

# Wybrane aspekty przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych

*Selected aspects of direct coercion in mental hospitals*

RYSZARD RUTKOWSKI

Z: Pracowni Psychologicznej Szkoły Głównej Służby Pożarniczej w Warszawie

**STRESZCZENIE.** Praca przedstawia wybrane poglądy i oraz przegląd badań empirycznych na temat stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych (red.).

**SUMMARY.** The paper presents selected opinions and a review of empirical research on the use of direct coercion in mental hospitals (Eds.).

**Słowa kluczowe:** psychiatria / przymus bezpośredni  
**Key words:** psychiatry / direct coercion

Wbrew oczekiwaniom i przewidywaniom, przymus bezpośredni nie został wyeliminowany z praktyki psychiatrycznej i ciągle mało poznane są zakres, okoliczności i warunki jego stosowania.

## DEFINICJE I ROZMIARY STOSOWANIA PRZYMUSU

Zgodnie z treścią obowiązującej Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji [106]. W rozporządzeniu resortowym wydanym z delegacji tej ustawy zdefiniowano wymienione formy przymusu bezpośredniego następująco:

**przytrzymanie** jest doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej; **przymusowe zastosowanie leków** jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu osoby - bez jej zgody; **unieruchomienie** jest dłuższym trwającym obezwładnieniem osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa;

izolacja polega na umieszczeniu osoby pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu.

W piśmiennictwie obcojęzycznym opisywano głównie dwie ostatnie jego formy, tzn. izolację (*seclusion*) i unieruchomienie, dla którego najczęstszym synonimem było określenie *mechanical restraint* lub *physical restraint*.

Największą populację objęły badania Carpentera i wsp. [11], bo aż 23261 pacjentów z 19 szpitali, u których przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia lub izolacji zastosowano w 3.3% badanych przypadków w okresie jednego miesiąca. Niewiele mniejszą liczbę pacjentów, bo 22985 osób z 31 szpitali Nowego Jorku, badał Way [109], który także w czasie miesiąca stwierdził stosowanie unieruchomień i izolacji u 5.4% osób. Badania Tardiffa [101] objęły 5580 osób szpitala stanowego i w ciągu miesiąca ujawniły użycie przymusu bezpośredniego u 11% pacjentów, wliczając w to unieruchomienia - 1.9%, przymusowe podanie leków - 5.5% i wzmożony nadzór (*one to one*) - 3.6%.

W prospektywnych badaniach Dąbrowskiego i wsp. [14] w siedmiu szpitalach rejon-

wych uwzględniano trzy typy przymusu bezpośredniego: doraźna interwencja z użyciem siły fizycznej lub leków oraz pomocy policji, unieruchomienie mechaniczne, groźba użycia przemocy. Rejestrowano ich używanie w 4 etapach postępowania z pacjentami: w drodze do szpitala, w przejściu z izby przyjęć do oddziałów, w ciągu 48 godzin po przyjęciu i przez kolejne 12 dni, czyli do 14 dnia hospitalizacji. Ustalono, że wymienione formy przymusu bezpośredniego zastosowano u 29.7% osób przyjętych i hospitalizowanych w ciągu 14 dni, tzn. razem 2091 pacjentów. W pierwszej fazie najczęstszą formą interwencji było przytrzymanie pacjentów (55%), a unieruchamianie stosowano najrzadziej (3.4%). W drugiej fazie odsetek unieruchomionych pacjentów wzrósł do 16.1%. Wreszcie w fazie trzeciej unieruchomienia stały się dominującym typem interwencji, bo obejmowały 48.3% pacjentów. Natomiast w fazie czwartej najczęściej stosowano przymusowe podanie leków (41.5%), przy dość wysokim odsetku osób unieruchomionych (38.8%). Jednak odnosząc liczbę pacjentów unieruchomionych w III i IV fazie, do ogólnej liczby wszystkich rodzajów przymusu bezpośredniego, to odsetek osób unieruchomionych w III fazie wynosił 8.2%, a w IV fazie obniżył się do 4.7%.

Phillips i Nasr [67] w oddziale przyjęciowym stwierdzili zastosowanie unieruchomienia lub izolacji u 51% pacjentów. Z kolei Soloff, w pracy ze szpitala wojskowego, wykazał, że tylko 3.6% pacjentów było przynajmniej raz unieruchomionych w trakcie hospitalizacji [90]. Ten sam autor w pracy ze szpitala klinicznego zarejestrował 10.5% pacjentów w izolacji [91]. Według Wellsa [112], obserwacje czynione w szpitalu klinicznym ujawniły 4% pacjentów przebywających w izolacji. Wadeson (szpital kliniczny) odnotował, że 66% chorych było izolowanych, przy czym nie stosowano tam farmakoterapii w okresie moratorium diagnostycznego trwającego do 2-3 tygodni [107]. Schwab (szpital kliniczny), również w oddziale, gdzie nie stosowano u większości pacjentów farmakoterapii

natychmiast po przyjęciu, stwierdził izolację w 36.6% przypadków [83]. Mattson [57] w szpitalu prywatnym z przyjęciami wyłącznie dobrowolnymi, ujawnił izolację 7.2% pacjentów. W badaniach Plutchik i wsp. [66] przeprowadzonych w szpitalu komunalnym, odsetek izolowanych pacjentów sięgał 26%. Oldham (szpital kliniczny) stwierdził izolację 18% pacjentów [63]. W badaniach Bindera w klinicznym oddziale kryzysowych interwencji stwierdzono 44% izolowanych pacjentów [6]. Convertino (szpital komunalny) ujawnił 21% izolowanych pacjentów z analizowanej grupy [13]. Garrison [31] dokonał analizy 1747 agresywnych zachowań pacjentów w oddziale psychiatrii dziecięcej. Personel stosował w takich przypadkach: unieruchomienie - 35.3%, izolację - 32.9%, unieruchomienie w izolacji - 17.6%.

## KLINICZNE ASPEKTY STOSOWANIA UNIERUCHOMIENI

Rosen i Digiacomò [75] szerzej scharakteryzowali unieruchomienia pacjentów, jako metodę leczniczą, dla której można określić zakres wskazań, przeciwwskazań oraz przebieg i powikłania. Wśród wskazań wymieniono: pobudzenie pacjenta wynikające z przeżyć psychopatologicznych, psychotyczną regresję chorego, zamącenie podniecenie chorego przy ograniczeniu możliwości podawania leków psychotropowych ze względu na schorzenia somatyczne, psychotyczne obniżenie tolerancji chorego na stymulację zewnętrzną i życzenie osoby chorej psychicznie. Za przeciwwskazane uznano użycie unieruchomienia jako kary za takie lub inne postawy pacjenta lub w wyniku frustracji personelu. Unieruchomienie nie powinno być stosowane w leczeniu pacjentów z niepsychotycznymi odchyleniami psychicznymi, chyba że doraźnie, na minimalny czas, w celu kontroli nagłej sytuacji, jeśli nie wynika to z trwałych zaburzeń zachowania społecznego pacjenta. Główną przesłanką fizycznej interwencji ma być potrzeba chronienia pacjenta przed ewentualnością szkód fizycznych i psychicznych z po-

wodu jego gwałtownego zachowania, jeżeli nie może być ono skutecznie kontrolowane technikami psychosocjalnymi lub lekami. Unieruchomienie odznacza się natychmiastową skutecznością, co pozwala chronić chorego, zanim pojawi się działanie leków psychotropowych, a potem umożliwia bardziej ściśle stosowanie leków i kontrolę ich tolerancji. Sta-je się wreszcie nieodzowne w diagnostyce i terapii psychoz objawowych nie tylko w oddziałach psychiatrycznych, ale przede wszystkim w różnych oddziałach medycyny somatycznej i miejscach intensywnej opieki oraz terapii. Podobne podejście przedstawiają inni autorzy [9,10,32,34,103,113].

