

# Dealing with Difficult Patients / Traiter les patients difficiles

Henry Olders, MD, FRCPC  
2015-07-14

## General principles for dealing with difficult patients who are cognitively intact

As caregivers, we often find ourselves extending ourselves for our patients, "going the extra mile". This works well when the patient is appreciative of our efforts: we feel good about ourselves. But if our efforts are not appreciated, we are less likely to feel good. And if the patient behaves as if he or she is owed that effort, we may begin to feel abused. When we feel abused, it is normal to get angry.

In fact, it is normal to get angry whenever somebody or something hurts or frightens us. Anger, like other emotions, arises spontaneously and instantly, and is not under our conscious control. Anger was built in by evolution because it allows a species to survive. It gives us the courage and energy necessary to overcome obstacles. Imagine what would happen if a mother does not have the capacity to get angry when, for example, a wild animal carries off her child!

Again like other emotions, anger is a stimulus for action. Anger, the emotion, leads to angry behaviour.

While anger at abusive patients is a perfectly normal emotion, and appropriate to the situation, angry behaviour on our part towards our patients is not acceptable. The problem here is that we may not be aware of our anger, and thus fail to see our behaviour towards the patient as angry behaviour.

Angry behaviour by caregivers can take many forms: being slow to respond to a call bell; failure to greet the patient appropriately; giving care without asking for consent; being rougher than we might otherwise be. Our tone of voice and choice of words can also be manifestations of angry behaviour.

## Principes généraux relatifs aux traitements des patients difficiles dont la fonction cognitive est intacte

En tant que soignant professionnel, nous devons souvent nous dévouer "corps et âme" pour nos patients. C'est très valorisant de savoir à quel point nos patients apprécient et qu'ils nous témoignent leur reconnaissance. Toutefois, ce n'est pas le cas pour tous les patients, certains d'entre eux tiennent pour acquis toute cette aide que nous leur offrons. Normal de s'emporter quand on sait que la colère naît de la frustration.

De plus, il est aussi normal d'éprouver de la colère chaque fois que quelqu'un ou quelque chose cherche à nous blesser ou nous effrayer. La colère, comme toute autre émotion, naît de façon spontanée et subite; en sorte une réaction involontaire de notre subconscient. Au fil du temps, la colère a permis la survie de l'espèce. Elle nous donne le courage et l'énergie nécessaires pour surmonter les obstacles. On a peine à imaginer ce qui pourrait survenir dans le cas d'une mère n'ayant pas la capacité d'éprouver un sentiment de colère, par exemple, si un animal sauvage devait s'emparer de son enfant!

Aussi, comme toute autre émotion, la colère incite à agir. La colère, sous forme d'émotion, déclenche des comportements de nature agressive.

Éprouver de la colère envers les patients qui ont des troubles de comportements abusifs est une réaction normale. Par contre, retourner cette agressivité à leur endroit est un geste inacceptable. La difficulté à reconnaître nos propres agissements agressifs envers le patient pourrait trouver son explication par le fait de ne pas toujours être conscient de cette colère qui nous habite.

La colère ressentie par le soignant professionnel peut se manifester de multiples façons telles : lenteur à répondre à une sonnette d'appel; accueillir le patient de façon inappropriée; donner des soins sans demander d'abord le consentement et faire preuve de rudesse excessive. Sans compter que notre ton de voix se veut également un signe d'un comportement agressif.

So how can we control our angry behaviour? Self-control improves with maturity and practice. But the reality is that angry behaviour is really very difficult to control. The reason for this can be found in what is called the “fight or flight response” to a threat.

The fight or flight response is a series of physiologic changes in our bodies that get us ready to either fight off an attacker, or run away if that is more prudent. Among other changes, such as an increase in heart rate, breathing, and blood pressure, the flow of blood is redirected away from some organs, such as the stomach and intestines, and towards others including the large muscles of the arms and the legs (necessary for fighting or running) and the skin (to enable better cooling while physical exertion levels are high). Less well known is that blood is also redirected away from the brain as part of the fight or flight response. That’s right, much of the brain is really unnecessary for fighting or running - the spinal cord and cerebellum can look after this on their own.

The consequence, then, of this reduced blood flow to the brain, is that we become temporarily stupid when angry. Our IQ drops! So making a decision about how to behave, what to do or what to say when we’re angry, is likely to lead to a poor outcome.

