



Przymus bezpośredni wobec dzieci i młodzieży w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej

*The use of physical restraint on children and adolescents
in mental hospitals and nursing homes*

IRENA NAMYSŁOWSKA

Z Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *Prezentowano podstawowe przesłanki i zasady stosowania przymusu bezpośredniego w wobec dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi przebywających w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej (red.).*

SUMMARY. *Basic assumptions and principles for the implementation of physical restraint on children and adolescents with mental disorders in psychiatric hospitals and nursing homes are presented (Ed.).*

Słowa kluczowe: zaburzenia psychiczne / przymus bezpośredni / dzieci i młodzież
Key words: mental disorders / physical restraint / children and adolescents

Tytuł powyższy może budzić negatywne emocje, wszyscy bowiem chcielibyśmy, aby nie było w ogóle konieczności stosowania przymusu bezpośredniego wobec dzieci i młodzieży w żadnych okolicznościach, a zwłaszcza w szpitalach.

Antagonistyczna postawa wobec stosowania przymusu w stosunku do osób tej grupy wiekowej wynika zapewne z przekonania o bezradności i wrażliwości charakteryzującej dzieci i młodzież, ich zależności od dorosłych oraz oporu, jakie budzi stosowanie siły wobec słabszych. Z drugiej strony, dotychczasowe doświadczenia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży wskazują, że stosowanie przymusu bezpośredniego w pewnych sytuacjach jest uzasadnione, a nawet konieczne.

Ze względu na to, że przymus bezpośredni jest najbardziej drastyczną formą pogwałcenia nietykalności osobistej pacjentów psychiatrycznych, a jego stosowanie zwłaszcza wobec małoletnich budzi zrozułmiałą niepokój opinii publicznej, zasady jego stosowania powinny być rygorystycznie przestrzegane.

Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wyróżnia następujące rodzaje przymusu bezpośredniego: przytrzymanie, przymusowe zastosowanie leków, unieruchomienie oraz izolację [4]. Te same, wymienione wyżej formy przymusu są stosowane zarówno wobec dzieci i młodzieży, jak i osób dorosłych, z tą różnicą, że izolacja ma miejsce częściej wobec małoletnich niż osób dorosłych [13]. Składa się na to kilka przyczyn. Izolacja jest najmniej drastyczną formą przymusu. Zastosowanie jej wobec dziecka lub dorastającego jest technicznie łatwiejsze niż wobec dorosłego. Oddziały psychiatrii rozwojowej są na ogół lepiej wyposażone niż szpitale dla dorosłych i posiadają odpowiednie pokoje do izolacji chorych, którzy tego wymagają.

Autorzy zajmujący się problematyką przymusu sądzą, że istnieje pewne podobieństwo pomiędzy stosowaniem środków przymusu, zwłaszcza pośredniego wobec dzieci i młodzieży hospitalizowanych psychiatrycznie a ograniczaniem swobody dziecka lub dorastającego w toku normalnego procesu socjalizacji [5]. Jest ono najbardziej widoczne w przypadku

izolacji i odsyłaniu dziecka do własnego pokoju „za karę”. Wspominam o tym, nie dlatego, aby usprawiedliwiać stosowanie przymusu bezpośredniego, lecz aby wskazać, że we wszystkich społeczeństwach i kulturach przyzwala się na stosowanie ograniczeń wolności dziecka celem ochrony go przed własnymi błędami i zaburzeniami samokontroli. Zdaniem niektórych psychiatrów dziecięcych żadna forma przymusu bezpośredniego nie powinna być stosowana wobec małoletnich. Często jednak zapominają oni, że wszystkie systemy wychowawcze uwzględniają różne ograniczenia, a w przypadku konieczności stosowania przymusu przekazują dzieci lub młodzież do innych instytucji, które dopuszczają takie postępowanie.