Wśród powikłań najpoważniejsze są rozmaite skutki somatyczne, chociaż w obserwowanych zgonach nie ujawniono szczególnego wpływu unieruchomienia na zejścia śmiertelne [52,113]. Ujemnym efektem psychologicznym może być utrata poczucia własnej wartości u pacjenta lub regresja psychiczna ze skłonnością do "ucieczki w pasy". Trudno jednak uznać unieruchomienie za bardziej restrykcyjne lub mniej humanitarne, niż izolacja, intensywna farmakoterapia czy umieszczenie w oddziale zamkniętym [38,70,75]. Powyższe podejście było jak gdyby kontynuacją historycznego kojarzenia fizycznego krępowania z aktywnością opiekuńczo-leczniczą w stosunku do osób hospitalizowanych z powodu psychoz [10,53].

Nie tak rzadko zdarzają się agresywne działania pacjentów przeciwko innym chorym i personelowi z poważnymi i tragicznymi następstwami u poszkodowanych [43,56,71,114,117]. Z pierwszych badań wykonanych w kraju przez Woronowicza [117] wynikało, że w latach 1975-1977 prawie 20% wypadków w zakładach psychiatrycznych zostało spowodowanych agresywnymi zachowaniami pacjentów. Sprawcami byli najczęściej młodzi mężczyźni z rozpoznaniem schizofrenii lub padaczki. Poszkodowanymi były zwykle pielęgniarki i asystentki pielęgniarskie oraz salowe i sanitariusze podczas wykonywania zabiegów i czynności pielęgnacyjnych bez zgo-

dy chorych oraz podczas unieruchamiania pacjentów i przeciwdziałaniu ich oddaleniom.

W związku z tym Guirguis [39] stwierdza, że psychiatrzy są zmuszeni do tworzenia ochrony dla pacjentów, personelu, a także dóbr materialnych i programów terapeutycznych. Przyczyn agresji pacjentów należy upatrywać także w zakłóconych relacjach między pacjentami a członkami różnych grup personelu. Trzeba pamiętać, że krzywda pacjenta w toku unieruchamiania może przesądzać o jego dalszej agresji. Ponadto, możliwe jest nie tylko przyzwyczajenie pacjenta ze skłonnościami masochistycznymi do poddawania się unieruchamianiu, ale także nawykowa rutynizacja działań personelu w praktyce unieruchamiania oraz niebezpieczeństwo karania pacjentów z powodu konfliktów własnych, tj. w obrębie grupy personelu.

Badania Soloffa [92] potwierdzają, że unieruchamianie wypływa w praktyce zarówno z okoliczności terapeutycznych, jak i ochronnych. Wśród osób unieruchamianych 64.3% pacjentów miało rozpoznanie psychozy, a pozostali (35.7%) - zaburzeń niepsychotycznych. Pacjenci psychotyczni byli zdecydowanie częściej unieruchamiani z powodu zachowań niegwałtownych (naruszenie regulaminu, niedostosowane zachowanie) niż gwałtownych (agresja przeciwko sobie lub otoczeniu). Pacjenci niepsychotyczni byli jednakowo często unieruchamiani z powodu zachowań niegwałtownych i gwałtownych. Pacjenci psychotyczni częściej byli unieruchamiani w pierwszym okresie hospitalizacji, a pacjenci niepsychotyczni - jednakowo często w trakcie całego pobytu w szpitalu.

W opinii Mendela i wsp. [59] często można by uniknąć unieruchomień, gdyby personel był odpowiednio szkolony w zakresie postępowania z pacjentami ze skłonnościami do gwałtownych napaści. Mogłoby to także zmniejszać frustracje personelu związane ze stosowaniem przymusu bezpośredniego [55,76].

Badania Tardiffa [101] obejmowały dość dużą, ale specyficzną populację, ponieważ

70.7% pacjentów przebywało w szpitalu ponad 10 lat, a dalsze 17.5% - od 2 do 10 lat. Przeważały tam osoby powyżej 55 roku życia i z rozpoznaniem schizofrenii. Kontroli zachowania podlegali tam istotnie częściej pacjenci młodszy, krócej hospitalizowani (poniżej 2 lat pobytu) oraz z diagnozą upośledzenia umysłowego i innych niepsychotycznych zaburzeń psychicznych.

Zdecydowanie inny charakter miały prospective badania Dąbrowskiego i wsp. [14], bowiem ukierunkowane były na okoliczności kierowania i przyjmowania pacjentów do szpitali. Stwierdzono, że w momencie przyjmowania około 50.4% pacjentów stwarzało bezpośrednie zagrożenie dla siebie lub dla otoczenia. Po 14 dniach hospitalizacji odsetek tak ocenianych pacjentów zmalał do 17.3%. Właśnie wobec tej grupy "niebezpiecznych przy przyjęciu" stosowano przymus bezpośredni 3,7 do 6,2 razy częściej niż wobec pozostałych. Podobnie częściej stosowano przymus bezpośredni wobec pacjentów, którzy protestowali przeciwko hospitalizacji. Wśród osób unieruchamianych przeważali pacjenci z rozpoznaniem psychoz i upośledzeniem umysłowym. Istotne różnice w stosowaniu przymusu bezpośredniego między poszczególnymi szpitalami oraz używanie go wobec osób niezagrażających sobie lub otoczeniu sugeruje, w opinii autorów, możliwość znacznego wpływu postaw personelu na częstość praktyk przymusowych.

## KLINICZNE ASPEKTY STOSOWANIA IZOLACJI

Gutheil [40] pisze, że nie można rozpatrywać izolacji tylko w aspekcie kontroli zachowania pacjenta i naruszania jego praw cywilnych. Takie podejście wynikało z ponurej legendy izolacji z czasów psychiatrii detencyjnej i obecnie nie jest zasadne. Izolacja jest bezpieczną i efektywną formą terapeutycznej interwencji, jeżeli stanowi integralną część programu uwzględniającego kliniczną ocenę pacjenta i jego monitorowanie przez kompetentny i wrażliwy personel. *Teoria izolacji* opiera się

na trzech "zasadach": opanowania, izolacji i zmniejszenia dopływu bodźców zmysłowych.

**opanowanie** (powstrzymanie) - zmierza do ograniczenie ruchów pacjenta do miejsca, które jest bezpieczne dla pacjenta i przynosi również bezpieczeństwo oddziałowi.

**izolacja** oznacza wyrwanie pacjenta z przykrych interpersonalnych więzi, co następuje właśnie w "oazie izolacji"

**zmniejszenie zmysłowego obciążenia** wynika z ciszy pomieszczeń służących izolacji. Monotonia bodźców ma niwelować dysonanse hiperstrezji psychotycznej i tonizować samopoczucie pacjenta.

O taką izolację pacjenci sami proszą, ale na przeszkodzie stoją regulacje prawne, traktujące ją jako procedurę wyjątkową i przymusową.

Alternatywy izolacji mogą mieć charakter administracyjny (przeniesienie pacjenta do innego oddziału), interpersonalny (konfrontacja pacjenta z zespołem informującym go o kontroli jego zachowania), somatyczny (elektrowstrząsy i leki psychotropowe).

Niezbyt często u niektórych pacjentów występują powikłania w postaci nasilonego poczucia porzucenia, albo "zazdrości izolacji". W praktyce codziennej szpitala psychiatrycznego niezbędna jest stała czujność, aby umieszczenie pacjenta w izolatce nie wiązało się z nieuzasadnionym ograniczeniem jego wielorakich potrzeb życiowych, na co wskazywał już Connolly półtora wieku temu [12]. Z przeglądu piśmiennictwa o skutkach deprywacji sensorycznej w izolacji psychiatrycznej i więziennej wynika, że tu i tam jest prawdopodobieństwo wystąpienia powikłań psychologicznych i psychopatologicznych, mimo bardzo odmiennych warunków i bardzo zróżnicowanej odporności ludzi [36,98]. Ze skromnych danych Wellsa [112] wynika, że "większość" izolowanych osób miała rozpoznane psychozy, a przyczynami izolacji były gwałtowne zachowania pacjentów lub potrzeba podania im leków.

