevanje nastanka agresivnog ponašanja kao produkta interakcije različitih rizičnih čimbenika koji utječu na misli, osjećaje i ponašanje i koji mogu dovesti do nasilnog ponašanja te, s druge strane, zaštitnih čimbenika koju mogu smanjiti rizik. Kao pomoćno sredstvo u procjeni stupnja rizika za agresivnost (nizak, srednji, visok) mogu se koristiti skale kao što su **Screening rizika za nasilje – Violence risk screening V-RISK-10** i **Brøset Violence skala – Brøset Violence Checklist, BVC** (prilozi).

POSTUPAK PROCJENE RIZIKA ZA AGRESIVNO PONAŠANJE

Informacije za procjenu rizika uključuju anamnestičke podatke iz razgovora s pacijentom, heteropodatke iz relevantnih izvora, vlastitu opservaciju i podatke iz medicinske dokumentacije. U postupku procjene rizika preporučuju se niže navedeni koraci.

PRVI KORAK. Cilj je utvrditi prisutnost znakova agresivnog ponašanja, prisutnost misli i planova o nasilju u trenutku procjene i u prošlosti kao i uzrok agresivnosti te odabrati sredinu za liječenje.

Ključno je da se procjena razine akutnog rizika i izrada plana za smanjenje i otklanjanje rizika i određivanje terapijske sredina za liječenje odvija u terapijskom dijalogu u kojem psihijatar aktivno sluša, pokazuje empatiju i zajedno s pacijentom pronalazi rješenje u okruženju koje je sigurno za psihijatra, pacijenta i druge eventualno prisutne osobe. U tom smislu prvo treba osigurati sigurno okruženje za razgovor. U slučajevima gdje je utvrđeno postojanje oružja, potrebno je primijeniti protokol za otklanjanje oružja. Psihijatar u odnosu prema pacijentu treba voditi računa o svojim stavovima i reakcijama prema pacijentu, kako njegovi stavovi i reakcije ne bi utjecali na objektivnost procjene. Procjena rizika za agresivnost kod pacijenta s mentalnim poremećajem koja se odvija u empatijskom terapijskom dijalogu može utjecati na smanjenje rizika za agresivno ponašanje.

Utvrđivanje uzroka agresivnosti

U prvom koraku treba utvrditi uzrok agresivnosti kako bi na temelju anamnestičkih i heteroanamnestičkih podataka diferencijalno-dijagnostički utvrdilo je li uzrok agresivnosti mentalni ili tjelesni poremećaj. Agresivnost se može pojaviti kod različitih somatskih poremećaja¹ stoga je potrebno

¹ Medicinska stanja i poremećaji prema NICA smjernicama koji mogu uzrokovati agitaciju i agresivno ponašanje: zarazne bolesti – upale središnjeg živčanog sustava, meningitis, encefalitis, sepsa; metaboličke bolesti – hipoglikemija, disbalans elektrolita, anemija, avitaminoza (B1, B6, B12, folna kiselina), hipotermija, hipertermija, hipoksija; endokrinološke bolesti – tireotoksikoza, Cushingov sindrom, hiperparatiroidizam; neurološke bolesti – ozljede glave, cerebrovaskularni inzul, epilepsija (interiktalno, postiktalno, epilepsija temporalnog režnja), encefalopatije (npr. hepatička), Wilsonova bolest, Parkinsonova bolest zbog levodopa toksičnosti, Huntingtonova bolest.

diferencijalno-dijagnostičkim postupkom isključiti tjelesni uzrok agresivnosti. Kada je riječ o tjelesnom uzroku, potrebno je dogovoriti liječenje u području drugih specijalnosti.

Utvrđivanje prisutnosti znakova agresivnog ponašanja i postupci intervencije u akutnom riziku

Rizik za agresivno ponašanje utvrđujemo direktnom opservacijom znakova agresivnosti (prilog **Skala agresivnog ponašanja**) i postavljanjem *screening* pitanja (prilog **Screening pitanja za procjenu rizika od agresivnog ponašanja**). Identifikacija ranih znakova agresivnosti i rana primjena deeskalacije može značajno prevenirati primjenu mjera prisile.

U identifikaciji znakova agresivnosti potrebno je opservirati neverbalno i verbalno ponašanje koje upućuje na to da je pacijent u riziku za agresivno ponašanje. **Neverbalni znakovi** uključuju ljutit i napet izraz lica, tjelesnu uznemirenost, uznemirene pokrete i uznemireno šetanje, stisnute šake, stisnutu čeljust, tjelesnu mišićnu napetost, kruto držanje tijela koje upućuje na intenzivan napor da osoba kontrolira emocije i ponašanje, opću uznemirenost – ubrzano disanje i puls, širenje zjenica, govor povišenim tonom, produljeni kontakt očima. **Ponašanje, osjećaji i simptomi:** odbijanje komunikacije, povlačenje, strah, iritacija, nejasan način razmišljanja, slaba koncentracija, deluzije ili halucinacije s nasilnim sadržajem, verbalne prijetnje ili gestikulacije, ponašanje slično onom koje je prethodilo ranijoj epizodi agresivnosti, izražavanje ljutnje ili nasilnih osjećaja, blokiranje puta izlaza. **Verbalno ponašanje:** verbalne prijetnje, provokativno ponašanje, psovke, sklonost raspravljanju, izražavanje nezadovoljstva, pretjerano reagiranje – preosjetljivost i drugo.

Indikatori za akutnu opasnost uključuju zurenje upornim pogledom, govor izrazito povišenim tonom, mrmljanje, napetost i uznemiren hod. Čim se opserviraju znaci agresivnosti, što ranije treba reagirati primjenom postupka deeskalacije. Kada pacijent pokazuje rane znakove agresivnosti, on još uvijek može sudjelovati u procesu prevencije agresivnosti i trebat će mu manje napora i vremena da se vrati u poziciju kontrole svojega ponašanja nego što mu treba u odmakloj fazi eskalacije agresivnosti. Stoga primjena deeskalacije pri pojavi prvih znakova uznemirenosti kod pacijenta s rizikom za agresivnost može dovesti do prevencije eskalacije agresivnog ponašanja i prevencije mjera prisile. Za znakove agresivnog ponašanja od ranih znakova do eskalacije vidjeti prilog **Skala agresivnog ponašanja**.

Kada se identificiraju znaci agresivnosti u bilo kojem intenzitetu na skali agresivnog ponašanja, kad god je moguće provodi se postupak deeskalacije iza kojega slijede postupci individualnog plana liječenja, praćenja rizika i prevencije ponovnih epizoda agresivnosti. Za postupak deeskalacije vidjeti:

1. *Smjernice za kliničku praksu u psihijatriji: Sveobuhvatan pristup oporavku i poštivanju ljudskih prava*, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb 2022. (poglavlje „Smjernice za postupak deeskalacije“ str. 97): https://psihijatrija.hr/wp-content/uploads/2025/01/Smjernice-za-klinicku-praksu-u-psihijatriji_compressed-7.pdf

2. prilog: poster **Upute za deeskalaciju**

3. video *Demonstracija metode deeskalacije*: <https://youtu.be/nCWIIENNxyI?t=14>

Postupanje u slučajevima izravne agresivnosti kada nije moguće primijeniti deeskalaciju

U slučajevima izravne opasnosti, kada nije moguće primijeniti deeskalaciju i ne postoji drugi način rješavanja akutne agresivnosti (primjerice alternativa kao što je *time-out* soba), primjenjuju se mjere prisile i prijem u bolnicu u skladu sa zakonskim odredbama te se uz praćenje rizika izrađuje individualni plan liječenja u skladu sa stručnim preporukama za liječenje dijagnosticiranoga mentalnog poremećaja. Za postupak primjene mjera prisile i prijema bez pristanka vidjeti *Smjernice za kliničku praksu u psihijatriji: Sveobuhvatan pristup oporavku i poštivanju ljudskih prava*, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb 2022. (poglavlje „Smjernice za prevenciju prijema bez pristanka i primjene mjera prisile u psihijatrijskim ustanovama“, str 41): bit.ly/3XuqXg7.

U praćenju rizika za agresivno ponašanje preporučuje se koristiti **Brøset Violence skalu – Brøset Violence Checklist, BVC** (prilog) kao pomoćni alat u procjeni razine rizika.

Utvrđivanje prisutnosti nasilnih misli i planova

Za utvrđivanje postojanja nasilnih misli, planova i ponašanja potrebno je pacijentu postaviti izravna pitanja, a kada god je potrebno i relevantnim osobama koje poznaju pacijenta (vidjeti prilog **Screening pitanja za procjenu rizika od agresivnog ponašanja**).

DRUGI KORAK. Za osobe u akutnom riziku od agresivnog ponašanja tj. za osobe koje već pokazuju znakove agresivnog ponašanja, cilj je što preciznije procijeniti rizik putem utvrđivanja rizičnih i zaštitnih čimbenika i planirati postupke otklanjanja i prevencije agresivnog ponašanje putem primjene postupaka liječenja. Ovaj korak usko je povezan s prvim korakom i predstavlja proširenje informacija o riziku kako bi se optimalno izradio plan liječenja. Smjernice za procjenu razine rizika i preporuke za izbor sredine liječenja vidjeti u prilogu Procjena razine rizika i postupanje s rizikom.

Za procjenu razine rizika u situaciji akutnog rizika potrebno je identificirati precipitirajuće i perpetuirajuće čimbenike rizika te zaštitne čimbenike (prilog **Procjena rizičnih i zaštitnih čimbenika agresivnog ponašanja**) kako bi se izradio plan postupanja s rizikom u cilju otklanjanja ili smanjenja rizika primjenjujući postupke liječenja. Pritom se koriste anamnestički i heteroanamnestički izvori informacija.

Predisponirajući čimbenici odnose se na ranija agresivna ponašanja i prisutnost nasilnih misli kao što su agresivno ponašanje u prošlim epizodama bolesti, prisutnost deluzija i halucinacija nasilnog i persekutornog sadržaja, manična razdražljivost, upotreba psihoaktivnih tvari, autodestruktivno ponašanje, slabe verbalne sposobnosti, niža razina obrazovanja, problemi sa zakonom. Predisponirajući čimbenici u aktualnoj situaciji procjene rizika informativni su jer mogu pomoći da se stekne uvid u okolnosti koje su u ranijim epizodama pacijentu bile okidač za agresivnost.

Precipitirajući čimbenici (okidači) kao što su intrapsihička doživljavanja, reakcije na vanjske događaje, osjećaji ugroženosti, bespomoćnosti, straha, poniženja, nepravde, potencijalni su okidači za ponašanje koje dovodi do promjene mentalnog stanja koje povećava rizik za agresivno ponašanje.

Okidači nas informiraju o čimbenicima koji prethode, odnosno dovode do uznemirenosti/agresivnosti. U kontekstu precipitirajućih čimbenika važno je utvrditi značenje koje im pacijent pripisuje, npr. pacijent tumači ponašanje drugih ljudi kao namjeru da ga ponize ili ozlijede i onda kada te namjere nisu prisutne. Spremnost da se reagira na okidač povezana je s načinima reagiranja u prethodnim sličnim situacijama, nemogućnošću da se sagleda šira perspektiva, s impulzivnošću, dominacijom osjećaja i nemogućnošću sagledavanja posljedica, što sve treba uzeti u obzir kod procjene rizika i plana prevencije.

Perpetuirajući čimbenici ne dopuštaju da se prekine obrazac agresivnog ponašanja. Primjerice, izloženost situaciji koja osobu uznemiruje, nedovoljna informiranost, percepcija ugroženosti, poniženja, izrazita zaokupljenost psihopatološkim doživljajima i drugo.