Gair [6] i inni autorzy [7, 14] odnotowują trudności z hospitalizacją niebezpiecznych małoletnich. Zakłady psychiatryczne podzielić można na dwie grupy. Do pierwszej należą te, które albo w ogóle nie przyjmują dzieci lub młodzieży zagrożonej utratą samokontroli lub wypisują ich, jeśli takie zachowania wystąpią. Do drugiej, mniej licznej, przynajmniej na Zachodzie, należą zakłady przygotowane na taką możliwość. W Polsce, jak się wydaje, istnieje podobna sytuacja. Nieliczne oddziały psychiatryczne dla dzieci i młodzieży są przygotowane na poradzenie sobie z całym spektrum zachowań wymagających kontroli i ograniczeń. W pozostałych, tolerowany jest tylko pewien stopień utraty kontroli, najczęściej związany z przemijającymi zaburzeniami psychotycznymi. Pacjenci z poważnymi, długotrwałymi zaburzeniami zachowania, często wynikającymi z organicznego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego (o.u.n.), przejawiającymi się agresją lub autoagresją, nie są do nich przyjmowani, lub są przeniesieni do oddziałów pierwszej grupy.

PRZESŁANKI STOSOWANIA PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO WOBEC DZIECI I MŁODZIEŻY

Gair [7] wymienia następujące zachowania dziecka lub dorastającego, które mogą

stwarzać podstawy do zastosowania przymusu bezpośredniego. Należą do nich:

- (1) zachowania autoagresywne,
- (2) fizyczne zagrożenie dla innych osób,
- (3) niszczenie cudzego mienia, np. wandalizm, podpalenia,
- (4) szczególnie nasilony stopień dezorganizacji oddziału przez chaotyczne zachowanie oraz
- (5) ucieczki i włóczęgostwo.

Trzy pierwsze kategorie zachowań nie różnią się od wskazań do stosowania przymusu bezpośredniego wymienionych w *Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego* [4]. Cztery i piąty punkt amerykańskiej listy wskazań stosowania przymusu nie mają swojego odpowiednika w prawodawstwie polskim.

Wymienione wyżej zachowania występują w różnych klinicznych kategoriach diagnostycznych. Najczęstsze z nich, to: psychozy schizofreniczne, zwłaszcza ostre zespoły urojeniowe i katatoniczne, depresja z nasilonymi myślami samobójczymi, stany pobudzenia psychoruchowego w przebiegu organicznego uszkodzenia o.u.n., psychozy w przebiegu nadużywania substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia zachowania. Jak widać z tego zestawienia kategorie diagnostyczne, które mogą stwarzać konieczność stosowania przymusu bezpośredniego wobec małoletnich są bardzo zbliżone do kategorii ludzi dorosłych. Wyjątek wydają się stanowić zaburzenia zachowania. Z tego powodu przymus bezpośredni wobec młodzieży w szpitalach psychiatrycznych stosowany jest znacznie częściej niż wobec dorosłych.

Opanowywanie nasilonej autoagresji i agresji wobec innych oraz niszczenia mienia przez stosowanie przymusu bezpośredniego lub izolacji zdają się budzić stosunkowo najmniej wątpliwości. W przypadku zachowań w poważny sposób dezorganizujących funkcjonowanie oddziału i powodujących trudności w leczeniu innych pacjentów, powinno rozważać się raczej izolację pacjenta niż unieruchomienie.

Ostatnia kategoria zachowań – ucieczki i włóczęgostwo – może stwarzać podstawy

do ograniczenia swobody młodocianych pacjentów psychotycznych, jeśli oddział jest otwarty, a samowolne oddalenie może zagrażać ich bezpieczeństwu. Zachowania takie mogą wystąpić w różnych kategoriach diagnostycznych, takich jak np. mania w przebiegu dwubiegunowej psychozy afektywnej. Towarzyszące jej często pobudzenie seksualne stwarza znaczne ryzyko wykorzystania młodej dziewczyny lub chłopca. Do tej grupy należą także zdeorganizowane zachowania pacjentów psychotycznych, a nawet zaburzenia odżywiania. Samowolne opuszczenie oddziału przez wyniszczoną fizycznie pacjentkę może poważnie zagrażać jej zdrowiu, a nawet życiu.

