



Agresja pacjentów placówek psychiatrycznych

Aggression of patients psychiatric institutions

MAŁGORZATA KOSTECKA, MARIA ŻARDECKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Warszawie

STRESZCZENIE. Scharakteryzowano znaczenie agresji przejawianej przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, cechy sprawców i ofiar zachowań agresywnych oraz typowe okoliczności w jakich do nich dochodzi. Omówiono też podstawowe sposoby ograniczania ryzyka wystąpienia agresji (red.).

SUMMARY. The role of aggression manifested by persons with mental disorders, characteristics of aggressive behavior perpetrators and victims, as well as typical circumstances of aggression release are discussed. Moreover, basic strategies allowing to reduce the risk of aggressive behavior are outlined (Ed.).

Słowa kluczowe: zaburzenia psychiczne / agresja
Key words: mental disorders / aggression

Jednym z najbardziej drastycznych i niezadko dramatycznych problemów psychiatrycznych są agresywne zachowania pacjentów. Psychiatria pojawia się jako temat w mediach najczęściej właśnie z racji tragicznych wydarzeń, będących konsekwencją aktów agresji ludzi chorych psychicznie, wywołując w następstwie lękowe i odrzucające postawy otoczenia.

Nie tylko opinia publiczna, ale i personel instytucji psychiatrycznych – przynajmniej w warunkach polskich – reaguje najczęściej lękiem i jest mało przygotowany do profesjonalnego radzenia sobie z agresywnymi zachowaniami pacjentów. Podstawowa strategia podejmowana wobec takich zachowań polega na działaniu, mającym na celu ich natychmiastowe stłumienie na drodze farmakologicznej, bądź mechanicznej (uniieruchomienie lub izolacja). Działanie nastawione jest na doraźne rozwiązanie sytuacji na zasadzie „tu i teraz”. Najczęściej nie uwzględnia się całego jej kontekstu – przebiegu sytuacji, jej okoliczności, czynników prowokujących, prognozy na przyszłość. Skuteczność takiego doraźnego rozwiązania

stwarza dla stosującego je personelu pozór panowania nad sytuacją; jest rodzajem nieświadomego mechanizmu obronnego – mechanizmu wyparcia.

Bezradność personelu psychiatrycznego wobec agresji dobrze ilustrują liczne mity, które na ten temat powstały. Jakże są to mity, czyli utrwalone przekonania, nie zweryfikowane żadnymi badaniami, a obowiązujące powszechnie w świadomości społecznej?

Wymienić można kilka:

- chory psychicznie – to człowiek zachowujący się z reguły agresywnie, gwałtownie, któremu szaleństwo wręcz dodaje siły,
- agresja jest znacznie częstsza wśród chorych, niż wśród zdrowych; praca na psychiatrii jest z tego powodu niebezpieczna,
- psychiatra powinien przewidzieć niebezpieczne zachowania pacjentów; jeżeli mają one miejsce (zwłaszcza po wypisie pacjenta ze szpitala) – świadczą o niedbalstwie, złym przygotowaniu profesjonalnym psychiatry,
- radzenie sobie z agresją pacjentów polega na ich izolowaniu.

Dodać można do nich jeszcze kilka innych, występujących na terenie instytucji psychiatrycznych, oddających sposób myślenia personelu:

-
- dobry kontakt z pacjentem chroni przed jego agresją,
 - ofiarami agresji są najczęściej osoby reagujące lękiem,
 - „dobry” oddział to oddział, gdzie nie ma agresji,
 - mniej zachowań agresywnych zdarza się w oddziałach koedukacyjnych.
-

Temat mitów, dotyczących agresji, spotkać można również w literaturze przedmiotu [14]. Poza niektórymi z wyżej wymienionych, przytoczyć można jeszcze następujące:

-
- agresywna osoba chora psychicznie pozbawiona jest możliwości kontrolowania się,
 - stosowanie unieruchomień zmniejsza agresję,
 - dobra praca personelu jest tożsama ze skutecznym panowaniem nad pacjentami,
 - konflikty wśród personelu nasilają agresję pacjentów.
-

Stwierdzenia te, dosyć powszechne i ugruntowane, są w różnym stopniu prawdziwe. Niektóre z nich warto byłoby zweryfikować empirycznie, a niektóre były już sprawdzane. Natomiast większość rezultatów badań nie ma jednoznacznego charakteru.