U kliničkoj praksi razlikuju se tri skupine pacijenata s obzirom na prisutnost znakova agresivnosti, nasilnih misli i anamnezu s ili bez agresivnog ponašanja u prošlosti i u skladu s tim različito se procjenjuje rizik i određuje postupanje.

Prva skupina. Pacijenti koji u trenutku pregleda nemaju znakova agresivnosti i nemaju predisponirajućih čimbenika tj. agresivnog ponašanja u prošlosti. Kod ove skupine navodi se da nema aktualnog rizika za agresivnost i predisponirajućih čimbenika te nije potrebno izrađivati plan za prevenciju agresivnog ponašanja.

Druga skupina. Pacijenti koji u trenutku pregleda ne pokazuju znakove agresivnog ponašanja, međutim u anamnezi imaju predisponirajuće čimbenike tj. agresivno ponašanje u prošlosti. Ovim pacijentima liječnik će u sklopu plana liječenja, kada god smatra da je to potrebno, osobito kada postoje ozbiljni incidenti agresivnosti i/ili forenzička povijest liječenja, predložiti izradu plana prevencije ponovnih epizoda agresivnog ponašanja. Za ove pacijente procjenjuje se da nema aktualnog rizika za agresivnost, te se s obzirom na postojanje predisponirajućih čimbenika može predložiti plan prevencije agresivnog ponašanja.

Treća skupina. Pacijenti koji u trenutku pregleda pokazuju znakove agresivnog ponašanja s ili bez predisponirajućih čimbenika u prošlosti. Kod ove skupine prvo se primjenjuje postupak deeskalacije kako bi se smanjila mogućnost eskalacije, zatim se utvrđuju uzroci agresivnosti i u skladu s tim izrađuje plan liječenja te se prati rizik za agresivnost. Kada je uzrok agresivnog ponašanja tjelesna bolest pacijenta se upućuje drugim specijalistima. Nakon smanjenja rizika za agresivno ponašanje zajedno s pacijentom izrađuje se plan za prevenciju agresivnog ponašanja.

Kao pomoćno sredstvo pri kliničkoj procjeni u svakodnevnoj kliničkoj praksi mogu se koristiti skale kao što je **Screening rizika za nasilje – Violence risk screening V-RISK-10** (prilog) za procjenu rizika na akutnom psihijatrijskom odjelu i kod otpusta i **Brøset Violence skalu – Brøset Violence Checklist, BVC** (prilog) za praćenje rizika za agresivnost kod pacijenata koji pokazuju znakove agresivnog ponašanja. Skale mogu biti korisna pomoć, ali nikada ne mogu biti zamjena za kliničku procjenu.

IZRADA PLANA ZA POSTUPANJE S PACIJENTOM KOJI POKAZUJE ZNAKOVE AGRESIVNOG PONAŠANJA

Postupanje s akutnim rizikom za agresivno ponašanje uključuje proaktivan pristup rješavanju agresivnog ponašanja. Prioritet se daje prevenciji, ranoj intervenciji i strukturiranom odgovoru za održavanje sigurnog i terapijskog okruženja za sve pacijente, osoblje i druge prisutne osobe. S pacijentom koji pokazuje znakove agresivnosti tj. akutnog rizika prvi je postupak primjena deeskalacije od strane educiranog člana osoblja, a nakon tog postupka izrađuje se bio-psiho-socijalni individualni plan liječenja uz praćenje rizika putem opservacije pri čemu mogu biti od pomoći skale za praćenje rizika kao što je **Brøset Violence skala – Brøset Violence Checklist, BVC** (prilog).

Deeskalacija se mora odvijati u terapijskoj sredini gdje svi zaposlenici daju prednost prevenciji u gdje ustanova aktivno otklanja čimbenike rizika koji se mogu javiti zbog bolničke sredine, ponašanja osoblja i krutih pravila kućnog reda. Jedan od važnih alata u prevenciji agresivnog ponašanja je zalaganje za stvaranje terapijske kulture „Reci da i mogu učiniti“:

1. Prije nego li na zahtjev pacijenta odgovorite NE, sedam puta razmislite možete li reći DA
2. Razmislite što bi bilo potrebno da kažete DA
3. Razmislite je li reći NE samo najlakši odgovor, jer nije potrebno promisliti kako riješiti zahtjev pacijenta
4. Razmislite kako će se pacijent osjećati i reagirati kada mu kažete NE
5. Razmislite jeste li aktivno slušali i stvarno čuli što vas pacijent traži
6. Ako odgovorite NE, razmislite možete li pacijentu objasniti zašto ne možete ispuniti njegov zahtjev
7. Budite kreativni: ako je prvo na što pomislite teže ostvarivo, razmislite možete li se fleksibilnije odnositi prema pravilima i pronaći kakav drugi način da ispunite zahtjev pacijenta
8. Razmislite jeste li odvojili dovoljno vremena da razmotrite zahtjev pacijenta

Kada god je moguće s obzirom na kliničko stanje, individualni plan liječenja donosi se u suradnji s pacijentom tako da mu se sažeto objasni bio-psiho-socijalni kontekst za pojavu agresivnog ponašanja, a na temelju informacija dobivenih tijekom procjene rizika i predlože bio-psiho-socijalni postupci liječenja

koji uključuju lijekove, samopomoć za smanjenje uznemirenosti, poboljšanje vještina potrebnih za nošenja sa stresom, vještina za rješavanje konflikata i problema, vještina komunikacije, osobito asertivnost i drugo. Pri tome treba razlikovati plan liječenja u akutnom stanju, kada su prisutni znaci agresivnosti, i u stabilnom stanju, kada se može izraditi plan prevencije ponovnih epizoda agresivnog ponašanja.

Primjena farmakoterapije kod agitiranih/agresivnih pacijenata ovisi o tome radi li se o psihijatrijskom ili somatskom poremećaju, ili o intoksikaciji / simptomima ustezanja od psihoaktivnih supstancija, ili je riječ o poremećaju traumatske etiologije, a primjena lijekova ovisi i o težini simptoma i o komorbiditetu pacijenta. Stoga je u hitnim slučajevima važna brza orijentacija o uzrocima agitacije/agresivnosti kako bi se donijela odluka o primijeni lijeka. Kod akutne agitacije primjenjuju se antipsihotici starijih i novijih generacija i benzodiazepini ili njihova kombinacija, ovisno o uzroku agitacije/agresivnosti. Kod suradljivih pacijenata kada god je moguće treba dati prednost oralnoj primjeni lijeka nad intramuskularnom. Kada se radi o blagoj do umjerenoj agitaciji treba primijeniti lijek u standardnim terapijskim dozama, a kada se radi o izrazitoj agitaciji/agresivnosti i potrebno je brzo umirenje, lijek se može dati i izvan standardnih terapijskih doza, prema kliničkim smjernicama, ali ne iznad maksimalne preporučene dnevne doze te uz kontinuirano praćenje zdravstvenog stanja.

TREĆI KORAK. Cilj je izraditi plan za prevenciju rizika od agresivnog ponašanja uključujući i osobni plan prevencije agresivnog ponašanja.

Plan prevencije ponovnih epizoda agresivnog ponašanja izrađuje se s pacijentima nakon smirivanja akutnog stanja agresivnosti, kao i kod onih pacijenata koji u anamnezi imaju rizik za agresivno ponašanje. Tako se u dogovoru s pacijentom u skladu s indikacijama planiraju postupci koji uključuju lijekove, psihoterapiju rehabilitaciju i samopomoć.

IZRADA OSOBNOG PLANA PREVENCIJE AGRESIVNOG PONAŠANJA

Osobni plan prevencije agresivnog ponašanja (prilog) izrađuje su u suradnji s pacijentom gdje liječnik pacijentu pruža edukaciju koja mu omogućuje da razumije čimbenike koji pridonose njegovu agresivnom ponašanju, da prepozna okidače za agresivno ponašanje i rane znakove uznemirenosti koji upućuju na agresivnost te da primijeni postupke samopomoći koji ga umiruju. Preporučljivo je da i pacijent ima primjerak osobnog plana prevencije. Pacijentu se također ukazuje na važnost ranog traženja profesionalne pomoći i podrške drugih osoba koje pacijentu mogu pomoći u krizi te se za njega određuje liječenje koje može uključivati lijekove, psihoterapiju i psiho-socijalne metode. Plan je također korisna informacija osoblju zbog uvida u postupke smirivanja koji pacijentu mogu smanjiti rizik za agresivnost.

Sličan se postupak primjenjuje i za pacijente koji imaju nasilne misli i/ili planove. U terapijskom dijalogu liječnik treba doznati što je prethodilo pojavi nasilnih misli ili pojačanom intenziteta takvih misli, što i tko pacijentu može pomoći da se intenzitet nasilnih misli smanji, a potrebno je pacijentu ukazati i na važnost da pravovremeno zatraži profesionalnu pomoć.

Sljedeća pitanja mogu pomoći u izradi osobnog plana prevencije.

Za identificiranje osobnih okidača agresivnosti:

- *Zbog čega se osjećate uznemireno?*
- *Zašto ste ljuti? Što može biti uzrok da reagirate tako da uznemirite druge ljude, primjerice da izgubite kontrolu i da postanete agresivni?*
- Pacijentu je moguće pomoći tako da ga se upozna s mogućim okidačima koji su navedeni u prilogu **Screening pitanja za procjenu rizika od agresivnog ponašanja.**

Za prepoznavanje ranih znakova uznemirenosti:

- *Kako se osjećate i ponašate prije agresivnog ponašanja? Koji simptomi se javljaju prvi?*

Za prevenciju agresivnog ponašanja:

- *Što može umiriti uznemirenost koju osjećate prije agresivnog ponašanja?*

ČETVRTI KORAK. Dokumentiranje rizika za agresivnost i evaluacija rizika.

U povijesti bolesti potrebno je dokumentirati procjenu rizika za agresivnost kao i postupke prevencije, i to tako da liječnik strukturirano sažme prisutnost odnosno stupanj agresivnog ponašanja, misli, i planova pacijenta o povredi drugih ljudi, da evidentira rizične i zaštitne čimbenike na temelju kojih je procijenjen rizik i zabilježi predložene postupke za smanjenje rizika. Rizik treba povremeno evaluirati te prilagoditi postupke liječenja u skladu s procijenjenom razinom rizika. Evaluacija razine rizika nužna je prije otpusta pacijenta ili upućivanja pacijenta na terapijski izlazak. Vidjeti prilog **Vodič za dokumentiranje rizika**.

ZAKLJUČAK

Procjena rizika za agresivnost i planiranje postupaka za smanjenje rizika nedjeljiva su cjelina, jer je cilj procjene rizika prevencija agresivnog ponašanja. Procjena rizika dio je sveobuhvatne psihijatrijske procjene. *Smjernice za procjenu rizika od agresivnog ponašanja i postupanje s rizikom* služe psihijatrima i drugim stručnjacima kao alat u svakodnevnoj psihijatrijskoj praksi za planiranje optimalnog liječenja osoba s dijagnozom mentalnog poremećaja koja uključuje rizik od agresivnog ponašanja.

KRATAK VODIČ ZA PROCJENU AGRESIVNOG RIZIKA, POSTUPANJE S RIZIKOM I PREVENCIJU AGRESIVNOG PONAŠANJA

Prilozi su poredani tako da mogu služiti kao vodič u procesu procjene rizika od agresivnog ponašanja, u postupanju s rizikom i prevenciji rizika.

1. Prvi je cilj u procjeni rizika utvrditi prisutnost znakova agresivnog ponašanja (prilog **Skala agresivnog ponašanja**), misli i planova o nasilju u čemu mogu pomoći pitanja iz priloga **Screening pitanja za procjenu rizika od agresivnog ponašanja** te rana primjena deeskalacije kada su opservirani znakovi agresivnosti (vidjeti poster u prilogu **Upute za deeskalaciju**).