Podsumowując, należy zgodzić się z Gair [1984], że konieczność stosowania przymusu wobec hospitalizowanych małoletnich, a zwłaszcza młodzieży bywa nieunikniona i zdarza się podobnie często jak u dorosłych pacjentów. Analizując zachowania dzieci i młodzieży wymagające zastosowania jednej z form przymusu bezpośredniego stwierdzić można, że podstawową ich cechą jest narastająca utrata kontroli.

STOSOWANIE PRZYMUSU BEZPOŚREDNIEGO WOBEC DZIECI I MŁODZIEŻY W SZPITALACH PSYCHIATRYCZNYCH

Warto na początku zastanowić się nad tym, co różni przyjęcie do szpitala psychiatrycznego małoletnich i dorosłych. Osoby dorosłe wyrażają zgodę, albo są hospitalizowane wbrew ich woli. Przyjęcie młodzieży pomiędzy 16 a 18 r.ż. wymaga nie tylko zgody pacjenta, lecz również zgody przedstawiciela ustawowego, a w razie rozbieżności – zgody sądu opiekuńczego. Na przyjęcie dzieci poniżej 16 r.ż. zgodę wyraża tylko przedstawiciel ustawowy, a opieka nad dzieckiem zostaje przeniesiona na personel szpitalny.

W szpitalach psychiatrycznych wobec dzieci i młodzieży stosuje się wszystkie formy przymusu wymienione w *Ustawie o ochro-*

nie zdrowia psychicznego, tj. przytrzymanie, przymusowe podanie leków, unieruchomienie i izolację [6]. Najczęściej jednak stosowaną formą przymusu pośredniego jest odizolowanie dziecka lub nastolatka od pozostałych pacjentów w sytuacji wskazującej na zagrażającą utratę kontroli. Może ono odbywać się poprzez odesłanie pacjenta do sali szpitalnej i nakaz pozostawania w niej przez pewien czas przy otwartych drzwiach. Ta forma ograniczenia swobody małoletnich, przypominająca działania rodziców w normalnym procesie socjalizacji, bywa jednak nadużywana przez personel szpitalny. Postępowanie takie powinno być starannie dokumentowane, a wskazania ściśle określone.

Joshi i wsp. [9] twierdzą, że zamknięcie drzwi do pokoju, w którym przebywa pacjent wyznacza granicę przymusu bezpośredniego. Jeśli drzwi pozostają otwarte nie mamy do czynienia z tą formą przymusu. Ci sami autorzy są zdania, że częstość i czas trwania izolacji w przypadku pacjentów nieletnich zmniejsza się znacząco w miarę upływu czasu hospitalizacji. Z kolei Millstein i Cotton [12] uważają, że do czynników pozwalających przewidzieć konieczność zastosowania izolacji należą: wywiad w kierunku przemocy w rodzinie oraz neurologiczne i poznawcze zaburzenia u dziecka.

Izolację pacjenta w jego pokoju powinna poprzedzać próba uspokojenia werbalnego, a następnie próba posadzenia go na krzesło lub w fotelu. Drzwi są początkowo otwarte, a jeśli i te działania okażą się nieskuteczne, kolejnym etapem jest zamknięcie drzwi lub przeniesienia pacjenta do osobnej sali – „izolatki” lub „salki wyciszenia”.