Badania nad agresją najczęściej dotyczą agresji rozumianej jako akt agresji fizycznej. Akt ten nie zawsze jest bliżej określony, a przecież mogą to być działania bardzo różne – od trywialnych, takich jak rozbicie talerza, po dramatyczne, takie jak ciężkie uszkodzenie ciała czy zabójstwo.

Zachowania agresywne mogą mieć charakter jednorazowy, incydentalny, bądź chroniczny. Mogą wynikać z agresywnych cech osobowości lub być np. spełnieniem halucynowanych, destrukcyjnych nakazów. Za-

wsze zdarzają się w określonym, niepowtarzalnym kontekście sytuacyjnym.

Rozmaitość wymienionych cech i okoliczności jest tak duża i tak trudna do zoperacjonalizowania w badaniach, że na ogół opierają się one na daleko idących uproszczeniach. Wnioski z badań na temat agresji trudno jest w związku z tym uogólniać; trudno również byłoby stworzyć jednolitą koncepcję zjawiska agresji na terenie psychiatrii. Agresja jest zjawiskiem zdecydowanie niejednorodnym i wobec tego nie ma również jednolitego sposobu radzenia sobie z nią.

Najważniejsze kierunki badań z omawianego zakresu grupują się wokół następujących problemów:

- charakterystyka osoby agresywnej,
- charakterystyka ofiary agresji,
- okoliczności agresji,
- ocena ryzyka agresji, czy inaczej – możliwość przewidywania wystąpienia agresji,
- postępowanie redukujące agresję,
- pomiar agresywności.

Poniżej omówione zostaną niektóre z nich.

CHARAKTERYSTYKA OSOBY AGRESYWNEJ

W literaturze dokonuje się analizy cech osoby zachowującej się agresywnie pod kątem psychopatologii (rozpoznanie, objawy) i cech demograficzno-społecznych [7, 10, 19]. Jeśli wziąć pod uwagę rozpoznanie, jak wynika z wielu badań, czynów agresywnych dopuszczają się głównie chorzy na schizofrenię, kolejno – osoby z rozpoznaniem zespołu psychoorganicznego, wreszcie – pacjenci z zaburzeniami osobowości [11].

Z analizy danych demograficznych i społecznych wynika, że typowy pacjent agresywny – to młody, niezonaaty mężczyzna, z niskim wykształceniem i niższym statusie społecznym, niż status rodziny pochodzeniowej [23]. Wśród pacjentów hospitalizowanych częściej zachowują się agresywnie osoby z niskim poziomem neuroleptyku we krwi [23].

Bardziej przydatna, bo dostarczająca praktycznych wskazówek co do postępowania,

wydaje się analiza psychologiczna osoby skłonnej do agresji [5]. Bardzo często jest to osoba z historią rozlicznych niepowodzeń, poniżeń, upokorzeń, odrzuceń i – w konsekwencji – z niską samoocena. Cechuje ją nadwrażliwość na wszelkie przejawy krytyki, chęci podporządkowania, lekceważenia ze strony otoczenia. Nierzadko jest to następstwem nadmiernie surowego wychowania w dzieciństwie. Wykazuje słabą możliwość kontroli impulsów, spowodowaną niedojrzałością mechanizmów kontroli, niekiedy na skutek uszkodzenia organicznego mózgu, czasem w związku z psychozą.