W materiale Mattsona [57] 80% izolowanych pacjentów rozpoznawano psychozy

(schizofrenię, manię), a pozostali pacjenci zaburzenia niepsychotyczne. Najczęściej przyczyną izolacji były naruszenia regulaminu (bieganie, krzykliwość itp.) - 34,4% i zachowania niebezpieczne dla ludzi lub przedmiotów - 43,9%. Nie stwierdzano poprawy stanu psychicznego pacjentów w izolatkach wskutek samego przerwania stymulacji środowiska, ani faktów świadczących o tym, by skutkiem deprywacji sensorycznej były jakiegokolwiek powikłania. Dlatego izolatka powinna być przede wszystkim miejscem intensywnego leczenia, bo izolacja sama w sobie nie jest środkiem terapeutycznym. Dodatkowe problemy stwarza fakt, że ponad połowa pacjentów izolowanych wykazywała napastliwe zachowania w trakcie izolacji, co także dowodzi, iż samo izolowanie nie jest wystarczającą metodą kontroli bardziej gwałtownych zachowań chorych. Zastanawiał fakt ewidentnego zubożenia zapisów dokumentacji pacjentów izolowanych. Być może rodowód tych braków i białych plam w literaturze psychiatrycznej w kwestii przymusu bezpośredniego jest taki sam, przypuszczają Mattson i Sacks [57].

W badaniach Schwaba i Lahmeyerera [83], w oddziale stosującym diagnostykę bezlekową u większości przyjmowanych pacjentów, ponad 50% izolowanych zdradzało zaburzenia psychotyczne. Liczba izolacji wahała się od 1 do 24 razy u jednego pacjenta, przy czym większość, bo 63% pacjentów, była izolowana raz. Przyczynami izolacji były najczęściej: potrzeba destymulacji - 28%, stan pobudzenia i utrata kontroli - 33%, napaść na innych i groźba napaści - 10%. Wśród osób izolowanych przeważali pacjenci młodzi, dłużej hospitalizowani, wymagający farmakoterapii oraz z rozpoznaniem schizofrenii, manii i psychoz organicznych. W izolatce część pacjentów była dodatkowo unieruchamiana. Częstość stosowania izolacji nie była zależna od wieku i doświadczenia pielęgniarek. W ocenie autorów, izolacja jest skutecznym elementem opieki nad pacjentami, bowiem umożliwia opanowanie zachowania pacjenta, zmniejszenie ob-

ciążeń sensorycznych i ochronę oddziału przed pobudzonymi pacjentami.

W badaniach Bindera [6] częstość użycia izolacji podwyższały takie czynniki, jak: młody wiek pacjenta, diagnoza schizofrenii i czas bezpośrednio po przyjęciu pacjenta (pierwsza doba). Pacjenci przebywali w izolacji od 1 do 74 godzin, a przeciętny czas separacji wynosił 15,7 godziny. Oldham i wsp. [63] ustalili, że częstość izolacji pozostawała w uchwytnej zależności od młodego wieku pacjentów, uprzednich hospitalizacji, przyjęć bez zgody i diagnozy psychozy maniakalnej, średni czas izolacji był tutaj krótszy i wynosił 3 godziny. Natomiast w badaniach Convertino i wsp. [13] nie uchwycono zależności między częstością stosowania izolacji a charakterystyką kliniczną i demograficzną pacjentów, średni czas izolacji wynosił 6,7 godziny.

W prospektywnych badaniach Soloffa i wsp. [91] stwierdzono, że izolacja była stosowana w 66,3% epizodów zagrażającego zachowania pacjentów i w 33,7% epizodów niezagrażającego zachowania. Częstość stosowania izolacji pozostawała w istotnym związku z przewlekłością choroby, rasą i przyjęciem bez zgody. Natomiast rodzaj diagnozy, wiek, płeć i czas trwania hospitalizacji nie były czynnikami podnoszącymi prawdopodobieństwo zastosowania izolacji. Ponadto, czas trwania izolacji i jej typ (otwarta - zamknięta) nie były zależne ani od zmiennych demograficznych i prawnych, ani od rodzaju zaburzeń psychicznych pacjentów. Zdaniem autorów, świadczy to o dużej arbitralności decyzji personelu w stosowaniu izolacji i potrzebie tworzenia ściślejszych kryteriów jej używania. Izolacja osób z psychozami zdarzała się częściej w dni powszednie, gdy personel był w optymalnej liczbie, co sugeruje, że przyczyny izolacji tkwią też w relacjach między personelem a pacjentami. Częstsze izolowanie chorych przewlekłe mogło wynikać z tego, że personel pamiętał agresywne zachowania tych chorych w przeszłości i przewidywał podobne czyny w toku kolejnej hospitalizacji.

Nieco inne wyniki przedstawili Plutchik i wsp. [66], bo grupa izolowanych pacjentów różniła się od nieizolowanych tylko częstszym występowaniem schizofrenii, a nie znaleziono różnic między pozostałymi zmiennymi charakteryzującymi chorych. Izolacja była częściej stosowana w ciągu dnia, rzadziej wieczorem i najrzadziej w nocy. Bezpośrednimi powodami izolacji tylko w 50% przypadków były zachowania gwałtowne lub agresywne. Analizy postaw personelu ujawniły, że w przekonaniu personelu profesjonalnego i pomocniczego, izolacja służy głównie oddziałowi, a w opinii pielęgniarek, służy pacjentom. Za niezbędną w pracy oddziału uznano izolację 67% personelu pomocniczego, a opinię tę podzielało 57% pielęgniarek i 30% profesjonalistów. Większość pacjentów (60%) uznała, że izolacja pomagała im w uspokajaniu się, ale jednocześnie przeżywali przykrości i frustracje z powodu umieszczenia ich w izolatkach. Inni autorzy potwierdzali, że znaczna część pacjentów przeżywa zastosowanie wobec nich przymusu bezpośredniego w sposób dramatycznie traumatyzujący [36,98].

Analiza twórczości plastycznej pacjentów, którzy byli izolowani, przeprowadzona przez Wadeson i wsp. [107], przemawia za tym, że doświadczenia związane z izolacją są bardzo głębokie, przeważnie przykre i trwałe. U niektórych pacjentów pamięć hospitalizacji i przebytych zaburzeń psychicznych była głównie wypełniona wspomnieniami izolacji.

Z kolei Fitzgerald i Long [29] opisali negatywne przeżycia i przykrości personelu, jakich doświadczały zwłaszcza pielęgniarki z powodu drastycznego pozbawienia praw swoich pacjentów. Przeżycia te obniżały zawodową samoocenę pielęgniarek i ich poczucie własnej wartości. Nasilenie tych przykrości i ich negatywnych skutków było większe u pielęgniarek krótko pracujących i u tych, które były ofiarami napaści ze strony pacjentów [1,55,59,65,76].