Is there anything that we can do to control angry behaviour if we have no control over our emotions, and anger weakens our capacity to think clearly?

Alors, comment pouvons-nous contrôler notre comportement colérique? La maîtrise de soi s'améliore avec de la maturité et de la pratique. Mais en réalité il n'en demeure pas moins qu'il est très difficile de contrôler un sentiment de colère; on pourrait expliquer ce phénomène par le fait que sous l'objet de la menace notre système se met en mode « combat ou fuite ».

La réaction de combat ou de fuite produit plusieurs changements physiologiques dans notre organisme et nous prépare soit à lutter contre un assaillant, ou nous incite à la prudence en prenant la fuite. D'autres changements peuvent être perceptibles soit l'augmentation de la fréquence cardiaque, la respiration et la pression artérielle. Le flux sanguin s'éloigne de certains organes, tels que l'estomac et les intestins, et se propulse plutôt vers les muscles principaux des bras et des jambes (essentiel pour combattre et courir) et vers la peau (permettant un meilleur refroidissement lors d'efforts physiques importants). Fait moins connu cependant est que le flux sanguin s'éloigne aussi des zones du cerveau en mode de combat ou fuite. En effet, une grande partie de celui-ci n'est pas sollicité en mode combat ou pour la course – seuls la moelle épinière et le cervelet le sont.

La réduction du flux sanguin vers le cerveau fait en sorte que nous nous comportons momentanément de manière ridicule sous l'effet de la colère. Notre niveau de quotient intellectuel (QI) baisse! Prendre des décisions sur la façon de se comporter, quoi faire ou quoi dire sous l'emprise de la colère est à éviter. Rappelez-vous que la colère est mauvaise conseillère!

Comment contrer un comportement colérique lorsque nous ne pouvons exercer un certain contrôle au niveau de nos propres émotions? Et qu'en est-il lorsque la colère nous envahit et affaiblit notre capacité à penser clairement?

The answer is: avoid the situations that get you angry. Learn to remove yourself from interactions that lead to anger, before you get angry. Thus, immediately when a patient starts to become abusive, we need to say "I'll come back when you're feeling better" and then leave. But we do need to come back after, say, five minutes, to see if the patient is "feeling better" and is ready to interact in a non-abusive way. If not, we repeat the same words and the same action (broken record technique).

Perhaps even more important is not going the extra mile for patients who will use it against us. Be scrupulously careful to not give more of ourselves for certain patients than we do for others, and also to not give less of ourselves.

If we fail to do this, we are likely to become angry at certain patients. Those patients will be able to detect our anger, even if they are not consciously aware of it, and will feel like victims of our angry behaviour. And they will be right, if we treat them less well than we would if we were not angry at them.

Attitudes are important. If we can accept our own anger as a normal response to being frightened or threatened, we need to accept that a patient's anger is also a normal response to a fear-inducing situation. And, as for ourselves, controlling the angry behaviour induced by anger can be very difficult for patients. But as caregivers we are expected to put effort and energy into avoiding those angry behaviours, mainly by avoiding situations which we know will make us angry.

We cannot change other people's behaviour, only our own. Thus, we need to develop a personal approach which we can apply consistently. It does not need to be the same as anyone else's approach, but it is necessary to be consistent, so the patient can learn what he needs to do (or not do) to get good and timely care.

La réponse : évitez les situations qui vous mettent en colère. Apprenez à vous éloigner des situations tendues lesquelles peuvent donner lieu à des incidents colériques, avant de vous mettre vous-même en colère. Aussi, dès que le patient démontre des signes de violence, abordez-le calmement. Vaut mieux utiliser des mots tels : « Je reviendrai quand vous vous sentirez mieux » et puis vous en aller. Après un délai de quelques minutes, retournez auprès de lui et assurez-vous qu'il « se sente mieux » et qu'il est maintenant plus conciliant. Si ce n'est pas concluant, on procède de nouveau en utilisant chaque fois les mêmes mots (technique bien connue sous le nom « broken record »).

Un autre volet tout aussi important consiste à ne pas se dévouer outre mesure, par exemple, dans le cas de certains patients qui pourraient tirer avantage de cette situation. Soyez également soucieux de l'attention que vous prodiguez à vos patients; il faut savoir garder un juste-milieu.