Symptomy poprzedzające wybuch łatwo zauważyć w zachowaniu pacjenta [5]: narastające napięcie, niemożność usiedzenia na miejscu, podniesiony głos, charakterystyczna mimika i pantomimika, żywa gra naczyniowa, utrudniony kontakt, niereagowanie na perswazję. Czasami rzucają się w oczy objawy lęku poprzedzającego atak.

CHARAKTERYSTYKA OFIARY AGRESJI

Badania nad obiektami napaści dotyczą głównie statystyk i analiz aktów agresywnych wobec personelu psychiatrycznego. Zastanawiające – ale i nie do komentowania w niniejszym tekście – jest pomijanie na ogół możliwości agresji, zdarzającej się między pacjentami, która przecież stanowi istotny element codzienności każdego oddziału psychiatrycznego.

Agresywność pacjentów wobec personelu badana była przede wszystkim pod kątem ryzyka zawodowego osób pracujących na psychiatrii. Jak wspomniano, jeden z funkcjonujących mitów to przekonanie, że praca w psychiatrii jest szczególnie niebezpieczna dla personelu. Rozprawiają się z nim wyniki szwedzkich badań Ekbloma [3], obejmujące dużą populację i długi okres badawczy. Ekblom próbował określić ryzyko zawodowe personelu psychiatrycznego w porównaniu z ryzykiem innych grup zawodowych. Z dziesięcioletnich badań okazało się, że jest ono minimalne.

Wymieniana w literaturze częstość aktów agresji jest tak różna, że nie będziemy jej przytaczać. Zacytować można polskie badania Woronowicza [22], z których wynika, że w każdym razie najczęściej atakowany jest personel, mający bezpośredni i częsty kontakt z pacjentami: salowe, sanitariusze, pielęgniarki, asystentki pielęgniarstwa.

Częstość tych napaści jest na ogół zaniżana w danych statystycznych w wyniku nie dość dokładnej dokumentacji i to zaniżana bardzo znacząco – z prac Liona wynika np., że aż pięciokrotnie [13].

Analizując do psychologicznej cech napastnika i tu również pożyteczne wydaje się przeprowadzenie analizy cech ofiary. Częściej atakowane są osoby z dużą skłonnością do irytacji, werbalnego wyrażania złości i otwarcie agresywnie fizycznie [17], intruzywne. Ważne znaczenie ma osobisty sposób działania – czy właściwie styl relacji z pacjentem. Chodzi zwłaszcza o umiejętność stawiania ograniczeń wobec agresji i ich egzekwowanie [12]. Powinno się to robić w sposób jasny, czytelny i zrozumiały dla pacjenta, jednoznaczny i konsekwentny, a równocześnie z empatią.

Ważna jest umiejętność panowania nad sobą i zdolność do obiektywnego odbioru sytuacji, nie zniekształconego przez własne emocje [18].

OKOLICZNOŚCI ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH

Okoliczności pojawiania się zachowań agresywnych najprościej jest badać pod kątem cech oddziału. I tak okazało się, że agresja jest częstsza w oddziałach o dużym zatłoczeniu [16] i małej liczbie lekarzy. Wbrew oczekiwaniom – jest również częstsza w oddziałach koedukacyjnych [9].

Badano związek płci personelu z ilością ataków ze strony pacjentów – wyniki w tym zakresie są sprzeczne. Wg niektórych badań brak męskiego personelu przeciwdziała skutecznie agresji w oddziale [6], wg innych – jest wręcz odwrotnie [2].

Przyczyną napaści może być również małe doświadczenie i brak szkolenia w zakresie radzenia sobie z agresją. Po odbyciu odpowiedniego szkolenia personel był wyraźnie rzadziej atakowany w porównaniu z osobami nieszkolonymi [8].