Wracając do pracy Plutchika i wsp. [66], zdaniem jej autorów, stosowanie izolacji w ciągu dnia może świadczyć o zakłóceniach

związanych z indywidualną i grupową psychoterapią (w oddziałach stosujących głównie farmakoterapię, izolacja pozostaje tylko formą kryzysowej interwencji). Problemem szczególnym jest arbitralność decyzji personelu o izolowaniu pacjentów, zwłaszcza w przypadkach ich odmowy brania udziału w zajęciach lub opuszczających oddział. Dla zmniejszenia tej arbitralności zaproponowano rozważenie przydatności modelu etologicznego izolacji i modelu *time out*. W etologicznym modelu oddział może być dostrzegany jako naturalna podgrupa społeczna, która sama dla siebie określi zasady współegzystencji i współpracy oraz realizacji zadań. Model *time out* polega na behawioralnej procedurze postępowania z pacjentami, polegającej na czasowym zawieszaniu ich dostępu do pozytywnego wsparcia. Obserwowano skuteczność tej metody w tłumieniu niepożądanego zachowania dzieci, młodocianych przestępców i pacjentów psychiatrycznych [4,25,53,82]. Procedura *time out* miałyby uzupełniać izolację etologiczną.

## UWARUNKOWANIA STOSOWANIA PRZYMUSU

Badania Waya z roku 1984 objęły 31 szpitali Nowego Jorku, w których, zgodnie z obowiązującym wówczas prawem stanowym, przymus bezpośredni w postaci unieruchomienia lub izolacji mógł być tylko po to stosowany, aby pacjent nie zrobił poważnej krzywdy sobie lub innym osobom, a nie mógł być użyty jako substytut programów leczniczych, dla wygody personelu lub jako kara. Ponadto, jego czas trwania nie mógł przekraczać 4 godzin, chyba, że zlecenie zostało napisane po godzinie 21<sup>00</sup> i wtedy mogło być przedłużone do godziny 9<sup>00</sup> następnego dnia. Dla użycia przymusu bezpośredniego konieczne też było pisemne zlecenie lekarza. Tylko w sytuacji nagłości starsza pielęgniarka mogła podjąć taką decyzję, ale lekarz powinien być przybyć w celu oceny sytuacji w ciągu 30 minut. Wśród osób unieruchomionych lub izolowanych przeważali mężczyźni (66.3%), a średnia ich

wieku wynosiła 30 lat. Przyczynami zastosowania przymusu bezpośredniego w 67.3% przypadków były zachowania gwałtowne, przy czym odsetek ten wahał się w różnych oddziałach od 29% do 94%. Do zachowań niegwałtownych zaliczano jednak tutaj podniecenie i zachowania zagrażające (*agitated and threatening behavior*) występujące w 32% przypadków. Grupa innych motywów zastosowania przymusu bezpośredniego zawężała się do 1.4%. Prawie wszystkie szpitale preferowały użycie albo izolacji, albo unieruchomień. W 6 szpitalach używano w 90% przypadków unieruchomienia, a w 5 innych - w 90% przypadków izolację. W kolejnych 18 szpitalach preferencje dla jednej formy przymusu bezpośredniego sięgały 75%. Tendencje te były niezależne od stopnia dostępności izolatek w poszczególnych szpitalach. W 56% przypadków przymusu bezpośredniego pacjenci otrzymywali równocześnie leki psychotropowe, przy czym odsetek ten wahał się w różnych szpitalach od 16% do 85%. Podanie pacjentom leków nie było zależne od przyczyn użycia przymusu bezpośredniego, liczby personelu, ani od tego, czy decyzję o interwencji przymusowej podjął lekarz, czy pielęgniarka. W ciągu dnia częstość podawania leków była wyższa, niż w nocy. Najczęściej zlecano przymus bezpośredni w ciągu dnia - przy czym występowały tutaj trzy szczyty - w godzinach: 9-10, 12-13 i 17-18; w większości szpitali odsetek zleceń przymusu bezpośredniego przez kolejne zmiany był wielce charakterystyczny: 1 zmiana (przedpołudniowa) - 52%, 2 zmiana (popołudniowa) - 37%, 3 zmiana (nocna) - 11%. Większość szpitali (77%) miała też mniej przypadków przymusu bezpośredniego w dniach wolnych od pracy. Nie ustalono zależności między liczbą dostępnego personelu a przyczynami unieruchomień lub izolacji oraz czasem ich trwania.

W pracy Okina [62] ustalono znaczne różnice w stosowaniu różnych form przymusu bezpośredniego w 7 szpitalach, ale nie uchwycono ani istotnych zależności między jego przyczynami a szeroką charakterystyką klini-

czną pacjentów, ani żadnych znaczących faktów wyjaśniających bardzo zróżnicowane praktyki używania przymusu bezpośredniego w poszczególnych oddziałach i szpitalach. W konkluzji eksponowano, że w takim stanie rzeczy uwarunkowania przymusu bezpośredniego muszą leżeć poza obszarem tradycyjnie analizowanych zmiennych demograficznych i klinicznych. Zauważono, że wskaźniki częstości używania przymusu bezpośredniego, tak jak wskaźniki przestępczości, w Europie często były niższe, niż w USA. Edwards i Reid [21] wyjaśniają, że w pewnym zakresie przynajmniej, agresja pacjentów w oddziałach psychiatrycznych może odzwierciedlać szersze zjawiska społeczno-środowiskowe. Pacjenci przejawiają zachowania i reakcje populacji, z których pochodzą i z których przychodzą do szpitali.

W związku z powyższym, Carpenter z gronem współpracowników [11] przeprowadzili imponujące badania, których celem była weryfikacja przypuszczenia, iż stosowanie przymusu bezpośredniego w instytucjach psychiatrycznych, może mieć rozkład podobny jak wskaźniki poważnych przestępstw, to znaczy najwyższe w Nowym Jorku, nieco mniejsze na jego peryferiach i w dużych miastach, z wyraźną tendencją spadkową w małych miastach wtopionych w kulturę wiejską. W tym celu objęto analizą 19 szpitali, w których przez miesiąc rejestrowano stosowanie przymusu bezpośredniego, jego przyczyny i czas trwania, wiek, płeć i diagnozy pacjentów oraz ich tryb przyjęć do szpitali, a ponadto przymusowe podawanie leków psychotropowych, wskaźniki obłożenia łóżek i liczby personelu w oddziałach. Przyjęta hipoteza badawcza zyskała potwierdzenie, bo faktycznie szpitale Nowego Jorku i dużych miast najczęściej stosowały unieruchomienia i izolację. Ponadto w samej metropolii i w dużych miastach było większe obłożenie łóżek i relatywnie mniejsza liczba personelu. Wśród osób, wobec których użyto przymus bezpośredni wyraźnie przeważali mężczyźni i pacjenci młodzi, do 35 roku życia oraz z diagnozą schizofrenii, w małych

miastach znacząco częściej byli pacjenci z upośledzeniem umysłowym. Przyczynami unieruchomień lub izolacji w 100% przypadków były zachowania zagrażające (napaść, groźba napaści lub jedno i drugie jednocześnie). Wbrew oczekiwaniom autorów, najczęściej przyjęć do szpitali bez zgody pacjentów było w małych miastach, a nieco mniej w dużych miastach i okolicach metropolii. W samym Nowym Jorku przeważały wydatnie przyjęcia za zgodą pacjenta. W małych miastach w około 50% przypadków unieruchomień i izolacji podawano pacjentom równocześnie leki uspokajające. W pozostałych grupach szpitali odsetek ten był wyższy o 10-20%.

Tak więc, z przymusem bezpośrednim wiąże się szerszy problem rozpoznawania, przewidywania i traktowania tzw. niebezpiecznych zachowań ludzi. Trudno w tym miejscu omówić wszystkie jego aspekty, ale nie można go pominąć. Derkowitz w roku 1969 [22] zakwestionował rzetelność psychiatrów w zakresie rozpoznawania zagrożeń stwarzanych przez ludzi z zaburzeniami psychicznymi, a więc zanegował podstawę znacznej części przyjęć bez zgody pacjentów do szpitali psychiatrycznych, w tym także podstawę tzw. środków zabezpieczających stosowanych w postępowaniu karnym. Weryfikacja empiryczna tych twierdzeń była trudna i są one przedmiotem interdyscyplinarnych dociekań i sporów [18,27,45,68,69,72,74,80,81,86,95,96,97,108]. Wyłaniają się z nich pewne nowe ustalenia.