Wydaje się, że w oddziałach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży stosunkowo najczęściej stosowana jest izolacja pacjenta w specjalnych pomieszczeniach. Różnią się one w zależności od możliwości instytucji psychiatrycznej. Czasami są to zwykłe pokoje z minimalną ilością całkowicie bezpiecznych sprzętów, a czasami nowoczesne „salki wyciszeń”, wyłożone miękkimi, niepalnymi

materiałami, w pełni zradiofonizowane, nie-rzadko umożliwiające słuchanie specjalnie dobranej muzyki. Zwykle sale te wyposażone są w kamery rejestrujące zachowania pacjenta, a monitory umożliwiające obserwację znajdują się w pokoju pielęgniarstwie.

W skąpej literaturze dotyczącej stosowania przymusu bezpośredniego wobec dzieci i młodzieży panuje zgoda co do tego, że odosobnienie pacjenta w tych pomieszczeniach jest stosunkowo najlepszą z form przymusu. Jej skuteczność zdaje się zależeć głównie od izolacji od bodźców zewnętrznych. Wśród najczęstszych błędów dotyczących tej formy przymusu wymienia się zbyt długi lub zbyt krótki czas odosobnienia. W obu przypadkach pacjent narażony jest na niepotrzebny, dodatkowy stres.

Wymienieni już wcześniej Joshi i wsp. [9] sądzą, że niekorzystną reakcją młodocianego pacjenta na zastosowanie izolacji można zmniejszyć oprowadzając pacjenta przed przyjęciem do oddziału, pokazując mu izolatkę i szczegółowo informując o zasadach jej stosowania.

Rodzaje przymusu bezpośredniego stosowanego wobec nieletnich nie różnią się od tych stosowanych wobec dorosłych. Pełne unieruchomienie przy pomocy pasów zabezpieczających jest bardziej drastyczną metodą przymusu bezpośredniego, a zasady jej są analogiczne do zasad unieruchamiania osób dorosłych. Warto dodać, że liczba wykwalifikowanego personelu dokonującego unieruchomienia dziecka jest mniejsze niż w przypadku osoby dorosłej, ale jednak unieruchomienie 7–8-latka w stanie znacznego pobudzenia psychoruchowego może wymagać obecności nawet pięciu osób.

Niektórzy sądzą, że w sprawach czasu trwania izolacji lub unieruchomienia decydujący głos powinny mieć pielęgniarki, bowiem one najczęściej wiedzą o zachowaniu pacjenta w oddziale, zwłaszcza gdy były już świadkami utraty przez niego samokontroli. Poza tym, na stopień kontroli chorego istotny wpływ ma rodzaj jego relacji z personelem. Mimo że formalne decyzje w tej kwestii

pozostają w rękach lekarza, to winien on konsultować się z personelem pielęgniarstwowym, zwłaszcza jeśli jest to lekarz dyżurny z oddziału innego niż pacjent.

Stosowanie przymusu bezpośredniego, zwłaszcza wobec dzieci i młodzieży wymaga uwzględnienia następujących zasad. Ten sam terapeuta podejmuje decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego, monitoruje jego przebieg i decyduje o zaprzestaniu przymusu. Warto dążyć do tego, aby w proces stosowania przymusu było włączonych jak najmniej osób, aby były to osoby znane pacjentowi i w miarę możliwości nie zmieniały się w trakcie stosowania przymusu. W wielu przypadkach realizacja tej zasady może napotykać na spore techniczne trudności, np. w trakcie godzin nocnych. Pacjenci powinni być także przekonani, że mogą liczyć na to, że personel pomoże im skontrolować impulsy autoagresywne i agresywne, nawet za pomocą stosowania przymusu bezpośredniego. Równocześnie muszą być pewni, że przymus bezpośredni nie będzie stosowany niepotrzebnie lub w przypadkach budzących wątpliwości, np. „za karę” lub w przypadku agresji słownej wobec personelu. Reguły stosowania przymusu powinny być pacjentom dobrze znane, a zachowania personelu przewidywalne i stałe. Zwykle na straży obu tych zasad stoi społeczność terapeutyczna oddziału.

