



Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych*

Forms of patients' violent behaviour vs. occupational burnout in the staff of psychiatric services

MAGDALENA SARIUSZ-SKĄPSKA

Z Oddziału Leczenia Depresji Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

STRESZCZENIE

Cel. Na podstawie aktualnego piśmiennictwa oraz uzyskanych wyników badań przedstawiono przegląd różnorodnych czynników sprzyjających agresji pacjentów, a także form, jakie ona przybiera.

Poglądy. Wieloczynnikowe uwarunkowania zachowań agresywnych pacjentów psychiatrycznych od wielu lat stanowią przedmiot szerokiego zainteresowania badaczy i klinicystów. Agresja – słowna i fizyczna, jako nadużycie praw człowieka i praw pracownika oraz narażenie na nią uważane są za jedne z najpoważniejszych czynników zmieniających miejsce pracy w niezdrowe i odpychające. Agresja w psychiatrii wzbudza wiele kontrowersji, gdyż coraz częściej podkreśla się, że poza zagrożeniem ze strony niektórych pacjentów winę ponoszą błędy organizacyjne. Z drugiej strony agresję doświadczaną w psychiatrii uważa się za swoistego rodzaju „koszty tej pracy”, podkreślając, że „tak już jest”. Omówiono natychmiastowe lub odległe jej skutki dla pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej.

Wnioski. Zagadnienie „wyzwalania” agresji w warunkach leczenia psychiatrycznego wymaga bacznej uwagi.

SUMMARY

Background. On the grounds of the current literature and reported research findings an overview is presented of factors conducive to patients' aggression, and of various forms of their violent behaviour.

Review. Multiple factors determining violent behaviour of psychiatric patients have held broad interest of researchers and clinicians for many years. Both verbal and physical violence as an infringement of human and worker's rights, as well as the risk of being exposed to such violence are included among the most powerful factors making one's workplace unhealthy and repulsive. Aggression and violence in psychiatry are a controversial issue, as it is more and more often emphasised that besides dangerous behaviours of some patients, organisational errors are at fault. On the other hand, violence experienced in psychiatry is regarded as an “occupational risk”, said to be “always the way” in this sort of work. Immediate and long-term effects of patients' violent behaviour on the staff of psychiatric care facilities are discussed.

Conclusion. The problem of “triggering” violent behaviours in psychiatric facilities requires utmost attention.

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe / agresja

Key words: occupational background / aggression / violent behaviour

Różne formy zachowań agresywnych przejawianych przez pacjentów z zaburzeniami psychicznymi stanowią nieunikniony problem zaburzający proces leczenia oraz destabilizujący relacje między pacjentem a personelem medycznym. Jak podaje wielu badaczy, w ostatnich latach wskaźniki częstości występowania epizodów agresji na oddziałach psychiatrycznych wykazują tendencje wzrostowe [1]. Często zdarza się, iż zachowania agresywne stanowią bezpośrednią przyczynę hospitalizacji psychiatrycznej osoby i wynikają z jej psychopatologii. Równocześnie niejednokrotnie bywa tak, że zachowania tego typu są następstwem samego faktu pobytu w szpita-

lu. Ograniczenie prywatności, nadmiar stymulacji, trudności w komunikacji z personelem mogą prowadzić do frustracji i agresji będącej zjawiskiem wtórnym.

W literaturze dotyczącej opisywanego problemu obok terminu „agresja” pojawia się kilka innych sformułowań, w tym pojęcia „pobudzenie” i „przemoc”. Można z ich użyciem opisać pewne kontinuum oddające różne formy zachowań pacjentów. W tym kontekście określenie „pobudzony” fizycznie lub werbalnie oznacza zachowania najmniej niebezpieczne i szkodliwe, „agresywny” fizycznie lub słownie – zachowania o umiarkowanym nasileniu, natomiast, gdy mowa jest o „przemocy” chodzi

* Przygotowana do druku wersja wystąpienia na sympozjum *Praca z chorymi psychicznie i jej koszty osobowe*, które odbyło się 19 czerwca 2004 r., w czasie 41 Zjazdu Psychiatrów Polskich w Warszawie. Przewodniczyli: Prof. H. Sęk, Prof. Cz. Czabała. Organizator: Dr M. Anczewska.

o zachowania o największym natężeniu, wiążące się z największym stopniem zagrożenia, należące do drugiego krańca kontinuum [2].