I tak, w opinii Rofmana i wsp. [73], Monahana [60] i Skodola i wsp. [88] przewidywanie niebezpiecznych zachowań ludzi z zaburzeniami psychicznymi jest możliwe i klinicznie rzetelne, jeżeli tyczy krótkiego okresu czasu, tzn. sięgającego kilku dni lub co najwyżej kilku tygodni po przyjęciu chorego do szpitala. Autorzy opowiadają się za uwzględnianiem stanu psychopatologicznego pacjenta, jego konkretnego zachowania związanego z przeżyciami psychotycznymi, dynamiki zaburzeń psychicznych i przebiegu terapii ze stopniem podat-

ności na leki i inne formy prób leczenia. Była to więc głównie prognoza przebiegu choroby.

Dodatkowe komplikacje wystąpiły przy próbach godzenia prawnych definicji zagrożeń ze strony pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, z definicjami lekarskimi. Od kilkudziesięciu lat cywilne przyjęcia bez zgody pacjentów, pozostawały w wielu państwach pod nadzorem sądowym. Powstało bogate piśmiennictwo, a mimo to nadal nie brakuje kontrowersji.

Dąbrowski i wsp. [17] przeprowadzili w kraju badania ocen psychiatrów, dotyczących kryteriów uznawania zachowań pacjentów za bezpośrednio zagrażające, a więc uzasadniające hospitalizację przymusową. Ustalono, że psychiatrzy zbyt dowolnie i szeroko interpretowali pojęcie zagrożenia bezpośredniego; sama obecność u pacjenta psychozy była utożsamiana z bezpośrednim zagrożeniem. We wcześniejszych analizach Dąbrowski i wsp. [16] stwierdzili, że największy wpływ na opinię w tym względzie, miał rodzaj zachowania pacjenta i jego skutki, a odległość w czasie i prawdopodobieństwo powtórzenia czynu oraz zawód i staż pracy nie modyfikowały tych opinii (badano psychiatrów i psychologów).

Natomiast bardziej odległe prognozy zachowania społecznego ludzi chorych psychicznie, które są m.in. podstawą detencji psychiatrycznej w prawie karnym, są wysoce nierzetelne, bowiem rodzaj zaburzeń psychicznych nie jest czynnikiem predyktywnym konfliktów z prawem tych osób. Światowe doświadczenia w tym względzie upoważniają do stwierdzenia, że prognozy takie niewiele mają wspólnego z nauką i sztuką lekarską, a pozostają bardziej sferą magii i wróżbiarstwa [35,42,61,67,80,93,94]. Wyniki badań kryminologicznych jednoznacznie sugerują, że realnymi czynnikami podnoszącymi ryzyko dokonania przestępstwa jest młody wiek, płć męska i przeszłość kryminalna lub wczesna dezadaptacja społeczna oraz stan nietrzeźwości potencjalnego sprawcy.

Wgląd tę problematykę uzupełniają i poszerzają badania Evensona i wsp. [24] poświęco-



ne zakłóceniom toku życia szpitalnego spowodowanym przez pacjentów. Analiza 5128 raportów o takich zdarzeniach wywołanych zachowaniami pacjentów poszerza również wgląd w realne przyczyny stosowania przymusu bezpośredniego w oddziałach psychiatrycznych. W pracy tej obliczono wskaźniki ryzyka uwzględniające rasę, płeć, wiek, stan cywilny i diagnozę pacjentów dla 9 typów zachowań zakłócających (ucieczka, autoagresja, napaść na otoczenie, nadużycie alkoholu, nadużycie leków, zachowanie wrogie, zachowanie antyspołeczne, "połyk" i "destruktywna ofiara"). Stwierdzono, że wskaźniki ryzyka zachowań zakłócających były wyższe dla białych, niż kolorowych, za wyjątkiem napaści i zachowań antyspołecznych, w których przeważali Murzyni i pacjenci innych ras kolorowych. Wszystkie wskaźniki ryzyka były też wyższe dla mężczyzn, niż dla kobiet. Najwyższe wskaźniki mieli przede wszystkim młodzi, samotni mężczyźni (kawalerowie, a także rozwiedzeni i separowani), z różnymi diagnozami. Wskaźniki ryzyka malały wraz z wiekiem w każdym rodzaju zachowań zakłócających, za wyjątkiem nadużycia alkoholu. Chory z upośledzeniem umysłowym i schizofrenią nie mieli podwyższonego udziału w żadnym z analizowanych zachowań.

Podobne rezultaty odnośnie niektórych kategorii zachowań zakłócających przedstawili inni jeszcze autorzy [9,11,109,115]. Były jednak doniesienia o wysokim ryzyku takich zachowań pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii [6,66,83,112,117]. W opinii Evansona, wyniki takie obarczone są błędem metodycznym wynikającym z nieuwzględniania różnic czasu trwania hospitalizacji pacjentów ze schizofrenią i innymi rozpoznaniem.

## REGULAMINY STOSOWANIA PRZYMUSU

Od wielu lat w zagranicznych szpitalach i oddziałach psychiatrycznych zagranicznych tworzone dla stosowania przymusu bezpośredniego całe systemy organizacyjne, łącz-

nie ze specjalnie szkolonym personelem. Do codziennej praktyki szpitalnej wprowadzono instrukcje, które w oparciu o właściwej rangi regulacje prawne określały warunki użycia przymusu bezpośredniego, wyboru jego form, procedury stosowania oraz tryb odwoławczo-kontrolny zarówno personelowi, jak i pacjentom.

Instrukcja *Menninger Memorial Hospital* [46] określa unieruchomienie jako ostateczny doraźny środek używany dla:

- ochrony pacjenta przed zrobieniem sobie poważnej krzywdy,
- ochrony środowiska przed agresywnymi tendencjami pacjenta,
- opanowania podniecenia pacjenta,
- zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi przez kontrolę jego rozhamowania,
- gdy inne metody kontroli (wsparcie, zmniejszenie nadmiernej stymulacji, odseparowanie, izolacja, indywidualna opieka pielęgniarska i leki) są nieskuteczne.

Instrukcja uwzględnia wymogi prawa stanowego (Kansas w USA) w zakresie ochrony praw obywatelskich i warunków ich ograniczania w szpitalu psychiatrycznym oraz określa szczegółowo procedurę krępowania i związanego z tym postępowania kontrolno-administracyjnego.

W instrukcji *St. Elizabeths Hospital* [47] w Waszyngtonie przyznano unieruchomieniu i izolacji jednakowy stopień restrykcyjności, tzn. mogą być używane alternatywnie, ale możliwie najrzadziej i przez najkrótszy czas, w sytuacji terapeutycznej konieczności, dla ochrony pacjenta przed zrobieniem krzywdy sobie lub innym osobom, albo w innych szczególnych okolicznościach, gdy inne środki są niewystarczające. Instrukcja dopuszcza specjalne postępowanie w oddziale psychiatrii sądowej, m.in. z możliwością dłuższej izolacji. Oddział taki ma odmienne określone zasady opieki i organizacji uwzględniające prawno-karne warunki i cele pobytu pacjentów.

Instytut Psychiatrii i Neurologii w roku 1991 zalecił [118], że przymus bezpośredni

wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi można stosować tylko wtedy, gdy inne środki okazały się bezskuteczne, a osoba ta dopuszcza się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu, życiu lub zdrowiu innych osób, bezpieczeństwu publicznemu, bądź w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu. Ponadto, w stosunku do osoby chorej psychicznie przyjętej do szpitala bez jej zgody dopuszcza się przymus bezpośredni wtedy, gdy:

- jest to konieczne dla dokonania niezbędnych czynności leczniczych mających na celu usunięcie zaburzeń psychicznych będących przyczyną przyjęcia bez zgody,
- osoba ta rażąco zakłóca funkcjonowanie oddziału lub w sposób istotny utrudnia postępowanie lecznicze wobec innych pacjentów,
- osoba ta usiłuje samowolnie opuścić szpital.