Na zakończenie należy podkreślić, że stosowanie przymusu bezpośredniego wobec dzieci i młodzieży w oddziałach psychiatrycznych powinno być ostatecznością. Jeśli jednak takich sytuacji nie da się uniknąć, wszystkie obowiązujące przepisy powinny być rygorystycznie przestrzegane, a personel szpitalny przygotowany do pomocy pacjentom w zachowaniu godności w tej dramatycznej dla obu stron sytuacji. Równocześnie trzeba mieć świadomość tego, że na czas hospitalizacji powierzona jest personelowi opieka nad pacjentami i że oni sami oraz ich rodziny oczekują od personelu pomocy i ochrony przed impulsami autodestrukcyjnymi, agresywnymi i niszczyielskimi.

PRZYMUS BEZPOŚREDNI W DOMACH POMOCY SPOŁECZNEJ DLA UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO DZIECI I MŁODZIEŻY

W populacji osób upośledzonych umysłowo zaburzenia psychiczne występują 3–4 razy częściej niż w populacji ogólnej, a zaburzenia przystosowania są jednym z kryteriów diagnostycznych upośledzenia umysłowego [2, 3, 10, 11]. Zachowanie osób upośledzonych często jest tak niebezpieczne dla otoczenia i dla nich samych, że stosowanie przymusu bezpośredniego staje się nieuniknione. Agresja wymieniana jest w literaturze jako podstawowy problem towarzyszący upośledzeniu [10].

W zakładach opiekuńczych, takich jak np. domy pomocy społecznej, sytuacja jest szczególnie trudna. Duża liczba osób mieszkających na zbyt małej powierzchni powoduje stałą, nieplanową i niecelową stymulację, pogłębianą brakiem celowej aktywności, zajęć ruchowych, zbyt wczesnym chodzeniem spać. Sytuację pogarsza brak wykwalifikowanej kadry. Co więcej, do zakładów opiekuńczych trafiają osoby głębiej upośledzone, cierpiące na różnego typu wady fizyczne i choroby somatyczne, a także charakteryzujące się większym nieprzystosowaniem społecznym i częstszym występowaniem zaburzeń psychicznych [2, 3, 11, 13]. Z tych powodów zachowania agresywne, a zwłaszcza autodestrukcyjne, są bardzo częste. Oprócz napaści na współmieszkańców lub niszczenia wyposażenia domu, najczęstsze są akty autoagresji. Należą do nich: drapanie się do krwi, gryzienie kończyn, uszkodzenia gałek ocznych i małżowin usznych, uderzenie głową w twarde powierzchnie i inne.

Szczególnie niebezpieczne jest zjadanie przez dzieci różnego typu substancji. Pieluchy, opatrunki lub części garderoby stanowią istotne zagrożenie dla życia, ponieważ mogą przyczynić się do uduszenia. Stopień tych samouszkodzeń i ich uporczywość, mimo doznawanego bólu, znają tylko ci, którzy pracują w tego typu placówkach.

Przymus bezpośredni wobec osób głębiej upośledzonych jest niezbędny dla zapewnienia możliwości kontynuowania specyficznych, medycznych procedur leczniczych, takich jak opatrunki, szwy itp. Trudność w zrozumieniu celowości tych działań przez upośledzone dzieci powoduje często konieczność stosowania różnych form przymusu bezpośredniego. Najczęściej jest to częściowe unieruchomienie, np. samych dłoni, aby zapobiec zdzieraniu opatrunków lub zabezpieczenie głowy hełmem.

W domach pomocy społecznej dla osób głębiej upośledzonych mamy do czynienia z powtarzającymi się aktami zachowania agresywnego i autoagresywnego, często o charakterze stereotypowym. Co więcej, bardzo często agresja osób upośledzonych jest wyrazem frustracji związanej z trudnościami, jakie stwarzają im codzienne czynności, a także sposobem komunikowania się z otoczeniem poprzez zwracanie na siebie uwagi. Stąd, w bardzo wielu przypadkach przymus bezpośredni jako zabezpieczenie mieszkańców tych zakładów musi być stosowany w sposób ciągły, ponieważ możliwości uczenia się głęboko upośledzonych dzieci i młodzieży są ograniczone.