Dużo mniej badań dotyczy związków rozpowszechnienia agresji z programem i atmosferą oddziału. Zacytować tu można szwedzkie badania Friisa [4]. Wynika z nich, że ład i organizacja w oddziale korelowały z niskim poziomem napięcia. Ważnym elementem jest stopień przejrzystości programu. W oddziałach o dużej przejrzystości rzadziej dochodzi do napięć wśród personelu, czego konsekwencją jest mniejszy poziom lęku i agresywności pacjentów. Ważne jest dostosowanie cech oddziału do charakterystyki psychologicznej leczonych w nim pacjentów, np. ustrukturalizowanie oddziału, stałość, przewidywalność rozkładu dnia i czynności personelu, nieprzeciążanie bodźcami w oddziale z dużą ilością pacjentów schizofrenicznych.

Badano również zależność agresji od pory dnia oraz jej związek z etapem leczenia. Najczęściej agresja zdarza się bezpośrednio przed hospitalizacją [21], następnie rozpowszechnienie zmniejsza się – po raz pierwszy bezpośrednio po przyjęciu, następnie – w ok. 10 dni po nim [1]. Ma to najprawdopodobniej związek z leczeniem neuroleptycznym.

Pory dnia o największym nasileniu agresji – to pory, w których jest najwięcej personelu, czyli godziny przedpołudniowe [9].

Na nasilenie agresji niewątpliwie wpływ mają również cechy interakcji: personel – pacjenci. Zdarza się ona w sytuacjach przeżywanych przez pacjenta jako frustracja; drugi typ sytuacji to zaskakiwanie pacjenta naruszeniem jego przestrzeni prywatnej [5].

W JAKI SPOSÓB MOŻNA OGRANICZYĆ RYZYKO AGRESJI

Odpowiedź na to pytanie poniekąd zawarta jest w przytoczonych rozważaniach na temat uwarunkowań agresji.

Sumując – zapobiega agresji zarówno jasność struktury, klarowność programu oddziału, jak i wyszkolenie oraz konsekwentne, przejrzyste dla pacjentów, zachowanie personelu.

Zacytuujemy tu opis charakterystyki oddziału za Friisem [4]:

„zalecany jest model społeczności leczniczo-terapeutycznej. W modelu tym medyczny nacisk na rolę diagnozowania, indywidualnej terapii, leczenia biologicznego i zamkniętych drzwi łączy się ze zmodyfikowaną wersją społeczności terapeutycznej, cechującą się otwartą strukturą, zebraniem społeczności i terapią grupową. Jest to zapewne połączenie najlepszych elementów obydwu tradycji... Model ten zapewnia dobrą komunikację – bardzo ważną zaletę – a równocześnie zmniejsza ryzyko ukrytych konfliktów personelu. Połączenie otwartej komunikacji i przejrzystej struktury pozwala również zmniejszyć niepewność, brak zaufania u pacjentów. Model ten okaże się zapewne bardzo skuteczny w hamowaniu wzrostu przemocy...”

Społeczność lecznicza jest modelem kreującym atmosferę partnerstwa, pewnego zatarcia granic między personelem a pacjentami, atmosferę, w której – w odbiorze pacjentów – reguły są mało czytelne. Dobrym przykładem jest tu sposób ubierania się personelu. Brak fartuchów może nasilać dezorientację pacjentów, a elementy prywatnego ubrania mogą drażnić i prowokować (np. kolorem, podkreśleniem kobiecości). Stąd w oddziałach o większym ryzyku agresji zalecane byłyby uniformy dla personelu.

Bardzo trafne wydają się postulaty Underlanda [20] co do cech środowiska, w którym prawdopodobieństwo agresji jest małe. Postulaty autora dotyczą:

- *personelu* – powinien być odpowiednio liczny i odpowiednio przygotowany. Ważnym elementem tego przygotowania jest umiejętność radzenia sobie z agresją i wyładowywaniem impulsów; każdy członek personelu powinien umieć opanowywać własną agresję. Niejednokrot-

nie w sytuacji agresji konieczny jest udział dodatkowego personelu profesjonalnie przygotowanego,