Aktualne zasady stosowania przymusu bezpośredniego w Polsce definiuje Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego, a szczegółowo rozwija je rozporządzenie MZiOS z dnia 23 sierpnia 1995 (Dz.U. Nr 103, poz. 514).

Wspomniane instrukcje zgodnie eksponują, że lekarze ponoszą pełną odpowiedzialność za stan psychiczny i fizyczny pacjentów i do lekarzy należy podejmowanie wszelkich decyzji. Dopuszcza się podjęcie decyzji o zastosowaniu przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę, ale tylko w sytuacji nagłości i decyzja taka powinna być możliwie bezzwłocznie zweryfikowana przez lekarza. Na pielęgniarkach ciąży natomiast obowiązek wzmożonego dozoru nad unieruchomionym pacjentem.

Wszystkie instrukcje zawierają też *passus*, że przymus bezpośredni nie może być formą kary, ale przecież w poczuciu pacjentów, jak sygnalizowano wyżej, przymus jest dość często identyfikowany z karą [36,38,70,107,112]. Podejrzenia takie narastają wtedy, gdy unieruchomienia lub izolacje są działaniami prewencyjnymi przed domniemaną napaścią ze strony pacjenta, lub są stosowane po takim zachowa-

niu, ale wyłącznie z powodów administracyjnych.

Wexler [111] zwraca uwagę, że karanie pacjenta trudno uznać zawsze za fakt jednoznacznie naganny, jeżeli tylko represji podlega faktycznie naruszenie przez pacjenta reguł współżycia szpitalnego. Kłopotliwe byłoby wprowadzenie do szpitala stosownej procedury karnej i chyba jest to niemożliwe poza postępowaniem sądowym [2,110]. Sprawa komplikuje się, gdy stosowana jest terapia behawioralna z takimi technikami, jak *loked time - out* czy *contingent restraint*. Istotą tych technik jest warunkowanie poprzez "karę", a ich skuteczność w zakresie zmniejszania trudności adaptacyjnych pacjenta jest wyższa, jeżeli podejmowane są bezpośrednio po jego naganym zachowaniu [53].

Powszechne jest oczekiwanie, aby pacjenta otoczyć najlepszą dostępną opieką i zgodnie z alternatywą najmniejszej restrykcyjności [2,18,58,89,97,105]. Jednak w sferze kontroli zachowania pacjentów zdania są rozbieżne, jeśli chodzi o ocenę stopnia restrykcyjności różnych metod oraz wytyczenie granicy działającej nadużycia od uzasadnionej interwencji [1,8,26,28,48,54,65,90,96,105]. Wspomniane instrukcje dopuszczały przymus bezpośredni, jako ostatnią deskę ratunku (*last resort*), gdy wszystkie inne środki są bezskuteczne. Opinii takiej nie podzielało wielu autorów [9,11,40,75,84,85,92]. Ostatnio wypracowano nowe techniki podawania leków psychotropowych dla opanowania agresji pacjentów z psychozami i nowe taktyki podawania neuroleptyków dla redukcji stanów pobudzenia psychoruchowego [7,104,116]. Stąd pojawiła się tendencja do uznawania jednakowej restrykcyjności chemicznego i mechanicznego unieruchamiania oraz izolacji, jeżeli stosowane są w sytuacjach nagłości i dla zachowania bezpieczeństwa pacjentów i personelu [41,51,87,95,102,110].

Perr [64] analizował sprzeczności, jakie mogą wystąpić w praktyce szpitalnej, przy próbach godzenia alternatywy najlepszego interesu chorych z alternatywą najmniejszej re-

strykcyjności. Troska o najkorzystniejszy efekt leczenia nakazuje wybór środków najbardziej skutecznych, ale zasada ograniczonej szkody nie pozwala pominąć objawów ubocznych lub powikłań fizycznych i psychicznych, tak bezpośrednich, jak i długotrwałych. Ponadto, każdy proces opieki i terapii medycznej, pozostaje w pewnym zakresie eksperymentem biologicznym, bo nie ma możliwości w pełni rzetelnego przewidywania jego przebiegu. Wyłaniające się przy tym problemy odnoszą się także do przymusu bezpośredniego. Chyba zachowane powinno być podejście indywidualne, a w niektórych przypadkach doradcą lekarza mógłby być sam pacjent. Wydaje się, że takie podejście zbieżne jest z sugestiami zawartymi w aktualnych zaleceniach Organizacji Narodów Zjednoczonych i Komitetu Ministrów Rady Europy [120,122].

## PIŚMIENNICTWO

- Adams B., Snider S., Evans R., Sarbacher D., Keddy D.: Prevention and management of aggressive behavior. Oregon State Hospital, USA 1993.
- American Psychiatric Association Task Force Report 22: the psychiatric uses of seclusion and restraint. APA, Washington DC 1985.
- Appelbaum P.: Legal considerations in the prevention and treatment of assault. W: Lion J.: Assaults in psychiatric facilities. Grune A.Stratton, New York 1983.
- Bandura A.: Principles of behavior modification. Holt-Winston, New York 1969.
- Bell C., Palmer J.: Survey of the demographic characteristics of patients requiring restraints in a psychiatric emergency service. J. Nat. Med. Ass. 1983, 75, 981-987.
- Binder R.: The use of seclusion on an inpatient crisis intervention unit. Hosp. Community Psychiatry 1979, 30, 266-269.
- Bobon D., De Bleeker E.: Zuclopenthixol acetate and Haloperidol an acute psychotic patients - a randomized multicentre study. W: Excerpta Medica Communications, Amsterdam 1990, 47-61.
- Baranowski P., Morasiewicz J., Jańska-Skomorowska M., Kantorska M., Szczyrbowska M.: Przymus w psychiatrii - punkty widzenia. Post. Psychiatr. Neurol. 1994, 3, 497-510.
- Bornstein P.: The use of restraint on a general psychiatric unit. J. Clin. Psychiatry 1985, 46, 175-178.
- Bursten B.: Using mechanical restraints on acutely disturbed psychiatric patients. Hosp. Community Psychiatry 1976, 26, 757-759.
- Carpenter M., Hannon V., Wanderling J.: Variations in seclusion and restraint practices by hospital location. Hosp. Community Psychiatry 1988, 4, 418-423.
- Connolly J.: Treatment of the insane without mechanical restraints (1956). Dawsons of Pall Mall, London 1973.
- Convertino K., Pinto R., Fiester A.: Use of inpatient seclusion at a community mental health center. Hosp. Community Psychiatry 1980, 31, 848-851.
- Dąbrowski S., Zakowska-Dąbrowska T., Frydman L.: Physical restraint in polish psychiatric facilities. Int. J. Law Psychiatry 1986, 4, 369-382.
- Dąbrowski S., Rutkowski R.: Projekt wytycznych w sprawie przymusu bezpośredniego. Biul. IPiN 1984, 1, 63-65.
- Dąbrowski S., Ignaczak M., Wardeński R., Walczak S.: Niektóre czynniki rzutujące na opinię psychiatrów i psychologów o "bezpśrednim zagrożeniu". Psychiatr. Pol. 1992, 1/2, 146-150.
- Dąbrowski S., Walczak S., Wardeński R.: Ocena zachowań bezpośrednio zagrażających u pacjentów przyjmowanych do szpitala psychiatrycznego. Psychiatr. Pol. 1995, 1, 5-12.
- Dąbrowski S.: Prawa chorych psychicznie i przesłanki przymusowego postępowania. Psychiatria i Etyka 1995, 53-60.
- Deklaracja Hawajska wraz ze zmianami z roku 1983. Św. Tow. Psychiatr. 1983.
- Deklaracja praw i ochrony prawnej umysłowo chorych. Św. Tow. Psychiatr. 1990.
- Edwards J., Reid W.: Violence in psychiatric facilities in Europe and the United States Gune A. Stratton, New York 1983.
- Ennis B.: Prisoners of psychiatry: mental patients, psychiatry and the law. Harcourt, New York 1972.
- Ennis B., Emery R.: The rights of mental patients. Avon Books, New York 1978.
- Evenson R., Altman H., Sletten J., Brown M.: Disturbing behavior: a study of incident reports. Psychiatr. Q. 1974, 48, 266-275.
- Finch B., Wallace C., Davis J.: Behavioral observations before, during and after brief isolation (time-out). J. Nerv. Ment. Dis. 1976, 163, 408-413.
- Flanagal S., Liberman R.: Ethical issues in the practice of behavior therapy. Free Press, New York 1982.
- Folcault M.: About the concept of the dangerous individual in 19-th century legal psychiatry. Int. J. Law Psychiatry 1978, 1, 1-18.
- Folcault M.: Madness and civilization: a history of insanity in the age of reason. Vintage Books, New York 1973.
- Fitzgerald R., Long I.: Seclusion in the treatment and management of severely disturbed manic and depressed patients. Persp. Psychiatr. Care 1974, 11, 59-64.
- Freddolino P.: Attitudes toward patients rights: data from two state hospital studies. Am. J. Psychiatry 1987, 152, 247-259.
- Garrison W.: Aggressive behavior, seclusion and physical restraint in an inpatient child population. J. Am. Acad. Child Psychiatr. 1984, 23, 448-452.
- Gain D.: Limit-setting and seclusion in the psychiatric hospital. Psychiatr. Opin. 1980, 17, 15-19.