2. U procjeni rizika za agresivno ponašanje i planiranja postupaka liječenja i prevencije pomaže utvrđivanje rizičnih i zaštitnih čimbenika navedenih u tablici **Procjena rizičnih i zaštitnih čimbenika agresivnog ponašanja** (prilog) te smjernice za procjenu razine rizika iz tablice **Procjena razine rizika i postupanje s rizikom** (prilog). Korisni alat za procjenu rizika su skale **Screening rizika za nasilje – Violence risk screening V-RISK-10** (prilog) i **Brøset Violence skala – Brøset Violence Checklist, BVC** (prilog).

3. Bio-psiho-socijalni individualni plan liječenja izrađuje se na temelju bio-psiho-socijalne formulacije koja se zasniva na sveobuhvatnoj bio-psiho-socijalnoj povijesti bolesti (vidjeti smjernice za izradu bio-psiho-socijalne povijesti bolesti i individualnog plana liječenja). Plan se izrađuje čim se utvrdi aktualni rizik, kako bi se što prije otklonilo i preveniralo agresivno ponašanje, a uključuje bio-psiho-socijalne metode liječenja kao što su lijekovi, vještine za rješavanje konflikata i problema te vještine za nošenje sa stresom.

4. Kada je pacijent izvan akutnog rizika za agresivnost izrađuje se Plan prevencije ponovnih epizoda uključujući i **Osobni plan prevencije** (prilog) kojega se primjerak uručuje i pacijentu.

5. Dokumentiranje agresivnog rizika i evaluacija rizika, plan liječenja i prevencije dokumentira se u povijesti bolesti. Rizik treba povremeno evaluirati (evaluacija razine rizika nužna je prije otpusta pacijenta ili upućivanja pacijenta na terapijski izlazak) te prilagoditi postupke liječenja u skladu s procijenjenom razinom rizika. Za dokumentiranje rizika vidjeti tablicu **Vodič za dokumentiranje rizika** (prilog).

SKALA AGRESIVNOG PONAŠANJA

Nivo uznemirenosti pacijenta procjenjuje se na skali od 1 do 6.

Deeskalacija se primjenjuje čim se uoče znakovi agitacije, kako bi se prevenirala eskalacija agresivnosti.

1 <input type="checkbox"/>	Emocionalna napetost	Ljutit i napet izraz lica, kruto držanje tijela, nestrpljivost, razdražljivost.
2 <input type="checkbox"/>	Neverbalni znakovi agitacije	Npr. uporno zurenje, govor povišenim tonom, napet izraz lica i kruto držanje tijela, uznemiren hod, cupkanje.
3 <input type="checkbox"/>	Verbalni znakovi agitacije	Npr. mrmljanje, nedistanciranost, psovke.
4 <input type="checkbox"/>	Verbalna agresija / prijetnje	Prijetnje osoblju i drugim osobama.
5 <input type="checkbox"/>	Fizička agresija usmjerena na predmete	Npr. bacanje predmeta, razbijanje, kidanje papira.
6 <input type="checkbox"/>	Fizička agresija koju pacijent usmjerava prema drugoj osobi ili prema sebi	Napad na drugu osobu, samoozljeđivanje.

SCREENING PITANJA ZA PROCJENU RIZIKA OD AGRESIVNOG PONAŠANJA

1.	Imate li ili ste u zadnjih mjesec dana imali misli o tome da nekoga verbalno ili fizički povrijedite ili mu prijetite?			
	DA <input type="checkbox"/>			NE <input type="checkbox"/>
	Koliko često su te misli bile prisutne? Koliko dugo su trajale?			
2.	Imate li ili ste u zadnjih mjesec dana imali plan o tome da nekoga verbalno ili fizički povrijedite ili mu prijetite?			DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
3.	Jeste li u zadnjih nekoliko tjedana nekom prijetili verbalno ili fizički?			
	DA <input type="checkbox"/>			NE <input type="checkbox"/>
	U kojim je to okolnostima bilo?			
4.	Osjećate li se sada, ili ste se u zadnjih mjesec dana osjećali ljutito ili izvan kontrole u kontaktu s nekim ljudima ili u obavljanju nekih poslova?			
	DA <input type="checkbox"/>			NE <input type="checkbox"/>
	Pokazujete li ili kontrolirate ljutnju?	Pokazujem <input type="checkbox"/>	Kontroliram <input type="checkbox"/>	
5.	Postoje li određene situacije ili događaji zbog kojih se u zadnjih mjesec dana osjećate posebno ljutito ili pod stresom?			
	DA <input type="checkbox"/>			NE <input type="checkbox"/>
	Koje su to situacije i kako reagirate?			
6.	Jeste li ikada nekome prijetili ili ga fizički napali?			
	DA <input type="checkbox"/>			NE <input type="checkbox"/>
	Recite nešto više o okolnostima tog događaja.			
7.	Jeste ili bili osuđivani za agresivno ponašanje?			
	DA <input type="checkbox"/>			NE <input type="checkbox"/>
	Kada je to bilo?			
8.	Jeste li bili liječeni zbog agresivnog ponašanja?			DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
9.	Imate li pristup oružju, primjerice vatrenom oružju?			DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
10.	Koristite li alkohol ili droge?			
	DA <input type="checkbox"/>			NE <input type="checkbox"/>
	Primjećujete li da se Vaše ponašanje mijenja kada ih koristite?	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	
	Jesu li alkohol ili droga doprinijele incidentima agresivnog ponašanja u prošlosti?	DA <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	

PROCJENA RIZIČNIH I ZAŠTITNIH ČIMBENIKA AGRESIVNOG PONAŠANJA

ČIMBENICI RIZIKA

<p>Čimbenici rizika povezani s mentalnim poremećajem, simptomima i liječenjem</p>	<p>Nasilne misli i planovi povezani s psihopatologijom <input type="checkbox"/>. Imperativne halucinacije <input type="checkbox"/> Sumnjičavost <input type="checkbox"/>. Ideje persekucije <input type="checkbox"/>. Patološka ljubomora <input type="checkbox"/>. Razdražljivost <input type="checkbox"/> Impulzivnost <input type="checkbox"/>. Agitacija <input type="checkbox"/>. Promjene ponašanja pod utjecajem psihoaktivnih supstanci <input type="checkbox"/>. Nedostatak uvida u bolest i posljedice vlastitog ponašanja <input type="checkbox"/> Nesuradljivost <input type="checkbox"/>. Neuzimanje lijekova <input type="checkbox"/>. Nuspojave lijekova <input type="checkbox"/>. Povijest agresivnog ponašanja <input type="checkbox"/>. Forenzički tretman <input type="checkbox"/>. Sudski proces <input type="checkbox"/>.</p>
<p>Čimbenici povezani s reakcijom na stres</p>	<p>Stresni događaji: npr. Prekid emocionalne veze <input type="checkbox"/>. Gubitak posla <input type="checkbox"/>. Reakcija na hospitalizaciju <input type="checkbox"/>. Nedostatak informacija <input type="checkbox"/>. Nedostatak privatnosti <input type="checkbox"/>. Socijalno povlačenje <input type="checkbox"/>.</p> <p><i>Drugo:</i></p>
<p>Čimbenici povezani s psihološkim karakteristikama</p>	<p>Nedostatak vještina za nošenje sa stresom <input type="checkbox"/>. Nedostatak asertivnosti <input type="checkbox"/> Impulzivnost s nesagledavanjem posljedica <input type="checkbox"/>. Nedostatak empatije prema drugima <input type="checkbox"/> Poteškoće s upravljanjem emocijama kao što su emocije ljutnje, bijesa, poniženja, bespomoćnosti <input type="checkbox"/>. Percepcija vlastite osobe kao žrtve <input type="checkbox"/>. Slab terapijski savez <input type="checkbox"/> Disfunkcionalne misli <input type="checkbox"/>. Nesigurna privrženost <input type="checkbox"/>. Iskustva traume <input type="checkbox"/>.</p>
<p>Čimbenici povezani s osjećajima</p>	<p>Ugroženost <input type="checkbox"/>. Bespomoćnost <input type="checkbox"/>. Očaj <input type="checkbox"/>. Poniženje <input type="checkbox"/>. Omalovažavanje <input type="checkbox"/> Frustracija <input type="checkbox"/>. Nepravda <input type="checkbox"/>. Strah <input type="checkbox"/>. Ljubomora <input type="checkbox"/>. Ljutnja <input type="checkbox"/>. Neizvjesnost <input type="checkbox"/> Osoba osjeća da je se pretjerano kritizira <input type="checkbox"/>. Osamljenost <input type="checkbox"/>.</p>
<p>Okolinski čimbenici uključujući i bolničku okolinu</p> <p>Ponašanje drugih ljudi (uključujući i druge pacijente kada se osoba nalazi u bolnici) koje osobi izazivaju npr. razdražljivost i nestrpljenje.</p>	<p>Kada netko govori povišenim tonom / više na osobu <input type="checkbox"/>. Kada se osobu ne sluša što želi reći <input type="checkbox"/>. Kada se osobi prijete <input type="checkbox"/>. Kada se prema osobi odnosi bez poštovanja <input type="checkbox"/>. Kada se osoba nalazi u uznemiravajućoj okolini (npr. buka) <input type="checkbox"/>. Kada osoba ne razumije ili nema informacije koje su bitne za njezino umirenje <input type="checkbox"/>. Stavovi, ponašanje i komunikacija osoblja <input type="checkbox"/>. Ograničavanje slobode kretanja <input type="checkbox"/>. Izostanak deeskalacije <input type="checkbox"/>. Nedostatak podrške <input type="checkbox"/>. Socijalno povlačenje <input type="checkbox"/>. Neadekvatni uvjeti stanovanja <input type="checkbox"/>. Ozbiljne financijske poteškoće <input type="checkbox"/>. Izražena zabrinutost osobi bliskih ljudi za njezino ponašanje <input type="checkbox"/>.</p>
<h3 style="margin: 0;">ZAŠTITNI ČIMBENICI</h3>	
<p>Osobni čimbenici</p>	<p>Socijalna i emocionalna inteligencija <input type="checkbox"/>. Sigurna privrženost <input type="checkbox"/>. Empatija <input type="checkbox"/> Uspješne strategije nošenja sa stresom <input type="checkbox"/>. Samokontrola <input type="checkbox"/>. Stavovi o neprihvatljivosti agresije <input type="checkbox"/>. Dobre komunikacijske vještine <input type="checkbox"/>. Vještina asertivnosti <input type="checkbox"/> Sposobnost rješavanja problema i konflikata <input type="checkbox"/>. Primjena metoda samopomoći za smanjenje napetosti, umirenje i kontrolu agresivnog ponašanja <input type="checkbox"/>.</p>
<p>Čimbenici vezani uz liječenje</p>	<p>Suradnja u liječenju <input type="checkbox"/>. Dobar terapijski savez <input type="checkbox"/>. Adekvatna medikamentozna terapija <input type="checkbox"/>. Podrška stručnog osoblja <input type="checkbox"/>. Plan prevencije agresivnog ponašanja <input type="checkbox"/>.</p>
<p>Okolinski čimbenici</p>	<p>Zadovoljstvo glede sljedećih okolnosti: Uvjeti stanovanja <input type="checkbox"/>. Financije <input type="checkbox"/> Interpersonalni odnosi <input type="checkbox"/>. Socijalna mreža i podrška različitih izvora (obitelj, prijatelji, zajednica) <input type="checkbox"/>. Doživljaj prihvaćenosti i uključenost u aktivnosti zajednice <input type="checkbox"/>.</p>

PROCJENA RAZINE RIZIKA I POSTUPANJE S RIZIKOM

U tablici se iznose okvirne smjernice za procjenu rizika koje mogu biti korisne pri donošenju procjene. Kako je rizik dinamičan i može se mijenjati i tijekom procjene ove smjernice nemaju apsolutnu vrijednost. Procjena rizika neodvojiva je od individualne situacije svakog pacijenta, konteksta u kojem se rizik javlja te mogućnosti da se u razgovoru i korištenjem deeskalacije rizik smanji.