Ne pas tenir compte de ce conseil est passible de faire surgir en nous des sentiments de colère envers certains patients. Il ne faut pas oublier que ceux-ci peuvent ressentir nos états d'âme sans pour autant en être conscient. Ils se sentiront victimes de notre agressivité et auraient raison de croire qu'ils sont traités avec moins d'égards lorsque nous agissons sur le coup de la colère que lorsque nous sommes calmes.

Les attitudes sont importantes. Si nous pouvons accepter notre propre colère comme étant une réaction normale sur le coup de la peur ou de menace, nous devons également accepter que le patient puisse, lui aussi, éprouver de la colère dans un contexte menaçant. Devoir contrôler l'agressivité n'est pas une chose évidente autant pour nous que les patients. Mais en tant que soignant professionnel, il est de notre devoir de fournir tous les efforts et l'énergie nécessaires afin d'éviter des situations menant tout droit à des comportements agressifs de notre part.

Il va sans dire que nous n'exerçons aucun pouvoir pour modifier le comportement d'autrui, seulement le nôtre. D'où l'importance de développer une approche qui nous est propre (pas nécessairement une approche utilisée par d'autres) et l'utiliser de manière systématique. L'important est la régularité. Le patient sera alors en mesure d'apprendre ce qu'il doit faire (ou ne pas faire) afin d'obtenir des soins adéquats et de qualité auxquels il a droit.

We expect cognitively intact patients to take responsibility for their behaviour, as we do for our own behaviour. This principle has certain consequences:

- When a patient threatens us with physical violence (a criminal act) our response should be to call a code white.
- Hiding medication (for example, crushing it and giving it in juice or jam, without informing the patient) is a powerful message to ourselves that we are willing to take responsibility for that patient's behaviour, rather than the patient himself or herself (However, this may be appropriate with dementia patients).
- When a cognitively intact patient refuses medication or treatment, we need to acknowledge that they have the legal right to do so. Our responsibility is to ensure that their refusal is an informed refusal, ie they are aware of the possible consequences to their health of not accepting treatment. Normally, the person who orders the treatment is responsible for informing the patient.
- When a patient complains about us, we also need to acknowledge that they have a legal right to do so.
- It may be appropriate to explain to the patient how they can go about making a complaint, and even to help them do so (for example, offering to provide a pen and writing paper to a bedbound patient).

All of the above take planning and practice. For an individual caregiver, working with a partner or mentor can be very helpful in achieving a more objective perspective on which interactions with a given patient are helpful, and which are problematic. Team meetings can also enable caregivers to share information about strategies that work or don't work with certain patients.

Nous nous attendons de la part des patients dont la fonction cognitive est intacte qu'ils puissent assumer la responsabilité de leur comportement, à même titre que nous assumons le nôtre. Ce principe peut avoir des contre-coups par exemple:

- Quand un patient nous menace sous forme de violence physique (un acte criminel), nous devons lancer un appel en utilisant le code blanc.
- Cacher des médicaments (par exemple, soit en les écrasant, les ajoutant au jus ou les mélangeant dans la confiture du patient sans l'en informer au préalable) est un indice révélateur comme quoi nous nous portons responsables du comportement du patient et non l'inverse. (A noter cependant que ce moyen peut s'avérer utile chez les patients atteints de démence).
- Quand un patient dont la fonction cognitive est intacte refuse un médicament ou un traitement, nous devons reconnaître qu'il est dans son droit le plus légitime. Notre responsabilité à cet égard est de s'assurer que le patient est pleinement conscient des répercussions sur sa santé en refusant toute médication ou traitement. Généralement, la personne qui autorise le traitement du patient est la personne responsable de l'en informer.
- Lorsque le patient émet une plainte contre nous, nous devons également reconnaître qu'il a un droit légal de le faire.
- Dans le même ordre d'idée, expliquer au patient la procédure à suivre pour loger sa plainte et l'aider au besoin (en lui procurant un crayon et papier à lettre dans le cas, par exemple, d'un patient confiné au lit); pourrait être considéré une initiative appropriée dans les circonstances.

Tout ceci requiert à la fois une bonne planification et une bonne dose d'apprentissage. Si vous faites partie d'un personnel soignant qui travaille individuellement, recherchez l'appui et la collaboration d'un partenaire ou mentor. Ce faisant, vous aurez une vue d'ensemble éclairée sur les approches à privilégier avec certains patients. Nous sommes d'avis que les réunions d'équipe sont d'excellentes opportunités pour le partage des expériences et méthodes d'intervention propres à chacun, et qui ont fait leurs preuves.