33. Gerlock A., Solomons H.: Factors associated with the seclusion of psychiatric patients. *Persp. Psychiat. Care* 1983, 21, 46-53.
34. Goldberg A., Rubin B.: A method of pacification of the psychotic excited state: the use of the hospital as a transitional object. *Compr. Psychiatry* 1980, 11, 450-456.
35. Giovannini J., Gurel I.: Socially disruptive behavior of exmental patients. *Arch. Gen. Psychiatry* 1967, 17, 146-153.
36. Grassian S., Freidman N.: Effects of sensory deprivation in psychiatric seclusion and solitary confinement. *Int. J. Law Psychiatry* 1985, 1, 49-65.
37. Greenblatt M.: Seclusion as a means of restraint. *Psychiat. Opin.* 1980, 17, 13-15.
38. Greenblatt M., York R., Brown E.: From custodial to therapeutic patient care in mental hospitals. *Russel Foundation, New York* 1955.
39. Guirguis E.: Management of disruptive patients. An alternative to the use of mechanical restraint. *J. Clin. Psychiatry* 1978, 39, 295-303.
40. Gutheil T.: Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. *Am. J. Psychiatry* 1978, 135, 325-328.
41. Gutheil T.: Indications and contraindications for seclusion and restraint. W: Tardiff K. (red.): *The psychiatric uses of seclusion and restraint.* Am. Psychiat. Press Inc., Washington 1984, 11-17.
42. Harding T., Adserballe H.: Assessments of dangerousness: observations in six countries. A summary of result from a WHO coordinated study. *Int. J. Law Psychiatry* 1984, 3/4, 391-398.
43. Hagen D.: Aggression in psychiatric patients. *Compr. Psychiatry* 1972, 13, 481-487.
44. Hay D., Cromwell R.: Reducing the use of full-leather restraints on an acute adult inpatient ward. *Hosp. Community Psychiatry* 1980, 31, 198-200.
45. Hiday V., Markell S.: Components of dangerousness: legal standard in civil commitment. *Int. J. Law Psychiatry* 1980, 3/4, 405-420.
46. Instrukcja C. F. Menninger Memorial Hospital. Kansas, USA 1984.
47. Instrukcja St. Elizabeths Hospital. Washington, USA 1985, 42.
48. Klein J., Glower S.: Psychiatric malpractice. *Int. J. Law Psychiatry* 1983, 2, 131-157.
49. Kodeks Kamy. Wyd. Prawn., Warszawa 1981.
50. Kodeks Etyki Lekarskiej. Biul. Nacz. Rady Lek., Warszawa 1994.
51. Kuehnel T., Slama K.: Guidelines for the developmentally disabled. W: Tardiff K. (red.): *The psychiatric uses of seclusion and restraint.* Am. Psychiat. Press Inc., Washington 1984, 87-101.
52. Linn L.: Other psychiatric emergencies. W: Freedman A., Caplan H., Sadock B. (wyd.): *Comprehensive textbook of psychiatry.* Williams A. Wilkins, Baltimore 1985.
53. Liberman R., Wong S.: Behavior analysis and the therapy procedure related to seclusion and restraint. W: Tardiff K. (red.): *The psychiatric uses of seclusion and restraint.* Am. Psychiat. Press Inc., Washington 1984, 35-67.
54. Lion J., Reid W.: *Assaults within psychiatry facilities.* Grune A. Stratton, New York 1983.
55. Lion J., Soloff P.: Implementation of seclusion and restraint. W: Tardiff K. (red.): *The psychiatric uses of seclusion and restraint.* Am. Psychiat. Press Inc., Washington 1984, 19-34.
56. Madden D., Lion J., Renna M.: Assaults on psychiatrists by patients. *Am. J. Psychiatry* 1976, 133, 422-425.
57. Mattson M., Sacks M.: Seclusion - uses and complications. *Am. J. Psychiatry* 1978, 135, 1210-1213.
58. McGovern J.: Mental health - the right to refuse drug therapy under "emergency restraint states". *New Engl. J. Law Rev.* 1976, 11, 509-530.
59. Mendel W., Green G.: *The therapeutic management of psychological illness.* Basis Books Inc., New York 1976.
60. Monahan J.: Prediction research and the emergency commitment of dangerous mentally ill persons: a reconsideration. *Am. J. Psychiatry* 1976, 135, 198-201.
61. Monahan J.: Risk assessment of violence among the mentally disordered: generating useful knowledge. *Int. J. Law Psychiatry* 1988, 3, 249-258.
62. Okin R.: Variation among state hospital in use of seclusion and restraint. *Hosp. Community Psychiatry* 1985, 36, 648-652.
63. Oldham J., Russakoff L.: Seclusion - patterns and milieu. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1983, 171, 645-650.
64. Perr I.: The most beneficial alternative: a counterpoint to the least restrictive alternative. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law* 1988, 6, 721-743.
65. Omerow M., Wistedt B.: Aggressive incidents against staff and emotional reactions of the staff. W: *Excerpta Medica Communications.* Amsterdam 1990, 29-35.
66. Plutchik R., Karasu T., Conte H., Siegel B., Jarrett I.: Toward a rationale for seclusion process. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1988, 8, 571-579.
67. Phillips P., Nasr S.: Seclusion and restraint and prediction of violence. *Am. J. Psychiatry* 1983, 140, 229-232.
68. Quinsey V.: Assessment of dangerousness of mental patients held in maximum security. *Int. J. Law Psychiatry* 1979, 3, 389-406.
69. Rappaport J., Lassen G.: Dangerousness-arrest rate comparisons of discharged mental patients and the general population. *Am. J. Psychiatry* 1975, 121, 776-783.
70. Reush J.: *Psychiatric care.* Gune Inc., New York 1964.
71. Rorko M., Zonana H., Phillips P.: Prosecuting assaultive psychiatric inpatient. *Hosp. Community Psychiatry* 1991, 42, 193-195.
72. Rice E., Quinsey V.: Assessment and training of social competence in dangerous psychiatric patients. *Int. J. Law Psychiatry* 1980, 3, 371-390.
73. Rofman E., Askinazi C., Fant E.: The prediction of dangerous behavior in emergency civil commitment. *Am. J. Psychiatry* 1980, 137, 1061-1064.
74. Rogers R.: Scientific inquiry in forensic psychiatry. *Int. J. Psychiatry* 1982, 2, 178-204.