RAZINA RIZIKA	STANJE PACIJENTA	NAČIN POSTUPANJA
<input type="checkbox"/> Visoka razina rizika	<p>Prisutna je izravna agresivnost i odmah je potrebno zaustaviti agresivno ponašanje primjenom mjera prisile jer se ne može primijeniti deeskalacija.</p>	<p>Pacijent se hospitalizira. Nakon primjene mjera prisile izrađuje se plan liječenja za akutno stanje mentalnog poremećaja koje je povezano s agresivnošću i prati se rizik agresivnosti. Preporuča se korištenje <i>Brøset Violence Checklist (BVC)</i> skale za praćenje rizika.</p>
<input type="checkbox"/> Visoka ili srednja razina rizika	<p>1. Osoba ima znakove agresivnosti, niz rizičnih čimbenika, a malo zaštitnih čimbenika.</p> <p>2. Visok rizik se procjenjuje ukoliko su utvrđene misli o nasilju s planom provedbe kod osobe sa znakovima mentalnog poremećaja.</p>	<p>Potrebno je pratiti rizik. Izrađuje se individualni plan liječenja koji uključuje kontinuiranu opservaciju stanja rizika.</p> <p>Ovisno o kliničkoj prosudbi i pravnoj regulativi u oba navedena slučaja poduzimaju se mjere dobrovoljnog liječenja ili prisilni smještaj s izradom individualnog plana liječenja.</p>
<input type="checkbox"/> Niska do srednja razina rizika	<p>Nema znakova agresivnosti ni upornih nasilnih misli, nema plana provođenja nasilja. Dobra kontrola misli i niz zaštitnih čimbenika.</p> <p>Ovisno o kliničkoj procjeni bilježi se niska, odnosno srednja razina rizika.</p>	<p>Izrađuje se plan liječenja i prevencije te se dogovara izbor terapijske sredine za liječenje (ambulantno, dnevna bolnica, bolničko liječenje).</p>
<input type="checkbox"/> Niska razina rizika	<p>Nema znakova koji upućuju na agresivno ponašanje. Prisutne su povremene nasilne misli, bez plana provedbe, uz dobru kontrolu misli i prisutnost zaštitnih čimbenika.</p>	<p>Izrađuje se plan liječenja i prevencije i dogovara terapijska sredina za liječenje.</p>
<input type="checkbox"/> Niska razina rizika ili nema rizika	<p>Nema znakova agresivnog ponašanja niti nasilnih misli, ali su utvrđeni predisponirajući čimbenici, tj. prisutnost rizika u prošlosti.</p>	<p>U cilju prevencije budućih rizika izrađuje se plan prevencije.</p>
<input type="checkbox"/> Nema rizika	<p>Nisu utvrđeni znaci agresivnosti, nasilnih misli ni planova. Nema simptoma mentalnog poremećaja koji bi povećao rizik i nema predisponirajućih čimbenika za agresivno ponašanje.</p>	<p>Nema potrebe za izrađivanjem plana prevencije od agresivnog rizika.</p>

VODIČ ZA DOKUMENTIRANJE RIZIKA

Predisponirajući čimbenici iz prošlosti	Podatci iz prošlosti povezani s agresivnim ponašanjem <input type="checkbox"/> .
Klinička slika	Agresivno ponašanje <input type="checkbox"/> . Misli i namjere o ozljeđivanju drugih <input type="checkbox"/> . Deluzije povezane s nasiljem <input type="checkbox"/> . Prisilne misli povezane s nasiljem <input type="checkbox"/> . Ideje persekucije <input type="checkbox"/> . Osjećaj ljutnje <input type="checkbox"/> . Osjećaj bijesa <input type="checkbox"/> . Osjećaj osvete <input type="checkbox"/> . Osjećaj bespomoćnosti <input type="checkbox"/> . Osjećaj strah <input type="checkbox"/> . Osjećaj srama <input type="checkbox"/> . Osjećaj poniženja <input type="checkbox"/> . Osjećaj nepravde <input type="checkbox"/> . Impulzivnost <input type="checkbox"/> . Gubitak kontrole u upravljanju ponašanjem <input type="checkbox"/> . Prisutnost zlorabe psihoaktivnih supstanci <input type="checkbox"/> . Dezorijentiranost <input type="checkbox"/> . <i>Drugo povezano s rizikom za agresivnost:</i>
Okolnosti POVEZANOST AKTUALNIH OKOLNOSTI S RIZIKOM ZA AGRESIVNOST	Nedavni osobni gubitci <input type="checkbox"/> . Godišnjica povezana s gubitkom <input type="checkbox"/> . Konflikti <input type="checkbox"/> . Izloženost zlostavljanju ili poniženju <input type="checkbox"/> . <i>Drugo:</i>
Okidači	Svađa <input type="checkbox"/> . Bijes <input type="checkbox"/> . Doživljaj poniženja <input type="checkbox"/> . Doživljaj nepravde <input type="checkbox"/> . Alkohol <input type="checkbox"/> . <i>Drugo:</i>
Zaštitni čimbenici OSOBNİ ZAŠTITNI ČIMBENICI KOJI OSOBI POMAŽU DA SE OSJEĆA SIGURNO I ŠTITE JE OD AGRESIJE PREMA SEBI I DRUGIMA	Sposobnost primjene samopomoći <input type="checkbox"/> . Vještine nošenja sa stresom <input type="checkbox"/> . Dobra kontrola emocija <input type="checkbox"/> . Podrška <input type="checkbox"/> . Strah od posljedica <input type="checkbox"/> . <i>Drugo:</i>
Formulacija rizika	Kratko objašnjenje rizika i postupaka koje treba primijeniti za smanjenje rizika jer naglasak nije na procjeni rizika, nego prvenstveno na prevenciji agresivnog ponašanja.

UPUTE ZA DEESKALACIJU

<https://www.safewards.net/interventions/talk-down>

SAMOKONTROLA I PRIBRANOST

- Ponašajte se smireno i samopouzđano. Ne pokazujte strah, podložnost ili pokornost.
- Ruke nemojte držati prekrizene, neka vam budu spuštene uz tijelo, a dlanovi otvoreni.
- Opustite lice, nemojte se mištiti ili nabirati usne.
- Govorite bez nesigurnosti i oklijevanja.
- Duboko dišite i usredotočite se na situaciju.
- Tijelo neka vam bude opušteno, ruke nemojte držati na kukovima ili u džepovima, nemojte mahati rukama upirati prstom ni dodirivati osobu.
- Pokreti neka vam budu polagani i blagi.
- Nemojte prijetiti niti davati lažna obećanja.
- Ne osuđujte, ne kritizirajte, ne pokazujte razdraženost, frustriranost ili ljutnju, ne odgovarajte na provokaciju. Ne shvaćajte ponašanje pacijenta osobno.
- Nemojte se prepirati ili govoriti pacijentu da je on u krivu, a vi u pravu.
- Nemojte se braniti ni opravdavati.
- Nemojte reagirati na grdnje i vrijeđanje koje vam pacijent upućuje, ignorirajte ih ili se djelomično s njima složite.
- Unaprijed pripremite odgovore na tipične uvrede.
- Sve dok suraduje dopustite pacijentu da sačuva obraz tako da ima posljednju riječ.

ODREDITE GRANICE

- Udaljite se od ostalih ljudi – onih koji su prisutni ili su u opasnosti.
- Odmaknite se na mirno mjesto, zamolite pacijenta da stanete ustranu.
- Ponudite osobi da sjedne.
- Osigurajte pomoć / plan podrške za vašu sigurnost.
- Zadržite fizičku distancu između vas i pacijenta.

RAZJASNITE

- Pitajte što se događa, upotrebijavajte otvorena pitanja.
- Razjasnite nedoumice.
- Oslovljavajte pacijenta imenom i prezimenom.
- Pomozite pacijentu da se orijentira s obzirom na vrijeme, prostor i ljude oko njega.
- Govorite jasno, recite tko ste, podsjetite na postojeći terapijski odnos, ponudite pomoć.
- Kad pacijent kaže što želi, kratko pričekaite prije nego vi počnete govoriti.
- Parafrazirajte, provjerite jeste li razumjeli što je pacijent rekao.

PRONADITE RJEŠENJE

- Zatražite/zamolite ljubazno, ne zapovijedate i ne budite autoritativni.
- Navedite razloge, objasnite pravila i na čemu se zasnivaju. Budite iskreni, priznajte mogućnost pogreške (ili se čak složite da nije pravedno što se događa).
- Dajte osobi priliku da se smiri.
- Apelirajte na osobnoj razini, podsjetite pacijenta na ranije dogovoreni plan postupanja.
- Prihvatite prigovor, ispričajte se, promijenite svoj odnos sukladno prigovoru.
- Ukratko navedite posljedice različitih načina postupanja.
- Ponudite opcije i alternative, ali odluku ostavite pacijentu.
- Budite fleksibilni, pregovarajte, izbjegnite nadmetanja za moć, nagodite se.
- Pitajte pacijenta ima li još nešto što možete učiniti ili reći što bi njemu olakšalo suradnju, zadržite pozitivan ton.

POŠTOVANJE I EMPATIJA

- Pokažite zanimanje, brigu, neka izraz vašega lica bude u skladu s vašim riječima.
- Neka ton vašega glasa izražava vašu brigu i zainteresiranost.
- Slušajte pacijenta s namjerom da ga čujete, uvažite osjećaje i potrebe, budite suosjećajni.
- Uzmite vremena da saslušate pacijenta, budite strpljivi i ne požurujte ga dok govori.
- Ne nadvikujte se s pacijentom – pričekaite dok uzima dah.
- Uspostavite kontakt očima vodeći računa da izbjegnete konfrontaciju.
- Nadiđite sebe i svoj način razmišljanja kako biste mogli razumjeti stajalište pacijenta.
- Pokažite iskrenost, budite autentični.
- Ne govorite pacijentu kako bi se trebao ili ne bi trebao osjećati.
- Nemojte umanjivati, banalizirati ili omalovažavati pacijentovo izražavanje emocija.
- Ne savjetujte i ne naredujte. Izbjegnite obrazac „Da sam na vašem mjestu, ja bih...“
- Ne rugajte se pacijentu i ne ponašate se prema njemu kao prema djetetu.
- Ne osmjehujujte se pretjerano jer pacijent to može protumačiti kao poruku vaše superiornosti.
- Odgovorite na svaki upit pacijenta o informacijama, kako god ih sročio.
- Pokažite suosjećanje s osjećajima pacijenta, ne s njegovim nasilnim ponašanjem („Razumijem da ste ljuti, no nije u redu nekoga udariti...“).

SCREENING RIZIKA ZA AGRESIVNO PONAŠANJE

Violence risk screening -10 (V-RISK-10)

Prilikom prijema
U poliklinici
Na otpustu

Ime pacijenta		
Žensko <input type="checkbox"/>	Muško <input type="checkbox"/>	Br. pacijenta
Datum rođenja		Br. osiguranika
Potpis liječnika		Datum otpusta
		Datum prijema
		Datum procjene

Uputa za procjenu:

Ocjenjivač prikuplja informacije o svakom od deset čimbenika rizika V-RISK-10 skale. Označite križićem kako procjenjujete stupanj vjerojatnosti da se čimbenik rizika odnosi na dotičnog pacijenta.