Znane są różne modele tłumaczące zjawisko agresji u pacjentów. Axer i Beckett [3] odwołują się do koncepcji stresu i pojęcia oceny pierwotnej. Zakładają, że gdy pacjent oceni daną sytuację w kategoriach zagrożenia stopniowo narasta w nim napięcie, które ostatecznie znajduje ujście w agresywnym zachowaniu przynoszącym ulgę i odzyskanie równowagi. Duxbury [4] przedstawia trzy podstawowe modele zachowań agresywnych. W modelu „wewnętrznym” ryzyko zachowania agresywnego wiąże się wyłącznie ze zmiennymi indywidualnymi dotyczącymi osoby, w modelu „zewnątrznym” czynniki wyzwalające agresję opisywane są w kategoriach zmiennych środowiskowych. Trzeci model „osoba kontra sytuacja” uwzględnia zarówno zmienne indywidualne, jak i środowiskowe.

W ujęciu psychoanalitycznym agresja pacjentów jest traktowana jako forma oporu w terapii. W ujęciu poznawczym zachowania tego typu są uznawane za przejaw uaktywnienia się dysfunkcyjnych schematów poznawczych czy tzw. agresywnego stylu atrybucyjnego. Nijman [5] opisuje tu swoiste błędne koło, w którym uaktywnienie błędnych przekonań pacjenta dotyczących zagrożenia i tego, że ktoś chce go skrzywdzić, prowadzi do uruchomienia czynnej agresji. Jej konsekwencją staje się zastosowanie przez personel takich różnych środków zaradczych jak przymus bezpośredni czy leki sedatywne, co wtórnie utwierdza pacjenta w jego przekonaniach.

ŹRÓDŁA AGRESJI PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Analiza wyników dotychczasowych badań dotyczących agresji pacjentów psychiatrycznych – jej form i źródeł – wskazuje przede wszystkim na brak jednoznacznej i spójnej definicji samego pojęcia „agresja”, co znacząco utrudnia porównywanie wyników i wyciąganie z nich ogólniejszych wniosków. Dodatkową przeszkodą metodologiczną jest sposób operacjonalizacji zmiennych. Traktowanie pojęcia agresji jako zmiennej kategoryjnej zakłada podział badanych na agresywnych i nie-agresywnych, jednak kryteria włączania do poszczególnych grup nie zawsze są jasno określone. Uznanie tej zmiennej za wymiar stwarza trudności w precyzyjnym pomiarze różnego stopnia jej nasilenia.

W zależności od podejmowanej tematyki można wyodrębnić dwie zasadnicze grupy badań:

- analizy zajmujące się przeglądem czynników indywidualnych zwiększających ryzyko agresji („model wewnętrzny”);
- analizy czynników związanych ze środowiskiem szpitalnym i personelem psychiatrycznym, które mogą wyzwalać agresję pacjentów („model zewnętrzny”).

Indywidualne czynniki ryzyka związane z pacjentem

Objawy psychopatologiczne. Większość badań z tego zakresu dotyczy związków między schizofrenią a zachowaniami agresywnymi. Zarówno sama natura schorzenia, wiążąca się z nim upośledzona kontrola emocjonalna, jak i obecność objawów wytwórczych są uznawane za czynniki sprzyjające zachowaniom agresywnym. Równocześnie wyniki badań nadal pozostają niejednoznaczne [6]. Choć zależność między objawami schizofrenii a zachowaniami agresywnymi nie jest jasna, zwraca się uwagę na fakt, że tego rodzaju zachowania tych chorych są najczęściej wyjaśniane ich objawami psychopatologicznymi [7].