- *warunków oddziału* – muszą one umożliwiać łatwą komunikację i kontrolę. Wskazane jest wyposażenie oddziału w system alarmowy i alarmy osobiste,
- *przepisów* – konieczne jest sformułowanie instrukcji dotyczących postępowania wobec napaści i standardowej rejestracji aktów agresji. Oprócz wymienionych, które autor nazywa warunkami systemowymi, konieczne jest również dysponowanie odpowiednią wiedzą teoretyczną i umiejętnościami praktycznymi.

widualnej interakcji z pacjentem potencjalnie agresywnym. Dotyczą one zaleceń dla lekarza w oddziale psychiatrycznym, ale z powodzeniem można je uogólnić dla wszystkich członków personelu i innych warunków:

1. Korzystne jest *przywitanie pacjenta w sposób formalny*, przy użyciu zwrotów grzecznościowych i tytułów. Należy starannie wytłumaczyć sytuację. Może to przyczynić się do utrzymania psychologicznej bariery i podwyższenia samooceny pacjenta. Dla uniknięcia wybuchu agresji lekarz powinien mówić normalnym tonem, poruszać się powoli, najlepiej siedzieć. Należy uszanować „przestrzeń osobistą” chorego, tzn. nie siadać zbyt blisko. Warto przyjąć postawę bierną, nie zagrażającą. Chory powinien mieć czas na sformułowanie myśli, należy unikać przerywania jego wypowiedzi. Należy trzymać ręce w polu widzenia pacjenta i nie odwracać się do niego plecami.
2. Rozmowa powinna odbywać się w dość odosobnionym i cichym pomieszczeniu, jednakże *przy drzwiach otwartych*, by obie strony miały „drogę odwrotu”. W pokoju powinien panować porządek, nie powinny znajdować się w nim przedmioty, mogące służyć jako broń.
3. Często korzystne jest *zaoferowanie czegoś do jedzenia lub picia*. Stanowi to sygnał gotowości do pomocy i sposób okazania troski dla chorego, lecz może również nasilić jego podejrzliwość. Tego rodzaju metody wykorzystują często funkcjonariusze policji, by skłonić ludzi do mówienia.
4. Należy *używać języka potocznego*, nie zaś intelektualnego. Wyrafinowane słownictwo może podkreślić dystans społeczny i nasilić uczucie niższości u chorego. Należy unikać słów pochodzenia obcego, jeżeli pacjenci nie mówią w tym języku. Problem doboru właściwego języka może okazać się kluczowy dla nawiązania kontaktu z chorym.
5. Nie należy wykorzystywać sytuacji umożliwiających wykazanie przewagi fizycznej

Wiedza powinna obejmować znajomość teoretycznego modelu agresji, a także instrukcji dotyczących interwencji w przypadku agresywnego zachowania pacjenta. W takiej sytuacji „cały personel powinien skoncentrować się na tej osobie. Nikt nie powinien wychodzić do toalety, odbierać telefonów, czy załatwiać innych spraw, byle tylko uniknąć uczestniczenia w napiętej sytuacji” [20].

W oddziale powinno się regularnie przeprowadzać ćwiczenia dotyczące zachowania się wobec gróźb lub agresji – najlepiej na przykładzie konkretnych zajęć. W sytuacjach realnych poziom lęku jest na ogół tak duży, iż uniemożliwia uczenie się. Szkolenie połączone z odgrywaniem ról powinno obejmować następujące umiejętności: podjęcie do pacjenta agresywnego i przytrzymywanie go, opisywanie doznań osoby przytrzymywanej lub unieruchamianej, unieruchamianie, składanie raportów o aktach przemocy.

Doświadczenie personelu stwarza szansę większego opanowania wobec agresji i stosowania przymusu w możliwie najłagodniejszy sposób. Personel oddziału powinien również mieć możliwość przedyskutowania osobistych odczuć, związanych z uczestnictwem w opanowywaniu agresji.