- **Da:** Definitivno prisutan u ozbiljnoj mjeri
- **Možda/umjereno:** Možda / prisutan u umjerenom mjeri
- **Ne:** Ne odnosi se na ovog pacijenta
- **Ne znam:** Premalo informacija za odgovor

	DA	MOŽDA / UMJERENO	NE	NE ZNAM
1. Prethodno i/ili sadašnje nasilno ponašanje Teško nasilje odnosi se na fizički napad (uključujući i napad raznim oružjem) na drugu osobu s namjerom nanošenja teških fizičkih ozljeda. Da: <i>pacijent je počinio najmanje 3 umjereno nasilna agresivna djela ili 1 teško nasilno djelo.</i> Možda / umjereno: <i>odnosi se na manje teške agresivne radnje kao što su npr. udarci nogama i guranjem koje žrtvi ne nanose tešku povredu.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Prethodne i/ili trenutne prijetnje (verbalne/fizičke) Usmene: <i>izjave, vikanje i slično, koje uključuju prijetnju nanošenjem tjelesne ozljede drugim osobama.</i> Fizičke: <i>pokreti i geste koje upozoravaju na fizički napad.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Prethodna i/ili trenutna zlouporaba opojnih sredstava Pacijent je u prošlosti zloupotrebljavao alkohol, lijekove i/ili druge tvari (npr. amfetamin, heroin, kanabis) uključujući zlouporabu otapala ili ljepila. Da: <i>pacijent ima i/ili je imao opsežno zlouporabu/ovisnost, sa smanjenim radnim ili obrazovnim funkcioniranjem, oštećenjem zdravlja i/ili smanjenim sudjelovanjem u aktivnostima slobodnog vremena.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Prethodna i/ili trenutna teška mentalna bolest Ima li pacijent ili je imao psihotični poremećaj (npr. shizofrenija, deluzijski poremećaj, psihotični afektivni poremećaj). Za ocjenu poremećaja ličnosti vidjeti točku 5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Poremećaj ličnosti	DA	MOŽDA / UMJERENO	NE	NE ZNAM
Prisutnost shizoidnog, paranoidnog, impulzivnog, emocionalno nestabilnog i antisocijalnog poremećaja ličnosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Pacijent pokazuje nedostatak uvida u bolest i/ili ponašanje	DA	MOŽDA / UMJERENO	NE	NE ZNAM
Odnosi na stupanj do kojeg pacijent nema uvid u svoju mentalnu bolest, primjerice s obzirom na potrebu uzimanja lijekova, socijalnih posljedica ili ponašanja u vezi s mentalnom bolešću ili poremećajem osobnosti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pacijent izražava sumnju	DA	MOŽDA / UMJERENO	NE	NE ZNAM
Pacijent je sumnjičav prema drugima i to pokazuje verbalno ili neverbalno. Doima se kao da je "na oprezu" prema svojoj okolini.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pacijent pokazuje nedostatak empatije	DA	MOŽDA / UMJERENO	NE	NE ZNAM
Pacijent djeluje emocionalno hladno i bez osjetljivosti prema razmišljanjima i osjećajima drugih ljudi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nerealno planiranje	DA	MOŽDA / UMJERENO	NE	NE ZNAM
Procjenjuje se u kojoj mjeri pacijent ima nerealne planove za budućnost (unutar ili izvan bolnice). Npr. <i>Je li pacijent realan u pogledu onoga što može očekivati od podrške obitelji, stručnjaka i socijalne mreže. Važno je procijeniti je li pacijent kooperativan i motivirani s obzirom na postavljenje planove.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Buduće stresne situacije	DA	MOŽDA	NE	NE ZNAM
Procjenjuje se mogućnost da pacijent u budućnosti bude izložen stresu i stresnim situacijama te njegova sposobnost da se nosi sa stresom. Npr. u stacionarnoj jedinici i izvan nje: <i>smanjena sposobnost toleriranja granica, fizička blizina mogućim žrtvama nasilja, uporaba opojnih sredstava, beskućništvo, provođenje vremena u nasilnom okruženju / povezanost s nasilnim okruženjem, lak pristup oružju itd.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sveobuhvatna klinička procjena na temelju kliničke procjene, drugih dostupnih informacija i screening skale

Procijenite rizik od nasilja za razmatranog pacijenta

<input type="checkbox"/> NIZAK	<input type="checkbox"/> UMJEREN	<input type="checkbox"/> VISOK
--------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

Prijedlog nakon ukupne kliničke procjene

<input type="checkbox"/> NIJE POTREBNA DETALJNIJA PROCJENA RIZIKA OD NASILJA	<input type="checkbox"/> POTREBNA DETALJNIJA PROCJENA RIZIKA OD NASILJA	<input type="checkbox"/> POTREBNA PROVEDBA PREVENTIVNIH MJERA
--	---	---

Obrazloženja/razlozi/argumenti trebaju biti detaljno opisani u povijesti bolesti pacijenta i/ili sažetku otpusta.

Roaldset JO, Hartvig P, Bjørkly S. V-RISK-10: validation of a screen for risk of violence after discharge from acute psychiatry. Eur Psychiatry. 2011 Mar;26(2):85-91. doi: 10.1016/j.eurpsy.2010.04.002. Epub 2010 Jul 8. PMID: 20619612.

Kontrolna lista za nasilje Brøset / The Brøset Violence Checklist © BVC-HR		Interpretacija ukupnog skora (SUM)																
Kratke upute: Svakog dana u dogovoreno vrijeme u svakoj snjjeni ocijenite bolesnika. Ako kod pacijenta nema navedenog ponašanja, ocjena je 0, ako ga ima, ocjena je 1. Maksimalni zbroj (SUM) je 6. Ako je određeno ponašanje uobičajeno za osobu dobro poznatog pacijenta, primjerce, već je dugo vremena dezorijentiran, ocijenite to ponašanje s 0. Samo primijećeno pogoršanje, primjerce, konfuzno ponašanje, ocijenite s 1.		Ukupno: 0				Nizak rizik od nasilja.				Ukupno: 1-2				Srednji rizik od nasilja. Potrebna primjena preventivnih mjera.				
		Ukupno: 3-6				Visok rizik od nasilja. Obvezna primjena preventivnih mjera i izrada plana za prevenciju epizoda agresivnosti.												
		Datum																
Ponašanje	Jutro	Dan	Noć	Jutro	Dan	Noć	Jutro	Dan	Noć	Jutro	Dan	Noć	Jutro	Dan	Noć	Jutro	Dan	Noć
ZBUNJENOST																		
RAZDRAŽLJIVOST																		
BUČNO PONAŠANJE																		
VERBALNE PRIJETNJE																		
FIZIČKE PRIJETNJE																		
AGRESIVNOST PREMA STVARIMA																		
Ukupno																		
Zbunjenost	Djeluje očito konfuzno i dezorijentirano. Moguće je da je dezorijentiran s obzirom na vrijeme, prostor i ljude oko njega.																	
Razdražljivost	Lako se razljuti i ozlovolji. Loše podnosi prisutnost drugih.																	
Bučno ponašanje	Ponaša se prejerano „glasno“. Npr. glasno govori, više, vrišti, lupa vratima i slično.																	
Verbalne prijetnje	Verbalni ispad, ne samo obično podizanje glasa, nego komunikacija kojoj je cilj poniziti ili zastrašiti druge osobe. Npr. napadanje u razgovoru, pogrde, psovke, ali i verbalno neutralni komentari i juto progundani kroz zube ili sa zlonamjernom konotacijom.																	
Fizičke prijetnje	Ima jasnu namjeru fizički ugrožiti drugu osobu. Npr. agresivan stav tijela, povlačenje drugih za odjeću, prijetnje drugima rukama, šakama, nogom, glavom i slično.																	
Agresivnost prema stvarima	Napad usmjeren na predmete, a ne na osobe. Npr. baca stvari, udara ili razbija prozore, udara što nogom ili glavom nabija neki predmet ili uništava namještaj.																	

OSOBNI PLAN PREVENCIJE AGRESIVNOG PONAŠANJA

IME I PREZIME

DATUM

Ako imate ili ste imali problema s kontrolom agresivnih misli i agresivnog ponašanja, dobro je da imate osobni plan zaštite od takvih misli i ponašanja. Ovaj plan vam u tome može pomoći.

<p>Prepoznajte okidače za misli o nasilju i agresivno ponašanje</p> <p>Okidači su unutrašnji doživljaji ili vanjske okolnosti koje vas mogu dovesti do uznemirenosti, ljutnje, do gubitka kontrole i agresivnog ponašanja. Primjerice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reakcija na stresne događaje i ponašanje drugih ljudi • osjećaji poniženosti, omalovažavanja, srama, straha, nepravde, bespomoćnosti, ugroženosti, neizvjesnosti, osjećaj da vas netko kritizira ili okrivljuje • utjecaj psihoaktivnih tvari • simptomi bolesti: halucinacije, sumnjičavost, ideja da vas netko prati • preokupiranost negativnim mislima • prekid uzimanja lijekova 	<p><i>Koji su moji okidači za agresivno ponašanje? Zbog čega se osjećam uznemireno, ljuto i bijesno? Koje misli i osjećaji, kakvi događaji i ponašanje me mogu navesti da izgubim kontrolu i postanem agresivan/na? Što me potiče na reakciju koja može uznemiriti druge ljude?</i></p>				
<p>Prepoznajte rane znakove uznemirenosti</p> <p>Važno je da prepoznate rane znakove uznemirenosti jer vas oni mogu dovesti do agresivnog ponašanja. Ako odmah reagirate na uznemirenost koju osjećate prije agresivnosti, možete spriječiti gubitak kontrole. Tako nećete doći u situaciju da prijetite i vrijeđate druge osobe ili da budete agresivni prema ljudima i predmetima. Prije nego što nastupi agresivno ponašanje možete osjećati:</p> <ul style="list-style-type: none"> • emocionalnu napetost • fizički nemir • zaokupljenost negativnim mislima 	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #fff9c4; text-align: center; width: 20%;">MISLI — OSJEĆAJI</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #fff9c4; text-align: center;">DOGAĐAJI — PONAŠANJE DRUGIH</td> <td></td> </tr> </table> <p><i>Koji su moji rani znakovi uznemirenosti koji bi me mogli dovesti do agresivnog ponašanja?</i></p>	MISLI — OSJEĆAJI		DOGAĐAJI — PONAŠANJE DRUGIH	
MISLI — OSJEĆAJI					
DOGAĐAJI — PONAŠANJE DRUGIH					
<p>Vaše osobne strategije suočavanja s agresivnim ponašanjem i mislima</p> <p>Kako biste sami sebe mogli umiriti kad osjetite uznemirenost, važno je da uvidite što vam pomaže da se smirite, što vam pomaže da spriječite svoju agresivnost ili otklonite nasilne misli. Za neke osobe to može biti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tjelesna aktivnosti • slušanje glazbe • vježbe disanja • razgovor s prijateljem • šetnja • uzimanje lijeka koji je prepisan prema potrebi 	<p><i>Kako mogu spriječiti svoje agresivno ponašanje?</i></p>				

Adaptirano prema WHO Quality Rights 2019. *Strategies to end seclusion and restraint*. **Klinika za psihijatriju Vrapče** (Referentni centar Ministarstva zdravstva za metode psihosocijalne rehabilitacije). **Hrvatski liječnički zbor** (Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju, Hrvatsko društvo za forenzičku psihijatriju). **Hrvatsko psihijatrijsko društvo** (Sekcija mladih psihijatara i specijalizirana psihijatrije Hrvatske). **KBC Zagreb** (Zavod za hitna i krizna stanja s nacionalnim centrom za psihotraumatologiju).