Stosowanie przymusu bezpośredniego wobec głębiej upośledzonych mieszkańców instytucji opiekuńczych pozostaje w bezpośredniej relacji z problemem wątpliwej skuteczności działań farmakologicznych. Z danych pochodzących z USA wynika, że co najmniej 55% osób upośledzonych umysłowo w różnego typu instytucjach przyjmuje środki psychotropowe [1, 9, 15]. Natomiast częstość występowania zaburzeń psychicznych u osób upośledzonych wg bardzo rzadkich, metodologicznie poprawnych badań wynosi od 24% do 38% [2, 3, 14]. Z tego wynika, że środki psychotropowe są stosowane celem kontroli sposobu kontrolowania nieprzystosowanych zachowań. Jednocześnie brak jest jednoznacznych danych wskazujących na skuteczność leków psychotropowych w tym zakresie. Co więcej, leki psychotropowe powodują wiele objawów

ubocznych, a przede wszystkim utrudniają proces uczenia się. Z tego powodu stosowanie „kaftana farmakologicznego” w kilku stanach USA, jak np. w Kalifornii, zostało uznane za bardziej szkodliwe niż stosowanie technik awersyjnych lub przymusu bezpośredniego [10].

Niektórzy autorzy, np. Wexler [16], zwracają uwagę na problem stosowania izolacji jako części programu behawioralnego, realizowanego głównie w instytucjach dla osób upośledzonych. Wexler sądzi, że stosowanie tej formy przymusu jest możliwe tylko wtedy, jeśli pacjent zagraża sobie lub innym. W przypadku innych zachowań stosowanie izolacji jest nieuzasadnione, nawet jeśli jest częścią planu terapeutycznego. Równie ważnym wydaje się być pogląd tego autora, że stosowanie izolacji po zakończeniu epizodu zachowań agresywnych lub autoagresywnych, jest także bezpodstawne.

Zastosowanie przymusu bezpośredniego wobec osób upośledzonych musi odbywać się na tych samych zasadach co wobec pacjentów w szpitalach psychiatrycznych, a prawna regulacja powinna być równie rygorystycznie przestrzegana. W praktyce sprawia to wiele kłopotów, zwłaszcza w godzinach popołudniowych i nocnych, ponieważ na dyżurze pozostaje jedna pielęgniarka na kilkudziesięciu mieszkańców. W tej sytuacji rzetelne dogłębne oglądanie kilkorga unieruchomionych dzieci może sprawiać istotną trudność.

Przed podjęciem decyzji o stosowaniu przymusu bezpośredniego, a zwłaszcza unieruchomienia, powinno dokonać się bardzo dokładnej analizy niepożądanego zachowania oraz podjąć próbę jego zażegnania w inny sposób. Zwłaszcza chodzi m. in. o zmianę warunków w otoczeniu, które może stanowić bezpośrednie źródło frustracji i stresu, prowadzących do agresji lub zachowań autodestrukcyjnych. Jeśli to nie pomoże, a zastosowanie przymusu jest nieuniknione, należy zadbać o bezpieczeństwo osoby unieruchomionej, zwłaszcza, że ona sama może stać się obiektem agresji innych, przed którymi nie może się bronić.

W zakładach dla osób głębiej upośledzonych niezwykle skuteczne wydają się być wszelkie formy izolacji, które bardzo szybko, poprzez redukcję liczby bodźców, przynoszą poprawę. W jednym z domów pomocy społecznej w Warszawie, wprowadzenie nowoczesnego pokoju wyciszeń z kamerami monitorującymi zachowanie chorych pozwoliło nie tylko drastycznie ograniczyć liczbę unieruchomień, ale także zmniejszyć częstość stosowanych środków psychotropowych.