Warte przytoczenia są sformułowane przez Gunby'ego [5] strategie terapeutyczne w indy-

- lub psychologicznej, czy też władzy urzędowej. Pacjent powinien mieć *możliwość dokonywania wyboru*. Uczucie bezradności i odebranie prawa do decydowania o sobie może prowokować reakcje agresywne.
6. Lekarz powinien pacjenta *wysłuchiwać w sposób nie osądzający*, wyrażać współczucie i zrozumienie, lecz równocześnie unikać wciągnięcia w urojenia chorego.
 7. Obecność kobiety w pomieszczeniu może zmniejszyć obawy pacjenta przed aktami agresji ze strony terapeuty, zwłaszcza wtedy, gdy chory boi się napaści homoseksualnych. *Obecność drobnej kobiety* może stanowić najlepszy sposób zapobiegania rozładowaniu agresywnych impulsów pacjenta. Obecność rodziny lub przyjaciół może wywierać taki sam wpływ, lecz bywa, że ma wręcz przeciwne skutki.
 8. W rozmowie należy *trzymać się aktualnej sytuacji*. Nie należy przedstawiać skomplikowanych interpretacji, lecz bezpośrednio dawać wyraz swej opinii o bieżącej sytuacji. Jeżeli odczuwa się lęk, należy to powiedzieć. Jeśli pacjent jest ciągle niepokojny, pomocne może okazać się wyjaśnienie, jakie są obiekty jego agresji oraz podkreślenie, że lekarz nie stanowi naturalnego celu przemocy. Należy okazać choremu, że oczekuje się od niego, iż zdoła powściągnąć swój temperament.
 9. *Propozycja podania leków* w celu ułatwienia zapanowania nad sobą może zostać odczytana jako prowokacja. Należy składać ją dopiero wówczas, gdy stanie się jasne, iż rozmowa sama w sobie nie przyniesie choremu spodziewanej ulgi. Przy składaniu takiej propozycji powinny być obecne osoby czuwające nad porządkiem.
 10. W miarę możliwości przy prowadzeniu rozmów, mogących doprowadzić do zachowań agresywnych, powinno się *stosować wypracowane procedury*. Należy rozważyć, czy lekarz powinien rozmawiać z chorym na osobności, czy w obecności osób trzecich. Decyzja zależy od
- tego, jak dobrze zna się pacjenta i jakie tematy chce się poruszać w rozmowie. Do zachowań agresywnych dochodzi często w sytuacjach, gdy choremu narzuca się ograniczenia – gdy odmawia się mu np. wizyt, przepustek, czy wolnych wyjść. Należy zadbać, by w takich przypadkach na wezwanie mogły stawić się osoby pomocne w opanowaniu agresji chorego.
11. *Nie należy odgrywać „bohatera”* i radzić sobie samemu. Prócz wystawiania się lekarza na niepotrzebne ryzyko, stanowi to sygnał wyłamywania się z otoczenia terapeutycznego, którego kluczowe cechy są bardzo istotne w radzeniu sobie z pacjentami o podobnych tendencjach” [5].
- Zjawisko agresji w szpitalach psychiatrycznych jest zjawiskiem trwałym, nieuchronnym, niemożliwym do całkowitego wyeliminowania. Zadaniem personelu jest natomiast zmniejszenie jego rozmiarów, w tych wszystkich wymiarach, w których zależy ono od własnych emocji, zachowań, postaw. Do tego właśnie służyć powinno m. in. szkolenie w radzeniu sobie z agresją. Powinno być ono obowiązkowe, powtarzane, traktowane analogicznie do szkolenia w reanimacji.