<p>Kako vam drugi ljudi mogu pomoći da se smirite</p> <p>Kada ste uznemireni može vam biti teško da se sami smirite. Stoga je dobro potražiti pomoć osoba od povjerenja (članovi obitelji, prijatelji, <i>peer workeri</i>).</p> <p>Dok ste smireni osobama od povjerenja objasnite kako vas mogu umiriti kad budete uznemireni. Primjerice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dati vam smirenim tonom neki savjet • ponuditi vam neku zajedničku aktivnost • podsjetiti vas: iako se sada loše osjećate, postoji rješenje o kojem ćete moći razgovarati kad se smirite 	<p>Koje osobe mi mogu pomoći da se smirim? Kako mi te osobe mogu pomoći, što za mene mogu učiniti?</p>	
<p>Zatražite stručnu pomoć</p> <p>Kada osjećate uznemirenost koju ne možete kontrolirati, kada osjećate da biste mogli biti agresivni prema drugim osobama, ili osjećate da ste izgubili kontrolu, zatražite stručnu medicinsku pomoć.</p> <p>Primjerice:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hitna medicinska služba: 194* • KBC Zagreb, 01/2367-404* • Dežurne psihijatrijske službe prema mjestu stanovanja* <p>* Hitne službe dostupne su 0-24.</p>	<p>STRUČNA POMOĆ</p>	<p>KONTAKT</p>
<p>Smanjite pristup sredstvima za izvršenje agresivnosti</p> <p>Ako imate problema s kontrolom agresivnih misli i agresivnog ponašanja, važno je da vam nisu dostupna sredstva za izvršenje nasilja nad drugim ljudima.</p>	<p>Što mogu učiniti da smanjim pristup sredstvima kojima mogu ozlijediti druge ljude?</p>	

FARMAKOTERAPIJA AGITIRANIH I AGRESIVNIH STANJA

Farmakoterapije u stanjima agitacije i agresivnosti mora biti dio sveobuhvatnog pristupa razumijevanja uzroka agresivnosti u kojem je deeskalacija kada god je mogući prvi pristup koji olakšava bolju procjenu uzroka agresivnosti, a time i precizniji izbor farmakoterapije. Glavni cilj u primjeni farmakoterapije za agitirane i agresivne bolesnike jest umiriti bolesnika i održati njegovu suradljivost koristeći prvenstveno terapijske doze psihofarmaka osim u slučajevima izrazite agitacije i agresivnosti kada je moguće povećati dozu izvan uobičajenih terapijskih raspona, ali opet vodeći računa o maksimalno dozvoljenim dozama. U hitnoj službi općenito vrijedi pravilo da kod osobe koja ne boluje od psihijatrijskih poremećaja najprije treba razmotriti somatski uzrok. Farmakoterapija agitacije ovisi o 1) uzroku (agitacija uslijed psihotičnog poremećaja, intoksikacije / odvikavanja od psihoaktivnih tvari, ili organskog poremećaja poput demencije / delirija), 2) težini kliničke slike i 3) somatskom stanju bolesnika, odnosno, postojanju apsolutnih i relativnih kontraindikacija za pojedine psihofarmake. Cilj je uvijek brzo ublažavanje simptoma uz maksimalnu sigurnost bolesnika koliko god je moguće. Kod teške agitacije praćene agresivnim ponašanjem primjenjuje se parenteralna terapija u visokim dozama, a kod blažeg intenziteta simptoma i suradljivijih bolesnika primjenjuje se peroralna terapija pripravaka s brzim otpuštanjem. U agresivnim stanjima povezanim s dijagnozom psihoze antipsihotici se mogu kombinirati s benzodiazepinima. Benzodiazepini su terapija prve linije kod apstinencijskog sindroma u ovisnika o alkoholu, kao i kod deliriuma tremensa. Kod intoksikacije se psihofarmaci primjenjuju samo kod izražene agitacije, agresije i nesuradljivosti. U stanjima agitacije zbog alkoholne intoksikacije beznodiazepini su kontraindicirani, te se primjenjuje haloperidol i.m. Kod intoksikacija kokainom radi povišenog rizika konvulzija preporučuju se benzodiazepini. Kod intoksikacija supstancija s antikolinergičkim učinkom (halucinogeni) ne preporučuje se primjena antipsihotika, posebice onih sa antikolinergičkim učinkom. Kod agitiranih stanja u osoba sa demencijom preporučuju se niske doze antipsihotika. U svim spomenutim slučajevima neophodna je pažljiva opservacija bolesnika i praćenje učinka i podnošljivosti terapije.

SMJERNICE ZA TERAPIJU AKUTNE AGITACIJE I AGRESIVNOG PONAŠANJA

Terapija akutne agitacije i agresivnog ponašanja provodi se sa tri vrste psihofarmaka: Antipsihotici starije generacije, Antipsihotici novijih generacija, Benzodiazepini.

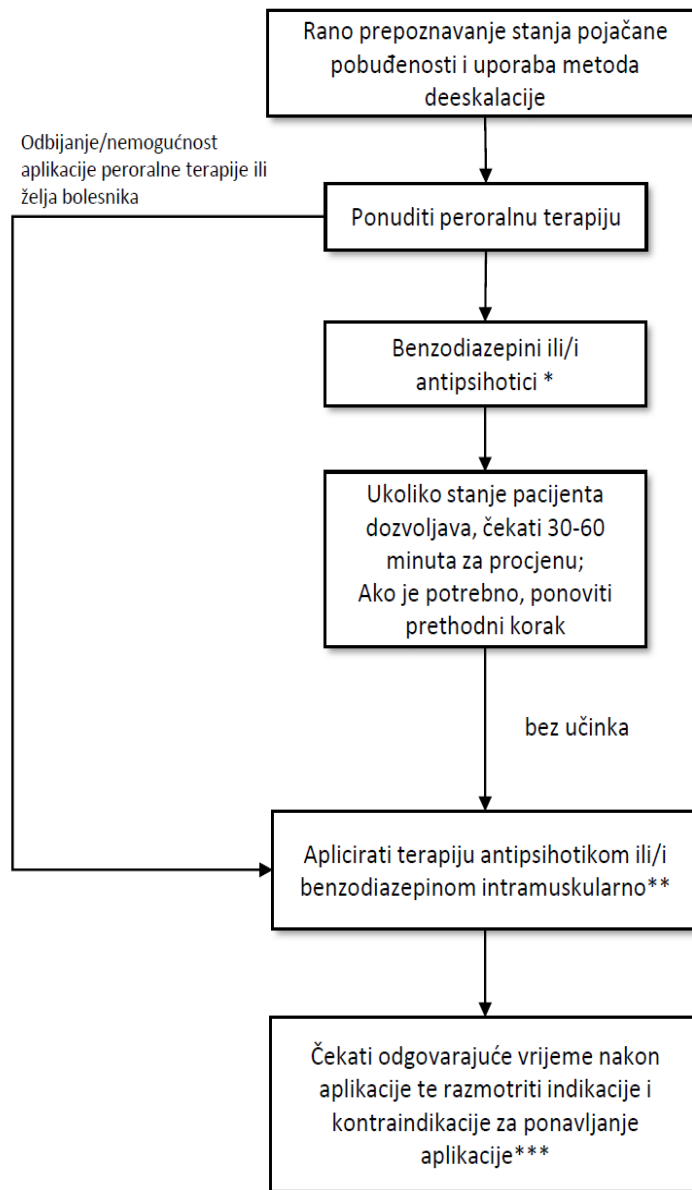
1. TERAPIJA AGITIRANIH STANJA KOD PSIHIJATRIJSKIH POREMEĆAJA

Poremećaji iz kruga shizofrenije, manična faza bipolarnog poremećaja, agitirana i agresivna stanja u osoba s poremećajem ličnosti.

Farmakoterapija ovisno o suradljivosti pacijenta, kliničkoj slici, potrebi brzog umirenja može se primijeniti peroralno i parenteralno. Peroralnom putu primjene treba dati prednost kod suradljivih bolesnika. Kod nesuradljivih bolesnika kada se zbog kliničkog stanja odlučujemo na primjenu lijeka bez pristanka pacijenta treba voditi računa da se tada radi o prisilnom smještaju prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama i/ili vitalnoj indikaciji kada nismo obavezni tražiti pristanak. Tablica 1. prikazuje načelnu primjenu farmakoterapije kod agitiranih stanja. Tablica 2. prikazuje psihofarmake za parenteralnu primjenu u akutnim stanjima. Tablica 3. prikazuje psihofarmake u

peroralnom obliku za primjenu u akutnim stanjima agitacije/agresivnosti. Sve tri tablice adaptirane su prema Hrvatskim smjernicama za liječenje shizofrenije.

Tablica 1. Općeniti postupnik farmakoterapije agitiranih stanja



Adaptirano prema Hrvatskim smjernicama za liječenje shizofrenije.

* Za doze benzodiazepina i antipsihotika vidjeti odgovarajuću tablicu. Potrebno je uzeti u obzir i interakcije s postojećom terapijom i mogućim somatskim komorbiditetima ili intoksikacijom psihoaktivnim tvarima.

** Za doze kratkodjelujućih intramuskularnih pripravaka antipsihotika vidjeti odgovarajuću tablicu. Osim antipsihotika, moguća je intramuskularna terapija benzodiazepina (lorazepam), iako ovog pripravka nema na našem tržištu.

*** Oprez! Maksimalna dopuštena doza ne smije biti prekoračena u ponovljenim aplikacijama.

Tablica 2. Psihofarmaci u parenteralnom obliku indicirani u akutnim stanjima

Kratkodjelujući antipsihotik za i.m. Primjenu	Raspon doza u liječenju akutnih stanja	Vrijeme za postizanje C_{max} * u plazmi	$T_{1/2}$	Maksimalna doza
Haloperidol	2-5 mg i.m., u jako hitnim stanjima svaki sat, inače svakih 4 do 8 sati	~20 min (nastup učinka za 30-60 minuta)	12-36 h (trajanje učinka do 24 sata)	30 mg i.m.
Olanzapin	5-30 mg i.m.; Preporučena početna doza: 10 mg i.m., moguće i 5-7.5 mg i.m., po potrebi se može ponoviti nakon 2h i 4h	15-45 min; nakon aplikacije od 5 mg; C_{max} je 5 x viša nego nakon jednake doze per os	21-54 minute	30 mg i.m.
Promazin	Ukupno 50-400 mg, 50-100 mg; 3-4x dnevno, preporučena početna doza: 50 mg i.m.	20-30 min	20-40 sati	400 mg i.m.
Benzodiazepini	Raspon doza u liječenju akutnih stanja			Maksimalna doza
Lorazepam**	2-4 mg i.m.	4	5	6 mg i.m.

Adaptirano prema Hrvatskim smjernicama za liječenje shizofrenije i udžbeniku Mihaljević Peleš i Šagud, Psihofarmakologija, 2024.