Objawy uboczne działania leków przeciwpsychotycznych. Niektórzy autorzy zakładają, że obok objawów psychopatologicznych sam rodzaj farmakoterapii i wszelkie wynikające z niej skutki uboczne – jak akatyzyja – zwiększają napięcie u pacjentów i same w sobie mogą stanowić przyczynę agresji [8].

Współwystępowanie zaburzeń z różnych osi. Za czynnik znacząco zwiększający ryzyko agresywnych zachowań pacjentów uznaje się współwystępowanie z zaburzeniami psychotycznymi zaburzeń osobowości szczególnie paranoidalnych i dyssocjalnych. Osobna grupa badań zajmuje się zależnością między zaburzeniami osobowości a agresją [9] i wskazuje na istnienie związków między tymi zmiennymi. Równocześnie jak ostrzega Freedman [10] do traktowania zaburzeń osobowości jako predyktora agresji należy podchodzić nader ostrożnie, gdyż korelacja wyników w skali psychopatii PCL-R autorstwa Hare’a z zachowaniami agresywnymi jest niska lub nie występuje w ogóle.

Płeć i wiek pacjenta. Choć wielu autorów podkreśla, że pacjenci płci męskiej są agresywni częściej i przejawiają bardziej niebezpieczne zachowania, są badania pokazujące, że w populacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi zachowania agresywne o różnym nasileniu występują w takiej samej formie u kobiet i u mężczyzn. Przegląd dotychczasowych wyników badań wskazuje, że w populacji młodszych pacjentów ryzyko agresji jest większe niż wśród osób starszych [11].

Nadużywanie substancji. W szereg badań [7, 12, 13] wykazano, że nadużywanie substancji jest czynnikiem znacząco zwiększającym ryzyko agresywnych zachowań w populacji pacjentów. Jak zaznacza Soyka [14] u pacjentów chorych na schizofrenię nadużywanie substancji sprzyja nie tylko przemocy, ale i zachowaniom samobójczym.

Wcześniejsze epizody agresji i przemocy. Wszyscy autorzy zajmujący się tą problematyką zgodnie podkreślają, że wcześniejsze epizody zachowań agresywnych stanowią bardzo istotny predyktor kolejnych epizodów tego typu. Według Solimana i Rezy [15] agresja ujawniana przez pacjentów wiąże się nie tylko z ich wcześniejszymi zachowaniami agresywnymi, ale także z próbami samobójczymi. Tłumaczą, iż zaburzona kontrola emocjonalna może uruchamiać agresję skierowaną tak przeciwko sobie, jak i przeciw innym.

Wczesne doświadczenia o charakterze nadużyć seksualnych. Swanson [13] podkreśla, że doświadczenie bycia ofiarą nadużycia seksualnego w dzieciństwie może stanowić czynnik sprzyjający zachowaniom agresywnym w dorosłym życiu. Autor ten zaznacza też, że ryzyko agresji jest tym większe, im więcej czynników ryzyka ujawnia jedna osoba.

Czynniki poznawcze. Dysfunkcjonalne schematy poznawcze przejawiane szczególnie przez pacjentów z zaburzeniami osobowości, a zawierające treści wyższościowe lub paranoidalne często prowadzą do uruchamiania agresji zarówno słownej, jak i fizycznej. Podobny czynnik stanowi tu tzw. agresywny styl atrybucyjny opisany przez McNeila [16].

Czynniki ryzyka związane z otoczeniem pacjenta

Przestrzeń oddziału. Jak wykazał w swoich badaniach Nijman [17], na oddziałach, gdzie występowało duże zagęszczenie pacjentów, wskaźnik epizodów agresji w skali roku był wyższy niż na oddziałach oferujących pacjentom więcej przestrzeni. Na zatłoczonym oddziale pacjenci nie mają możliwości spędzania czasu w samotności, choć często sobie tego życzą. Równocześnie jest dużo więcej interakcji z innymi pacjentami, na jednego pacjenta przypada mniejsza liczba osób z personelu, a kumulacja tych wszystkich elementów niejednokrotnie prowadzi do agresji. Kumar i Bradley [18] podkreślają, że zwiększenie częstotliwości epizodów agresji na oddziałach psychiatrycznych, jakie obserwuje się w ostatnich latach, może pośrednio wynikać właśnie z nasilania się problemu stłoczenia w szpitalach.