75. Rosen H., Digiacomio J.: The role of physical restraint in the treatment of psychiatric illness. *J. Clin. Psychiatry* 1978, 39, 228-232.
76. Rosen H.: The impact of the psychiatric intensive care unit on patient and staff. *Am. J. Psychiatry* 1975, 132, 549-551.
77. Rosenthal E., Rubinstein L.: International human rights advocacy under the "Principles for the Protection of Persons with Mental Illness". *Int. J. Law Psychiatry* 1993, 3/4, 257-300.
78. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23.08.1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego. *Dz. U. nr 103, poz. 514*.
79. Raport o stanie psychiatrii oraz kierunki dalszego rozwoju opieki zdrowotnej i pomocy socjalnej dla osób z zaburzeniami psychicznymi. *Biul. IPiN* 1980, 1/2, 118-159.
80. Rutkowski R.: O konieczności nowelizacji ustaw karnych w przedmiocie stosowania środków leczniczo-zabezpieczających. *Nowe Prawo* 1988, 72-80.
81. Rutkowski R.: Etyczne aspekty opiniowania o poczynałości. *Psychiatr. Pol.* 1991, 3/4, 119-124.
82. Sacks D.: The efficacy of time-out procedures in variety of behavior problems. *J. Behav. Ther. Exp. Psychiat.* 1973, 4, 237-242.
83. Schwab P., Lahmeyer C.: The uses of seclusion on a general hospital psychiatric unit. *J. Clin. Psychiatry* 1979, 40, 228-231.
84. Schwartz S.: A review of crisis intervention programs. *Psychiat. Q.* 1971, 45, 498-508.
85. Schmied H., Ernest K.: Isolierung und Zwangsinjektion im Urteil der betroffenen Patienten und des Pflegepersonals. Eine begleitete Quartalsstichprobe. *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 1983, 233, 211-222.
86. Shah S.: Dangerousness and civil commitment of the mentally ill: some public policy considerations. *Am. J. Psychiatry* 1975, 132, 501-505.
87. Shah S.: Legal and mental health system interactions - major developments and research needs. *Int. J. Law Psychiatry* 1981, 3/4, 219-264.
88. Skodol A., Karasu T.: Emergency psychiatry and the assaultive patient. *Am. J. Psychiatry* 1978, 135, 202-205.
89. Simon R.: Restraint, seclusion and the least restrictive alternative. *Am. Psychiat. Press Inc., Washington* 1987.
90. Soloff P.: Physical restraint and the non-psychotic patients: clinical and legal perspectives. *J. Clin. Psychiatry* 1979, 40, 342-359.
91. Soloff P., Turner S.: Patterns of seclusion. A prospective study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1981, 1, 69, 37-44.
92. Soloff P.: Behavioral precipitant of restraint in the modern Milieu. *Compr. Psychiatry* 1987, 19, 179-184.
93. Steadman H.: A situational approach to violence. *Int. J. Law Psychiatry* 1982, 2, 171-186.
94. Steadman H.: Predicting dangerousness among the mentally ill: art, magic and science. *Int. J. Law Psychiatry* 1983, 3/4, 381-390.
95. Steadman H., Morrisey J., Braff J., Monahan J.: Psychiatric evaluations of police referrals in a general hospital emergency room. *Int. J. Law Psychiatry* 1985, 1, 39-47.
96. Stone A.: Psychiatric abuse and legal reforms: two ways to make a bad situation worse. *Int. J. Law Psychiatry* 1982, 1, 9-28.
97. Strong H.: Civil commitment: a review of traditional arrangements in the provision of involuntary hospitalization of the mentally ill. *Can. J. Psychiat.* 1983, 28, 307-313.
98. Suedfelt R.: Restricted environmental simulation research and clinical application. *J. Wiley A.Sons., New York* 1980.
99. Szasz T.: *Psychiatric justice.* MacMillan, New York 1965.
100. Szasz T.: *Law, liberty and psychiatry.* MacMillan, New York 1968.
101. Tardiff K.: Emergency control measures for psychiatric inpatient. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1981, 169, 614-618.
102. Tardiff K., Mattson M.: A survey of state mental health directors concerning guidelines for seclusion and restraint. W: Tardiff K. (red.): *The psychiatric uses of seclusion and restraint.* Am. Psychiat. Press Inc., Washington 1984, 34, 141-150.
103. Telintelo S., Kuchman L.: A study of the use of restraint in a psychiatric emergency room. *Hosp. Community Psychiatry* 1983, 34, 164-168.
104. Taylor P.: A survey of treatment strategies for aggressive, actually psychotic patients. W: *Excerpta Medica Communications.* Amsterdam 1990, 29-35.
105. Tidz C., Mulvey E.: Sources of disagreement among clinicians assessments of dangerousness in a psychiatric emergency room. *Int. J. Law Psychiatry* 1992, 3, 237-250.
106. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19.08.1994 r. *Dz. U. Nr 111. poz. 535*.
107. Wadson H., Carpenter W.: Impact of the seclusion room experience. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1976, 163, 318-327.
108. Walker N.: Dangerous people. *Int. J. Law Psychiatry* 1978, 1, 37-49.
109. Way B.: The use of restraint and seclusion in the New York State Psychiatric Centers. *Int. J. Law Psychiatry* 1986, 4, 383-394.
110. Wexler D.: Legal aspect of seclusion and restraint. *Int. J. Law Psychiatry* 1984, 4, 339-346.
111. Wexler D.: Seclusion and restraint: lessons from law, psychiatry and psychology. *Int. J. Law Psychiatry* 1982, 3/4, 285-294.
112. Wells D.: The use of seclusion on a university hospital psychiatric floor. *Arch. Gen. Psychiatry* 1972, 26, 410-413.
113. Winston F.: Restraints in delirium tremens. *Am. J. Psychiatry* 1977, 134, 98-101.
114. Whitman M., Armao B., Dent B.: Assault on the therapist. *Am. J. Psychiatry* 1976, 133, 426-431.
115. Whaley M., Ramirez L.: The use of seclusion rooms and physical restraints in the treatment of psychiatric patients. *J. Psychiat. Nurs.* 1980, 18, 13-16.

116. Wistedt B.: Aggression and violence within psychiatric care and new treatment strategies. W: *Excerpta Medica Communications*. Amsterdam 1990, 5-19.
117. Woronowicz B.: Wypadki przy pracy spowodowane agresywnymi zachowaniami pacjentów szpitali psychiatrycznych. *Pol. Tyg. Lek.* 1986, 10, 305-309.
118. Zalecenia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w sprawie stosowania przymusu bezpośredniego. Warszawa 1991.
119. Zalecenia dotyczące sytuacji osób chorych psychicznie. Rekomendacja nr 118 (1977) Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1994, supl. 1, 23-26.
120. Zalecenia dotyczące ochrony prawnej osób cierpiących na zaburzenia psychiczne przymusowo umieszczonych w zakładach leczniczych. Rekomendacja nr R/83/2 Komitetu Ministrów Rady Europy. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1994, supl. 1, 27-30.
121. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej i społecznej. *Rocznik Statystyczny* 1989. IPiN, Warszawa 1990.
122. Zasady ochrony osób chorych psychicznie oraz pomocy i opieki psychiatrycznej. Rezolucja nr 119 Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych z dnia 17.12.1991 r.

*Adres: Dr Ryszard Rutkowski, Pracownia Psychologiczna SGSP,  
ul. Słowackiego 52/54, 00-967 Warszawa.*