*Vršna koncentracija u plazmi

**u slučaju nedostupnosti lorazepama i.m., može se koristiti diazepam i.m. iako je takva primjena diazepama povezana s nestabilnom farmakokinetikom

U Hrvatskoj nisu registrirani pripravci kratkodjelujućih i.m. pripravaka aripiprazola, ziprasidona i zuklopentiksola, koji se primjenjuju drugdje u navedenim indikacijama

Tablica 3. Psihofarmaci u peroralnom obliku indicirani u akutnim stanjima

Peroralni antipsihotik	Raspon doza u liječenju akutnih stanja	Vrijeme za postizanje C_{max} * u plazmi	$t_{1/2}$ (sati)	Maksimalna dnevna doza
Olanzapin: oralno raspadljive tablete	Koncentracija detektibilna nakon 15-30 min	~6 sati	21-54 (30) sati	20 mg
Olanzapin: standardne tablete	10-20 mg	5-8 sati	21-54 (30) sati	20 mg
Haloperidol	Lakši oblik: 0.5-2 mg, 2-3x dnevno Teži oblik: 3-5 mg, 2-3x dnevno	2-6 sati	20 (12-38) sati	30 mg dnevno
Risperidon	1-4 mg	~1 sat (1 do 2 sata)	3 sata, ali metabolit 9-OH risperidon: 24 sata	8-16 mg, u starijih, osoba sklonih hipotenziji, kod bubrežne i jetrene insuficijencije: 4 mg dnevno (50% niže doze)
Aripiprazol	10-15 mg	3-5 sati	75, ali do 146 sati u sporih metabolizatora	30 mg
Promazin	50-200 mg; 3 do 4x dnevno	1-2 sata	20-40 sati	400 mg u ambulantnim, 800-1000 mg u bolničkim uvjetima, starije osobe sa kardiovaskularnim bolestima i jetrenim oštećenjem trebaju ↓ doze
Kvetiapin sa brzim otpuštanjem	50-100 mg (provjeriti)	2 sata	7 sati: kvetiapin 12 sati: norkvetiapin	800 mg
Kvetiapin sa sporim otpuštanjem	300 mg (provjeriti)	5-6 sati	7 sati: kvetiapin 12 sati: norkvetiapin	800 mg
Benzodiazepini	Raspon doza u liječenju akutnih stanja			Maksimalna dnevna doza
Diazepam	2-10 mg; 2-4x dan 2-2.5 mg 1-2x dnevno početna doza u starijih	1-1.5 (0.25-2.5) sati	Do 48 sati	40-60 mg

Adaptirano prema Hrvatskim smjernicama za liječenje shizofrenije.

U Hrvatskoj nisu registrirani pripravci loksapina i asenapina koji se drugdje primjenjuju.

U akutnim agitiranim stanjima antipsihotici se mogu primjenjivati sa benzodiazepinima, da bi se ubrzalo smirivanje bolesnika. Izbor načina primjene psihofarmaka ovisi o kliničkoj procjeni stanja bolesnika, a prednosti i nedostaci muskularne i peroralne primjene prikazani su u Tablici 4.

Tablica 4. **Prednosti i nedostaci različitih formulacija psihofarmaka**

Način primjene	Prednosti	Nedostatci
Muskularna	Brz početak djelovanja, nije potrebna suradljivost	Invazivnost; može narušiti odnos liječnik - bolesnik
Standardne tablete /kapsule / solucije	Manje invazivno od muskularne primjene, može popraviti iskustvo bolesnika	Traži suradljivost, spor početak djelovanja, ulazi u cirkulaciju kroz portalni sustav što može uzrokovati nejednaku i nepravilnu apsorpciju , može sa skrivati (izbjegavati uzimanje)
Oralno raspadljive tablete	Manje invazivno od muskularne primjene, može popraviti iskustvo bolesnika. Manji je potencijal za skrivanje (izbjegavanje) terapije u usporedbi s klasičnim tabletama, pogodno za bolesnik s disfagijom	Spor početak djelovanja, ulazi u cirkulaciju kroz portalni sustav što može uzrokovati nejednaku i nepravilnu apsorpciju

Preuzeto iz Hrvatskih smjernica za liječenje shizofrenije.

Tablica 5. Nuspojave kod primjene psihofarmaka u liječenju agitacije

Nuspojava	Lijek	Oprez	Prezentacija	Liječenje
Akutna distonija	Haloperidol	Promuklost, stezanje u grlu, otežano disanje, stridor mogu ukazivati na laringospazam	Najčešće u mlađih muškaraca sa velikom mišićnom masom; spazam mišića jezika, lica, vrata, leđa; može nalikovati na epileptički napad ili konverzivnu epizodu, češće uz uzimanje kokaina	Antikolinergici potvrđuju dijagnozu i lijek su izbora Biperiden 2-5 mg i.m., u teškim slučajevima se može dati i.v. Prevenција: primjena biperidena uz haloperidol
Depresija disanja	Benzodiazepini, sinergistički učinak s alkoholom	Primjena kod osoba sa KOPB-om ili ↓ kapacitetom pluća, kod istodobne primjene drugih depresora središnjeg živčanog sustava	Plitko i površno disanje, apneja	Simptomatske mjere i primjena antidota flumazenila ako je uzrok primjena benzodiazepina
Produženje QTc intervala	Haloperidol, promazin	Hipokalemija, hipomagnezija, dob > 65. god., bradikardija (terapija β-blokatorima), urođeno ↑ QTc (> 450 ms u muškaraca, odnosno > od 470 ms u žena), nagla smrt u obitelji, nedavni infarkt miokarda, kardiovaskularne bolesti, uzimanje drugih lijekova koji produžuju QTc*	Palpitacije, vrtoglavica, omaglica, konvulzije, srčana aritmija, rizik ↑ sa dozom lijeka	Terapija aritmije po kardiologu, preporučuje se kod osoba koje su u ↑ riziku, ako je moguće, prethodno odrediti EKG i elektrolite
Hipotenzija*	Promazin, kvetiapin, aripiprazol, risperidon	Primjena drugih lijekova koji ↓ tlak (antihipertenzivi), dehidracija, srčano popuštanje	Vrtoglavica, slabost, ošamućenost, glavobolja, smetnje vida, tahikardija, omaglica	Rehidracija, omogućavanje dovoljno tekućine, ležeći položaj, polagano ustajanje iz ležećeg položaja
Sedacija, ataksija	Promazin, kvetiapin, olanzapin, risperidon, benzodiazepini	Primjena kod starijih osoba radi sklonosti padovima	Pospanost, somnolencija, teturanje u hodu, oštećena koordinacija, hiporefleksija	Simptomatske mjere i primjena antidota flumazenila ako je uzrok primjena benzodiazepina
Smetenost	Promazin, kvetiapin, olanzapin	Primjena kod osoba sa smanjenom kognitivnom rezervom	Oštećena orijentacija	Sniženje doze / promjena lijeka

Retencija urina	Promazin, kvetiapin, olanzapin	Primjena kod osoba sa povećanom prostatom	Otežano mokrenje	Promjena lijeka
Paradoksalna dezinhibicija	Benzodiazepini	Primjena kod osoba s graničnim poremećajem ličnosti, te PTSP-om	Agitacija, agresivnost, iritabilnost, nesanica, uznemirenost, mišićni spazmi, čak i halucinacije	Ukidanje benzodiazepina i primjena drugih lijekova

*amisulprid, sulpirid, flufenazin, sertindol, klozapin, ziprasidon, metadon, antiaritmici skupina Ia i III,

Kod svih bolesnika koji akutno dobiju psihofarmake je potrebno kontrolirati krvni tlak i puls, te omogućiti uzimanje dovoljno tekućine.

Tablica 6. Kontraindikacije za primjenu pojedinih psihofarmaka

(osim preosjetljivosti na sastojke pripravka, što je zajednička kontraindikacija za sve pripravke)

Prilikom primjene psihofarmaka bitno je razmotriti postojanje eventualnih kontraindikacija za primjenu planiranog psihofarmaka, kao što prikazuje Tablica 6.

Psihofarmak	Kontraindikacije*
Diazepam**	Teška respiratorna ili jetrena insuficijencija**, sindrom apneje u snu; mijastenija gravis, intoksikacija depresorima središnjeg živčanog sustava. Prema FDA uputi, i akutni glaukom uskog kuta
Lorzepam	
Haloperidol	Parkinsonova bolest, teška depresija središnjeg živčanog sustava
Kvetiapin	Popratna primjena snažnih inhibitora CYP3A4
Olanzapin	Glaukom uskog kuta
Promazin	Depresija središnjeg živčanog sustava, feokromocitom, glaukom uskog kuta, depresija koštane srži

* za risperidon se ne navode druge kontraindikacije

**jetrena insuficijencija je kontraindikacija za diazepam

2. AGITIRANA STANJA KOD DEMENCIJA

Kod osoba starije životne dobi u pravilu se propisuju niže doze psihofarmaka tj. one se kreću u visini polovice ili čak treće preporučene doze za odrasle mlađe osobe.

3. AGITIRANA STANA KOD DELIRIJA

Agresivno ponašanje često je prisutno u bolesnika koji su razvili delirantna stanja različite etiologije. Delirij se definira kao akutno, prolazno, obično promjenljivo i reverzibilno stanje poremećaja pažnje, kognicije i stupnja svijesti. Riječ je o čestoj komplikaciji tijekom hospitalizacije u starijih bolesnika, a posebno su vulnerabilni bolesnici s neurokognitivnim poremećajima te bolesnici nakon velikih kirurških zahvata ili bolesnici kod kojih je potrebna primjena mehaničke ventilacije. Prevalencija delirija među ambulatnim pacijentima obično ne prelazi 0,4 – 11% . Učestalost razvoja delirija u hospitaliziranih pacijenata u dobi od 75 godina i starijih iznosi 7– 16% . Kod pacijenata koji se liječe operativno delirij se razvije u 14,8 – 25% slučajevi Procjenjuje se da je 12% do 39% svih slučajeva delirija uzrokovanih lijekovima i to su stanja koja se racionalnom primjenom psihofarmaka i drugih lijekova mogu prevenirati. U tom smislu ključna je uporaba lijekova koji prelaze krvno-moždanu barijeru i djeluju na navedene receptorske sustave. To se ponajviše odnosi na lijekove s antikolinergijskom učinkom (antagonisti muskarinskih M1, M2 receptora) neke benzodiazepine , antihistaminike (antagoniste H1, H2 receptora), opioidne analgetike , ali i na sve prisutnu polipragmaziju . Stariji su bolesnici posebno osjetljivi na antikolinergičke učinke lijekova koji, osim kognitivnih, često uzrokuju u starijih konstipaciju, zamućenje vida, retenciju urina, hipotenziju, te suhu usta. Lijekovi su najčešći reverzibilni uzroci delirija. Ako postoji sumnja na lijekovima uzrokovanom delirijom, nakon akutnog zbrinjavanja bolesnika, potrebno je identificirati lijekove koji mogu uzrokovati ili pogoršati delirij te ih ukinuti iz terapije. Potrebno je utvrditi svaku nedavnu promjenu u terapiji ili dozama lijekova. U procjeni ne treba zaboraviti primjenu lijekova koji ne idu na recept, biljnih pripravaka ili alkohola. Također treba istražiti i zlorabu lijekova (opioidi, benzodijazepini). Sve lijekove koji nisu nužno potrebni, posebno one s poznatim dopaminergičkim ili antikolinergičkim učinkom, treba isključiti iz terapije. Poznavanje čimbenika rizika za razvoj delirija te potencijala za antikolinergički i dopaminergički učinak lijekova, osnova je racionalnog propisivanja lijekova u starijih bolesnika i pomoći će u smanjenju rizika za razvoj delirija induciranih lijekovima.

4. MEDIKAMENTOZNO LIJEČENJE AGRESIVNIH STANJA UZROKOVANIH INTOKSIKACIJOM ALKOHOLOM I DRUGIM PSIHOAKTIVNIM SUPSTANCIJAMA

Agresivna stanja izazvana alkoholnom intoksikacijom

Primjenjuje se haloperidol u dozi od 5 do 10 mg i.m. Potrebno je provesti rehidraciju i regulirati glikemiju jer dehidracija i hipoglikemija mogu izazvati i pogoršati agresivno ponašanje.

Apstinencijski sindrom uzrokovan uzimanjem alkohola

Benzodiazepini ublažavaju psihomotornu agitaciju i sprečavaju daljnju progresiju simptoma apstinencije.