Rodzaj zajęć terapeutycznych. Wskazuje się tu dwa zasadnicze problemy. Z jednej strony czynnikiem nasilającym frustrację pacjentów, a tym samym zwiększającym ryzyko agresji z ich strony, jest niedosyt stymulacji wynikający z niewystarczającego ustrukturalizowania czasu i braku interesujących zajęć terapeutycznych. Z drugiej strony zajęcia zbyt intensywne i stawiające pacjentom zbyt wysokie wymagania mogą wywołać podobny efekt.

Stosowanie metod przymusu bezpośredniego i leków sedatywnych. Oddziaływanie te służące personelowi psychiatrycznemu jako podstawowe metody radzenia sobie z agresją pacjentów paradoksalnie mogą ją jeszcze nasilać. Lęk odczuwany przez personel, a dodatkowo trudności w adekwatnej ocenie sytuacji i stopnia zagrożenia, jakie stanowi pacjent, prowadzą niejednokrotnie do nadużywania tego typu metod. Z kolei unieruchomienie – czy to fizyczne czy chemiczne – nasila u pacjenta poczucie bezradności i kontroli, a tym samym zwiększa ryzyko zachowań agresywnych.

Czynniki ryzyka związane z personelem psychiatrycznym

Rodzaj komunikacji i jakość relacji terapeutycznej. Wszelki trudności komunikacji z personelem medycznym, brak wystarczającej informacji o celach terapii czy elementach związanych z diagnostyką i terapią niejednokrotnie stanowią podłoże uruchamiające sytuacje

konfliktowe. Beauford i wsp. [19] wyróżnili problem jakości relacji terapeutycznej jako czynnik ryzyka. W swoim badaniu wykazali, że słaba relacja terapeutyczna nawiązana już we wstępnym kontakcie z chorym jest elementem zwiększającym ryzyko zachowań agresywnych ze strony tego pacjenta.

Płeć i wiek personelu. Jak wykazali Owen i wsp. [20] czynnikiem sprzyjającym różnym formom zachowań agresywnych na oddziale psychiatrycznym jest przewaga personelu płci żeńskiej. Równocześnie im młodsi są pracownicy oddziału tym większe jest ryzyko, iż staną się ofiarami agresji pacjentów.

Brak odpowiednich kwalifikacji i doświadczenia. Owen i wsp. [21] analizowali też kwalifikacje personelu medycznego w zakresie radzenia sobie z zachowaniami agresywnymi pacjentów i wczesnej identyfikacji sygnałów tego typu zachowań. Jak wykazano, im mniejsze doświadczenie personelu w tym zakresie, tym częściej występują epizody agresji.

Obecność osób szkolących się na oddziale. Obecność studentów szkolących się na oddziale zwiększa ryzyko zachowań agresywnych, nie tylko ze względu na częstotliwość ich kontaktów z pacjentami, ale także ze względu na fakt, że personel poświęca więcej czasu na uczenie, a mniej na kontakty z chorymi [20].

Poziom satysfakcji z wykonywanej pracy. Nolan [22] podkreśla, iż z jego badań wynika, że niski poziom satysfakcji z wykonywanej pracy stwierdzony u personelu medycznego powoduje spadek zaangażowania w wykonywane obowiązki, zaburza komunikację z pacjentami i pośrednio rzutuje na zwiększenie częstotliwości zachowań agresywnych ze strony pacjentów.

Lęk ujawniany przez personel. Szereg badań [23, 24] potwierdza, że lęk odczuwany przez personel, a co za tym idzie niepewność w kontakcie z pacjentami sprzyjają nasileniu agresji ze strony chorych.

Cechy osobowości personelu. Są badania koncentrujące się na pewnych aspektach osobowości pracowników psychiatrycznych służb medycznych jako na czynnikach sprzyjających wyzwalaniu agresji u chorych. Szczególną rolę odgrywają tu autorytaryzm i wysokie poczucie kontroli [24].