Na zakończenie, raz jeszcze chcę podkreślić, że nie da się uniknąć stosowania przymusu bezpośredniego wobec dzieci i młodzieży w szpitalach psychiatrycznych i w domach pomocy społecznej. Wszelkimi siłami należy jednak dążyć do ograniczenia jego stosowania do niezbędnego minimum i rygorystycznie przestrzegać obowiązujących przepisów. Personel szpitalny w momencie stosowania przymusu bezpośredniego powinien zawsze pamiętać o konieczności pomocy pacjentom w zachowaniu godności w tej tak trudnej dla obu stron sytuacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Aman M.: Psychoactive drugs in mental retardation. W: Matson J.L., Andrasik K. (red.): Treatment Issues and Innovations in Mental Retardation. Plenum, New York 1980.
2. Bueno M.: Mental Deficiency. Concept, epidemiology and preventive measures. W: Seva A. (red.): European Handbook of Psychiatry. Anthopos, Barcelona 1991, 1507–1522.
3. Corbett J.A.: Mental retardation: Psychiatric aspects. W: Rutter M., Hersov L. (red.): Child and Adolescent Psychiatry. Modern Approaches. Blackwell Scientific Pub., Oxford 1991, 661–678.
4. Dąbrowski S., Pietrzykowski J.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. IPiN, Warszawa 1997.
5. Dorr D.: The need to understand discipline. W: Dorr D., Zax M., Bonner J.W. (red.):

- The Psychology of Discipline. Intern. Univ. Press, New York 1983.
6. Gair D.S.: Limit-setting and seclusion in the psychiatric hospital. *Psychiatric Opinion* 1980, 17, 15–19.
 7. Gair D.S.: Guidelines for children and adolescents. W: Tardiff K. (red.): *The Psychiatric Uses of Seclusion and Restrain*. Am. Psychiatric Press, Inc. Washington DC 1984, 69–85.
 8. Jakubczyk J., Żechowski C.: Zasada rzeczywistości w terapii psychoz. *Psychoterapia* 1997, 2(101), 39–43.
 9. Joshi P.T., Ghuman H.S., Wilmoth E.E.: Seclusion, ETC and hydrotherapy. W: Ghuman H.S., Sarles R.M. (red.): *Handbook of Adolescent inpatient psychiatric treatment*. Brunner Mazel Publ., New York 1994.
 10. Kuehnel T.G., Slama K.M.: Guidelines for developmentally disabled. W: Tardiff K. (red.): *The Psychiatric Uses of Seclusion and Restrain*. Am. Psychiatric Press, Inc. Washington DC 1984, 87–101.
 11. Kaplan H.I., Sadock J.: *Psychiatria kliniczna*. Wyd. I polskie (red. S. Sidorowicz). Urban & Partner, Wrocław 1995, 193–223.
 12. Millstein K.H., Cotton N.S.: Predictors of the use of seclusion on an inpatient child psychiatric unit. *Am. J. Child. Adolesc. Psychiatry* 1990, 29, 2, 256–264.
 13. Plutchik R., Karasu T.B., Conte H.R., Seigel B., Jerrerr I.: Toward a rationale for the seclusion process. *J. Neur. Ment. Dis.* 1978, 166, 571–579.
 14. Steinberg D.: *Basic Adolescent Psychiatry*. Blackwell Scientific Publ., Oxford 1987.
 15. Tardiff K.: A survey of drugs used in the management of assaultive patients. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law* 1983, 11, 215–222.
 16. Wexler D.B.: Seclusion and restrain. Lessons from law, psychiatry and psychology. *Int. J. Law Psychiatry* 1982, 5, 3/4, 285–294.

*Adres: Prof. Irena Namysłowska, Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*