Prva linija liječenja je diazepam prema slijedećem rasporedu doziranja: 1. dan 40 mg (maksimalno 60 mg), 2 dan 30 mg, 3 dan 20 mg, 4 dan 10 mg. Ova terapija se primjenjuje u više dnevnih doza.

Također se mogu dati drugi benzodiazepini, najčešće lorazepam i klordiazepoksid. Kod ciroze jetre preporuka je diazepam zamijeniti lorazepamom, koji nema aktivnih metabolita. Prema literaturi u ovu se svrhu može primijeniti i oksaepam, iako se za njega u uputi navodi da je teško oštećenje jetre kontraindikacija za primjenu.

Klometiazol jednako efikasan kao diazepam namijenjen je kratkotrajnom liječenju u bolničkim uvjetima. Početna doza je 2 do 4 kapsule Uobičajena doza 1. dan je 9 do 12 kapsula podijeljeno u 3 do 4 doze. 2. dan 6- do 8 kapsula podijeljeno u 3 do 4 doze. 3. dan 4 do 6 kapsula podijeljeno u 3 do 4 doze 4 - 6. dan smanjenje doziranja do posljednje doze. Međutim, ovaj lijek se ne nalazi na hrvatskom tržištu. Naime, visoko je toksičan kod predoziranja, pri čemu je najopasnija respiratorna depresija. Stoga je uz njegovu primjenu potrebno kontinuirano pratiti bolesnika radi mogućnosti brze intervencije kod zastoja disanja.

U liječenje apstinencijskog sindroma također je potrebno uspostaviti elektrolitski balans (vrlo često se javljaju hipokalemija, hipomagnezemija i hipofosfatemija) jer može uzrokovati ili pogoršati agresivno, ali i somatsko stanje.

Kod Delirium tremens diazepam se daje iv, najčešće u obliku infuzije sa fiziološkom otopinom ili glukozom, mogu se dati doze i iznad 60 mg i do 200 mg i više, međutim samo kada se mogu pratiti vitalni parametri uz mogućnost brze intervencije u službama intenzivne skrbi.

Kod rezistentnog apstinencijskog sindroma mogu se dati barbiturati uz oprez, a također antipsihotici uglavnom se primjenjuje haloperidol, a može se primijeniti i olanzapin ili risperidon, također baklofen – GABA agonist, GHB, alkohol, pregabalin,

Nadalje, ovim bolesnicima treba primijeniti i vitamin B1 (tiamin) dozi od 100 mg, odnosno, tretirati ih kao da imaju početnu Wernickeovu encefalopatiju.

Liječenje agresivnog ponašanja kod intoksikacije i apstinencijskog sindroma kod zlorabe droga

Benzodijazepini: Intoksikacija Haloperidol 2,5-5 mg i.m. Apstinencijski sindrom

Diazepam 10-20 mg per os ili uz opreznu promjenu i.v.

GHB Intoksikacija Diazepam 5-10 mg 1v ili im Apstinencijski sindrom

Visoke doze diazepam 10-20 mg iv svaki 1-2 sata Eventualno haloperidol 2,5 -5 mg im.

Kokain Intoksikacija i apstinencijski sindrom: -Diazepam 5-10 mg i.v.

Izbjegavati antipsihotike

Opijati Intoksikacija Osobe koje su intoksicirane opijatima vrlo rijetko su agitirane ili agresivne.

Ako se ipak javi agresivnost vjerojatno je riječ o intoksikacija s više psihoaktivnih tvari

Apstinencijski sindrom – Diazepam 5-10 mg i.v. ili i.m. -Razmotriti davanje opijatskog agonista

Literatura

- Amodeo G, Fagiolini A, Sachs G, Erfurth A. Older and Newer Strategies for the Pharmacological Management of Agitation in Patients with Bipolar Disorder or Schizophrenia. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2017; 16(8):885-890.
- Bahji A, Bach P, Danilewitz M, Crockford D, El-Guebaly N, Devoe DJ, Saitz R. Comparative efficacy and safety of pharmacotherapies for alcohol withdrawal: a systematic review and network meta-analysis. *Addiction*. 2022;117(10):2591-2601.
- Chand PK, Panda U, Mahadevan J, Murthy P. Management of Alcohol Withdrawal Syndrome in Patients with Alcoholic Liver Disease. *J Clin Exp Hepatol*. 2022 Nov-Dec; 12(6):1527-1534
- Faustmann TJ, Paschali M, Kojda G, Schilbach L, Kamp D. Systematische Übersichtsarbeit Antipsychotische Behandlung des Alkoholentzugssyndroms: Fokus Delirium Tremens [Antipsychotic Treatment of Alcohol Withdrawal Syndrome with Focus on Delirium Tremens: a Systematic Review]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2025; 93(1-02):36-52.
- Hrvatske smjernice za liječenje shizofrenije, 2019.
<https://www.uptodate.com/contents/search>
- Lawrence RE, Bernstein A. Schizophrenia and Emergency Medicine. *Emerg Med Clin North Am*. 2024; 42(1):93-104.
- Matrone M, Cuomo A, De Filippis S, Fagiolini A, Amore M. Liquid antipsychotics in the management of psychomotor agitation: a focus on promazine. *Drugs Context*. 2024;13:2024-6-5.
- Mihaljević Peleš A, Šagud M. Psihofarmakologija, Medicinska Naklada, 2024.
- Mouaffak F, Ferreri F, Bourgin-Duchesnay J, Baloché E, Blin O, Vandel P, Garay RP, Vidailhet P, Corruble E, Llorca PM. Dosing antipsychotics in special populations of patients with schizophrenia: severe psychotic agitation, first psychotic episode and elderly patients. *Expert Opin Pharmacother*. 2021; 22(18):2507-2519.
- Paris G, Bighelli I, Deste G, Sifakis S, Schneider-Thoma J, Zhu Y, Davis JM, Vita A, Leucht S. Short-acting intramuscular second-generation antipsychotic drugs for acutely agitated patients with schizophrenia spectrum disorders. A systematic review and network meta-analysis. *Schizophr Res*. 2021;229:3-11.
- Zaman H, Sampson SJ, Beck AL, Sharma T, Clay FJ, Spyridi S, Zhao S, Gillies D. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 12(12):CD003079.

POPIS PRILOGA

Skala agresivnog ponašanja

Screening pitanja za procjenu rizika od agresivnog ponašanja

Procjena rizičnih i zaštitnih čimbenika agresivnog ponašanja

Procjena razine rizika i postupanje s rizikom

Vodič za dokumentiranje rizika

Poster. Upute za deeskalaciju

Screening rizika za nasilje (Violence risk screening V-RISK-10)

Brøset Violence skala (Brøset Violence Checklist, BVC)

Osobni plan prevencije agresivnog ponašanja

Farmakoterapija agitiranih i agresivnih stanja

LITERATURA

Appelbaum PS, Robbins PC, Monahan J. Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Am J Psychiatry*. 2000 Apr;157(4):566-72. doi: 10.1176/appi.ajp.157.4.566. PMID: 10739415.

Björkly S, Hartvig P, Heggen FA, Brauer H, Moger TA. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *Eur Psychiatry*. 2009 Sep;24(6):388-94. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.07.004. Epub 2009 Aug 28. PMID: 19716682.

Buchanan A, Binder R, Norko M, Swartz M. Psychiatric violence risk assessment. *Am J Psychiatry* 2012; 169: 340

Buchanan, A., Ph.D., [chair], Renee Binder, M.D., Michael Norko, M.D., and Marvin Swartz, M.D. Resource Document on Psychiatric Violence Risk Assessment https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Directories/Library-and-Archive/resource_documents/rd2011_violencerisk.pdf

Chaimowitz GA, Mamak M, Moulden HM, Furimsky I, Olagunju AT. Implementation of risk assessment tools in psychiatric services. *J Healthc Risk Manag*. 2020 Jul;40(1):33-43. doi: 10.1002/jhrm.21405. Epub 2020 Apr 16. PMID: 32301249

Davison SE. The management of violence in general psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005;11(5):362-370. doi:10.1192/apt.11.5.362

Dolan M, Doyle M. Violence risk prediction: Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *British Journal of Psychiatry*. 2000;177(4):303-311. doi:10.1192/bjp.177.4.303

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University

Fazel, S., Smith, E. N., Chang, Z., & Geddes, J. R. (2018). Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*, 213(4), 609-614. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.145>

Fazel S, Toynbee M, Ryland H, et al. Modifiable risk factors for inpatient violence in psychiatric hospital: prospective study and prediction model. *Psychological Medicine*. 2023;53(2):590-596. doi:10.1017/S0033291721002063

Hvidhjelm J, Sestoft D, Skovgaard LT, Bue Bjerne J. Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2014;68(8):536-542.

Koić E, Filaković, P Goreta, M; Magerle, A ; Mužinić, La Prikaz priručnika za procjenu rizika opasnosti od zlostavljanja u obitelji (SARA), nasilnosti (HCR-20) i seksualnog zlostavljanja (SVR-20) // Vještak (Zagreb), 25 (2005), 1; 167-189.

Laitano HV, Ely A, Sordi AO, Schuch FB, Pechansky F, Hartmann T, Hilgert JB, Wendland EM, Von Dimen L, Scherer JN, Calixto AM, Narvaez JCM, Ornell F, Kessler FHP. Anger and substance abuse: a systematic review and meta-analysis. *Braz J Psychiatry*. 2022 Jan-Feb;44(1):103-110. doi: 10.1590/1516-4446-2020-1133. PMID: 33605366; PMCID: PMC8827371.

Luck L, Jackson D, Usher K. STAMP: Components of observable behavior that indicate potential for patient violence in emergency departments. *J Adv Nurs*. 2007;59(1):11-19.

National Institute for Health and Care Excellence . Violence and aggression short-term management in mental health, health and community settings (updated edition). NICE guideline NG10. 2015. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/evidence/full-guideline-pdf-70830253>

National Collaborating Centre for Mental Health, UK . Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings. British Psychological Society. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26180871/>

Nijman HLJ , Muris P, Merckelbach, H, Palmstierna T, Wistedt B, Vos, Ans VM . van Rixtel, Allertj W. The Staff Observation Aggression Scale– Revised (SOAS-R) Aggressive Behavior, 25 1999 : 197-209.

Ogloff JR, Daffern M. The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behav Sci Law*. 2006;24(6):799-813

Otto R, Douglas K. *Handbook of Violence Risk Assessment*. Routledge, 2010.

Silverman JD, Kurtz SM, Draper J. *Skills for Communicating with Patients*. 2nd ed. Oxford: Radcliffe; 2005.

Smjernice za prevenciju prijema bez pristanka i primjene mjera prisile u psihijatrijskim ustanovama Klinika za psihijatriju Vrapče, Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju Hrvatsko psihijatrijsko društvo Zagreb 2021

Singh JP, Fazel S, Gueorguieva R, Buchanan A. Rates of violence in patients classified as high risk by structured risk assessment instruments. *Br J Psychiatry*. 2014 Mar;204(3):180-7

Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One*. 2013;8(2):e55942. doi: 10.1371/journal.pone.0055942. Epub 2013 Feb 13. Erratum in: *PLoS One*. 2013;8(9).

Wolf A, Whiting D, Fazel S. Violence prevention in psychiatry: an umbrella review of interventions in general and forensic psychiatry. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2017;28(5):659-673..

Woods P, Rasmussen K. The Broset Violence checklist: Sensitivity, specificity, and interrater reliability. *J Interpers Viol*. 2000;15(12):1284-1296.

Woods P, Almvik R. The Br̈set violence checklist (BVC) *Acta Psychiatr Scand* 2002: 106 (Suppl. 412): 103-105.