FORMY AGRESYWNYCH ZACHOWAŃ PACJENTÓW

Różne zachowania agresywne przejawiane przez pacjentów z zaburzeniami psychicznymi można podzielić ze względu na dwa kryteria: (1) na ile ciężki jest incydent, (2) kto staje się ofiarą takiego zachowania? Ze względu na zróżnicowanie ujęć agresji i badanych populacji znowu pojawiają się trudności w porównywaniu wyników badań.

Biorąc pod uwagę nasilenie zachowania da się wyróżnić:

- słabe i umiarkowane formy agresji, do których zaliczane są groźby, obraźliwe słowa oraz niszczenie przedmiotów,

– poważne zachowania agresywne – prowadzące do uszkodzeń ciała, sińców, zadrapań, a nawet utraty przytomności.

W zależności od obiektu agresji wyróżnia się:

- zachowania autoagresywne – samookaleczenia, próby samobójcze dokonywane przez pacjenta,
- zachowania skierowane na innych pacjentów,
- zachowania skierowane na personel – pielęgniarki, lekarzy, psychologów itd.

Większość badań potwierdza, że najczęściej obiektem agresji jest personel pielęgniarski. Jak podają Erdos i Hughes [25] ok. 20% pielęgniarek napadniętych niespodziewanie przez pacjentów zgłasza urazy fizyczne w postaci złamań, skaleczeń, siniaków, a nawet epizodów utraty przytomności.

WPLYW ZACHOWAŃ AGRESYWNYCH PACJENTÓW NA PERSONEL MEDYCZNY

Wielu autorów [22] zwraca uwagę na fakt, że epizody zachowań agresywnych na oddziałach psychiatrycznych często nie są raportowane. Dzieje się tak szczególnie wtedy, gdy chodzi o pacjentów wielokrotnie agresywnych, do których zachowania personel stopniowo się przyzwyczaił. Równocześnie często zachowania tego typu są traktowane jako niemiłe, ale nieuchronny i nieodłączny element wykonywanej pracy i dlatego nie są zgłaszane i nie wywołują wyraźnej reakcji pracowników. Jednak nie można zapominać, że rola ofiary różnych form agresji ze strony pacjentów może sprowadzać poważne skutki długo- i krótkoterminowe. Nawet niewielki uraz cielesny może owocować poważnymi psychologicznymi konsekwencjami, czasem w postaci objawów zespołu stresu pourazowego.

Psychologiczne skutki werbalnej, a szczególnie fizycznej napaści, są najczęściej przeżywane przez personel jako złość, lęk i poczucie bezradności. Powstałe w ten sposób lękowe nastawienie niejednokrotnie owocuje ich unikaniem i wycofaniem z własnych obowiązków [26]. Jak wykazali w swoich badaniach Erdos i Hughes [25] 65% pracowników szpitala psychiatrycznego, którzy byli ofiarami czynnej agresji potrzebowało od tygodnia do roku zwolnienia lekarskiego z pracy, aby po tym wydarzeniu w pełni odzyskać siły. U wielu z nich po ustąpieniu fizycznych skutków napaści utrzymywały się psychiczne symptomy, ze wspomnianymi objawami zespołu stresu pourazowego (PTSD) włącznie.

Inną ważną konsekwencją agresji ze strony pacjentów psychiatrycznych są różnorodne reakcje przeciwprzeniesieniowe personelu. Bez względu na specjalność, czy chodzi o psychiatrę, psychologa czy personel pielęgniarski, zachowania agresywne uruchamiają różnorodne emocje i skojarzenia wiążące się z ich osobistym doświadczeniem. Ponieważ reakcje przeciwprzeniesieniowe mogą rzutować na proces leczenia i sposób traktowania pacjenta, ważne jest, aby członkowie zespołu

terapeutycznego mieli świadomość tych reakcji oraz ich możliwych konsekwencji [27].