PIŚMIENNICTWO

1. Bursten B.: Using mechanical restraints on acutely disturbed psychiatric patients. *Hosp. Community Psychiatry* 1976, 26, 757–759.
2. Convertino K., Pinto R.P., Fiester A.R.: Use of inpatient seclusion at a Community Mental Health Center. *Hosp. Community Psychiatry* 1980, 31, 848–850.
3. Ekblom B.: Acts of violence by patients in mental hospitals. *Almqvist Wiksells Boktrycken AB, Uppsala* 1970.
4. Friis S.: Jakże jest znaczenie otoczenia terapeutycznego dla występowania przemocy w oddziałach psychiatrycznych. W: *Agresja w instytucjach psychiatrycznych. Materiały z sympozjum*. Oslo 1990.
5. Gunby B.: Jak nawiązywać kontakt z agresywnym pacjentem? W: *Agresja w instytucjach psychiatrycznych. Materiały z sympozjum*. Oslo 1990.

6. Gutheil T.G.: Inpatient seclusion: additional references, another possible interpretation of the data. *Hosp. Community Psychiatry* 1981, 32, 350.
7. Harris G.T., Rice M.E.: Risk appraisal and management of violent behavior. *Psychiatr. Serv.* 1997, 48, 1168–1176.
8. Infantino J.A., Sen-Yoni Mustingo: Assaults and injuries among staff with and without training in aggression control techniques. *Hosp. Community Psychiatry* 1985, 36, 1312–1314.
9. Kostecka M., Żardecka M.: Stosowanie unieruchomień w warszawskich szpitalach psychiatrycznych przed i po wprowadzeniu w życie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. *Psychiatr. Pol.* 1997, 6, 691–701.
10. Krakowski M., Czobor P.: Violence in psychiatric patients: The role of psychosis, frontal lobe impairment and ward turmoil. *Compr. Psychiatry* 1997, 38, 4, 230–236.
11. Krakowski M., Volavka J., Brizer D.: Psychopathology and violence: a review of literature. *Compr. Psychiatry* 1986, 27, 131–148.
12. Lancee W.J., Gallop R., Mc Cay E., Toner B.: The relationship between nurses limit – setting styles and anger in psychiatric inpatients. *Psychiatr. Serv.* 1995, 46, 6, 609–613.
13. Lion J.R., Snyder W., Merril G.L.: Underreporting of assaults on staff in a state hospital. *Hosp. Community Psychiatry* 1991, 32, 497–498.
14. Morisson E.E.: Toward a better understanding of violence in psychiatric settings: debunking the myths. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 1993, 7, 6, 328–335.
15. Omerov M.: Dyskusja panelowa. W: *Agresja w instytucjach psychiatrycznych. Materiały z sympozjum. Oslo 1990.*
16. Palmstierna T., Huitfeldt B., Wistedt B.: The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Hosp. Community Psychiatry* 1991, 42, 12, 1237–1240.
17. Ruben J., Wolkon G., Yamamoto T.: Physical attacks on psychiatric residents by patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1980, 168, 243–245.
18. Stevenson S.: Heading of violence with verbal de-escalation. *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.* 1991, 29, 9, 6–10.
19. Tardiff K.: Characteristics of assaultive patients in private hospitals. *Am. J. Psychiatry* 1984, 141, 1231–1234.
20. Underland O.: Jak tworzyć otoczenie terapeutyczne, w którym można uporać się z przemocą, wyładowywaniem impulsów i groźbami. W: *Agresja w instytucjach psychiatrycznych. Materiały z sympozjum. Oslo 1990.*
21. Werner P.D., Rose T.L., Yesavage J.A., Seeman K.: Psychiatrist judgements of dangerousness in patients on an acute care unit. *Am. J. Psychiatry* 1986, 141, 263–266.
22. Woronowicz W.: Wypadki przy pracy spowodowane przez agresywne zachowania pacjentów w szpitalach psychiatrycznych. *Pol. Tyg. Lek.* 1986, 41, 305–309.
23. Yesavage J.A.: Inpatient violence and the schizophrenic patient: an inverse correlation between danger-related events and the neuroleptic levels. *Biol. Psychiatry* 1982, 17, 1331–1337.

*Adres: Dr Małgorzata Kostecka, I Klinika Psychiatryczna AM,
ul. Nowoiejska 27, Warszawa*