Istotnym aspektem zagadnienia agresji pacjentów jest wpływ, jaki tego typu zachowania mają na powstawanie zespołu wypalenia zawodowego. Wypalenie zawodowe jest szerokim terminem opisującym przewlekły stres wynikający z wykonywanej pracy zawodowej, definiowany w trzech kategoriach: emocjonalnego wyczerpania, depersonalizacji (negatywnego, cynicznego nastawienia do innych) i redukcji poziomu zawodowych osiągnięć [28]. Problem wypalenia analizowany jest w kontekście wielu zawodów, jednak w zakresie psychiatrii ma znaczenie szczególne, gdyż jak to potwierdzają badania, ta grupa zawodowa jest szczególnie podatna na syndrom wypalenia. Jak piszą Rabin i wsp. [29] lekarze ogólni przejawiają umiarkowane cechy tego syndromu, podczas gdy u psychiatrów występuje bardzo wysoki poziom emocjonalnego wyczerpania i depersonalizacji. Autorzy ci porównali także poziom wypalenia u psychiatrów będących pracownikami oddziałów psychiatrycznych i psychiatrii środowiskowej. W grupie pierwszej stwierdzono wyższy poziom depersonalizacji, co tłumaczono rozbieżnością między oczekiwaniami i wyobrażeniami związanymi pracą na oddziale, a realną sytuacją, z jaką na co dzień stykają się ci lekarze. W grupie pracowników środowiskowych wykonujących zadania niejednokrotnie wiążące się z większym zagrożeniem agresją stwierdzono większe nasilenie wypalenia w sferze wyczerpania emocjonalnego. W innych badaniach Prosser [30] wykazał, że pracownicy placówek środowiskowych doświadczają wysokiego poziomu stresu i znacząco większego nasilenia objawów wypalenia niż pracownicy szpitali.

PODSUMOWANIE

Biorąc pod uwagę całe spektrum następstw, jakie mają dla psychiatrycznego personelu medycznego wszelkie zachowania agresywne pacjentów, dalsza analiza czynników ryzyka takich zachowań, metod wczesnego wykrywania sygnałów agresji oraz opanowywania wszelkich jej form wydaje się konieczna. Trzeba tu jednak podkreślić, że dalsze badania dotyczące uwarunkowań i skutków agresywnych zachowań pacjentów, powinny się opierać na wielowymiarowym modelu agresji. Musi on uwzględniać nie tylko zmienne indywidualne związane z samą osobą chorego, którym jak dotąd poświęcano najwięcej uwagi, ale także brać pod uwagę całe spektrum uwarunkowań sytuacyjnych i czynników związanych z personelem. Jak wykazują nieliczne nadal badania dotyczące tych dwóch ostatnich elementów, ogrywają one rolę równie ważną jak zmienne indywidualne.

Stworzenie wielowymiarowego modelu pozwoli nie tylko na lepsze opisanie mechanizmów zachowań agresywnych pacjentów, ale przyczyni się także do poprawienia metod prewencji i opanowywania tego typu

zachowań. Wszelkie podejmowane działania zapobiegawcze powinny uwzględniać trzy wspomniane grupy zmiennych. Choć problem agresji w psychiatrii nie może być całkowicie wyeliminowany, istnieje szeroka przestrzeń dla rozwoju metod jej ograniczania, a tym samym coraz skuteczniejszego zapobiegania jej negatywnym wpływom na personel.

PIŚMIENNICTWO

1. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L, Weiner MA. Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 88–93.
2. Littrell KH, Littrell SH. Current understanding of violence and aggression: assessment and treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1998; 36: 18–24.
3. Axer A, Beckett R. Trening personelu psychiatrycznego w przeciwdziałaniu zachowaniom niebezpiecznym (Training in preventing assaultive behaviors for psychiatric professionals). *Psychiatr Pol* 1998; 4: 433–42.
4. Duxbury J. An exploratory account of registered nurses' experience of patient aggression in both mental health and general nursing settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999; 6: 197.
5. Nijman LI, Campo ML, Ravelli PD, Merckelbach LG. A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 832–4.
6. Appelbaum PS, Clark Robbins P, Monahan J. Violence and delusions: data from the macatur violence risk assessment study. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 566–72.
7. Taylor P, Leese M, Williams D, Butwell M, Daly R, Larkin E. Mental disorder and violence. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 218–26.
8. Tuninger E, Levander S, Bernce R, Johansson G. Criminality and aggression among psychotic in-patients: frequency and clinical correlates. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 103: 294–300.
9. Lilienfeld SO. Methodological advances and developments the assessment of psychopathy. *Behav Res Ther* 1998; 36: 99–125.
10. Freedman D. Premature reliance on the Psychopathy Checklist-Revised. *J Assessment* 2002; 1: 1–23.
11. Lam JN, McNeil DE, Binder RL. The relationship between patients gender and violence leading to staff injuries. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 1167–70.
12. Scott H, Johnson P, Menezes P, Thornicroft G, Marshall J, Bindman J, Bebbington P, Kuipers E. Substance misuse and risk of aggression and offending among the severely mentally ill. *Br J Psychiatry* 1998; 172: 345–50.
13. Swanson WJ, Swartz MS, Essock SM, Osher FC, Wagner RH, Goodman LA, Rosenberg SD, Meador KG. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *J Public Health* 2002; 9: 1523–31.
14. Soyka M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 345–50.
15. Soliman A, Reza H. Risk factors and correlates of violence among acutely adult psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 75–80.
16. McNeil DE, Eisner JP, Binder RL. The relationship between aggressive attributional style and violence by psychiatric patients. *J Consult Clin Psychol* 2003; 2: 399–403.
17. Nijman LI, Rector G. Crowding and aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 830–1.
18. Kumar S, Bradley N. Crowding and violence on psychiatric wards: explanatory models. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 433–7.
19. Beauford JE, McNeil DE, Binder RL. Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating patients' risk of violence. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1272–6.
20. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Violence and aggression in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 1452–7.
21. Owen C, Tarantello C, Jones M, Tennant C. Repetitively violent patients in psychiatric units. *Psychiatr Serv* 1998; 49: 1458–61.
22. Nolan P, Dellender J, Soartes J, Thomsen S, Arnetz B. Violence in mental health care: the experiences of mental health nurses and psychiatrists. *J Adv Nurs* 1999; 30: 934–41.
23. Fry AJ, O'Riordan D, Turner M, Mills KL. Survey of aggressive incidents experienced by community mental health staff. *Int J Ment Health Nurs* 2002; 11: 112–20.
24. Spokes K, Bond K, Lowe T, Jones J, Illingworth P, Brimblecombe N, Wellman N. HOVIS – the Hertfordshire/Oxfordshire violent incident study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9: 199–209.
25. Erdos BZ, Hughes DH. Emergency Psychiatry: A review of assaults by patients against staff at psychiatric emergency centers. *Psychiatr Serv* 2001; 52: 1175–7.
26. Flannery R, Fisher W, Walker A, Kołodziej K, Spillane M. Assaults on staff by psychiatric patients in community residences. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 111–3.
27. Benson A, Secker J, Balfe E, Lipsedge M, Robinson S, Walker J. Discourses of blame: accounting for aggression and violence on an acute mental health inpatient unit. *Soc Sci Med* 2003; 57: 917–26.
28. Bakker A, Demerouti E, Schaufeli W. Validation of the Maslach burnout inventory – general survey: an internet study. *Anxiety, Stress and Coping* 2002; 15: 245–60.
29. Rabin S, Feldman D, Kaplan Z. Stress and intervention strategies in mental health professionals. *Br J Med Psychol* 1999; 72: 159–69.
30. Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Dunn G, Szmukler G, Reid Y, Bebbington P, Thornicroft G. Mental health, “burnout” and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Soc Psychiatry Epidemiol* 1999; 34: 295–300.

Adres: Mgr Magdalena Sariusz-Skapska, Oddział Leczenia Depresji Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, ul. Kopernika 21B, 31-501 Kraków