



## Ocena przestrzegania przepisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczących przymusu bezpośredniego

*Evaluation of implementation of the Mental Health Act  
provisions concerning physical restraint*

STANISŁAW DĄBROWSKI

Z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** Z analizy 959 zawiadomień o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wynika, że: postępowanie to, głównie w formie unieruchomienia, rzadko – przytrzymania, stosowano wobec 209 osób, tj. co najmniej w 12,36% leczonych w okresie 6 miesięcy hospitalizacji. Wśród zachowań uzasadniających zastosowanie przymusu zdecydowanie przeważała agresja przeciwko innym, autoagresja, gwałtowne niszczenie mienia, pobudzenie ruchowe nad powodami głównie terapeutycznymi, zachowaniami uciążliwymi dla otoczenia, ucieczkami i innymi. Powody zastosowania przymusu bezpośredniego w: 54,2% epizodów były zgodne z ustawą, 33,7% – formalnie zgodne, ale nie uzasadnione wystarczająco, 3,8% – niezgodne z ustawą, 4,1% – wątpliwe, 4,2% – nastąpiły na żądanie pacjenta. Lekarz zlecający przymus bezpośredni i kierownik szpitala w sposób mechaniczny akceptują zasadność zastosowania przymusu.

**SUMMARY.** An analysis of 959 reports on physical restraint episodes that occurred in mental hospitals within 6 months was carried out. The results indicate that physical restraint in the form of immobilization using strait-jackets and belts was applied in 209 cases (i.e. to 12.4% of treated patients). Among behaviours justifying the use of physical restraint aggression against others, self-aggression, violent destroying of property, and motor agitation prevailed over mostly therapeutic reasons, troublesome behaviours, escapes, and other. Out of 959 episodes: 54.2% were in accordance with the statutory regulations, 33.7% – in formal accordance, but lacking sufficient justification, 3.8% – contrary to the regulations, 4.1% – doubtful, while 4.2% – on the patient's own request. Legitimacy of physical restraint was found to be accepted mechanically by the doctor ordering the use of physical restraint and by director of the hospital.

**Słowa kluczowe:** przymus bezpośredni

**Key words:** physical restraint

W skąpym piśmiennictwie na temat przymusu pojawił się w ostatniej dekadzie nowy trend. Wcześniejsze badania na temat przymusu bezpośredniego zostały prawie całkowicie wyparte przez badania empiryczne nad szeroko pojmowanym subiektywnym postrzeganiem (odczuwaniem, przeżywaniem, doświadczaniem) przymusu (presji) wywieranego na pacjenta (perceived coercion). Chodzi tu głównie o przekonanie pa-

cjenta o braku wpływu, wyboru, swobody w podejmowaniu decyzji o przyjęciu do szpitala psychiatrycznego [4] lub o zgodzie na leczenie podczas hospitalizacji [15], o braku autonomii [6], albo innymi słowami – pacjent nie czuje się na tyle wolnym (niezależnym), aby móc sprzeciwić się przyjęciu do szpitala [12].

Zainteresowanie tym problemem wynika z często obserwowanej rozbieżności między

po pierwsze – obiektywnym, zapisanym w dokumentacji i po drugie – subiektywnie postrzeganym statusem prawnym pacjenta. Znaczna część niedobrowolnie (*involuntary*) przyjętych pacjentów nie czuje się zmuszana do przyjęcia, a część dobrowolnych (*voluntary*) uważa się za przyjętych pod przymusem [7, 12]. W badaniach nad uwarunkowaniem postrzegania przymusu uwzględnia się pozytywny nacisk na pacjenta w formie przekonywania i nakłaniania (w tym obiecywania) i negatywny nacisk w formie groźby i siły [10]. Z subiektywnego postrzegania przymusu wynikają znaczne różnice między częstością zarejestrowanych i zgłaszanych przez pacjentów epizodów zastosowania zewnętrznej presji, w tym przymusu bezpośredniego [8].

## CEL

Celem tej pracy jest ocena przestrzegania przepisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego regulujących stosowanie przymusu bezpośredniego w szpitalu psychiatrycznym (art. 18 i 34).

## BADANI

Analiza wykazała, że w okresie 6 miesięcy (od 1 listopada 1999 r. do 30 kwietnia 2000 r.) przymus bezpośredni stosowano 959 razy wobec 209 pacjentów (112 mężczyzn i 97 kobiet). Jednorazowo zastosowano ten środek wobec 108 pacjentów (66 mężczyzn i 42 kobiety), wielokrotnie (od 2 do 70 razy) wobec 101 pacjentów (48 mężczyzn i 53 kobiety).

## METODA

Ocenę przestrzegania art. 18 i 34 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (o.z.p.) przeprowadzono wyłącznie na podstawie analizy danych zawartych w zawiadomieniach o zastosowaniu przymusu, przesyłanych dyrektorowi jednego z dużych szpitali psychiatrycznych.

Skąpe informacje zapisane w zawiadomieniach (m.in. dane niezbędne do identyfikacji

pacjentów, oddziału, dnia, godziny, rodzaju przymusowej interwencji) i dosłowne brzmienie uzasadnienia przenoszono na listę epizodów sporządzoną wg kolejności następowania interwencji w czasie. Na podstawie tej listy opracowano listę alfabetyczną pacjentów z liczbą i typem epizodów, a następnie listę pacjentów wg kolejności interwencji z uwzględnieniem liczby epizodów i powodów zastosowania przymusu bezpośredniego.

W analizie zebranego materiału, używano dwóch pojęć – (a) typ (rodzaj) zachowania pacjenta i (b) powód zastosowania przymusu. Typ zachowania oznacza odnotowane w zawiadomieniu uzasadnienie zastosowania przymusu w konkretnym epizodzie: „kopał pielęgniarkę”, „usiłował dusić pacjentkę” lub „czynna agresja”. Powód zastosowania przymusu jest pojęciem szerszym, obejmującym zarówno typ zachowania, jak i sposób udokumentowania (należy uzasadnić lub nieuzasadnić), zgodność z przesłankami ustawowymi, znajomość ustawy i inne czynniki mające wpływ na podjęcie decyzji, np. tolerancja personelu, przestrzeganie zasady najmniejszej uciążliwości (art. 18 ust. 4).

## WYNIKI

We wspomnianym okresie do badanego szpitala przyjęto na pobyt całodobowy 1392 osoby, 320 przejęto z października 1999 r., a 201 osób przeniesiono między oddziałami. Ogółem zarejestrowano 1892 epizody hospitalizacji. Aby przytoczoną wyżej liczbę 209 osób odnieść do ogólnej liczby leczonych w tym czasie należy od 1892 odjąć 201 epizodów ruchu międzyoddziałowego. Otrzymana w ten sposób liczba 1691 jest zbliżona do liczby leczonych. A zatem odsetek osób, wobec których zastosowano przymus bezpośredni wynosił co najmniej 12,36% (odsetek ten nie uwzględnia niewielkiej liczby przyjęć powtórnych w tym czasie).

Z uzasadnień 959 epizodów zastosowania przymusu odnotowanych w zawiadomieniach, wyodrębniono 8 typów (rodzajów) zachowań, które miały tłumaczyć użycie tego środka.

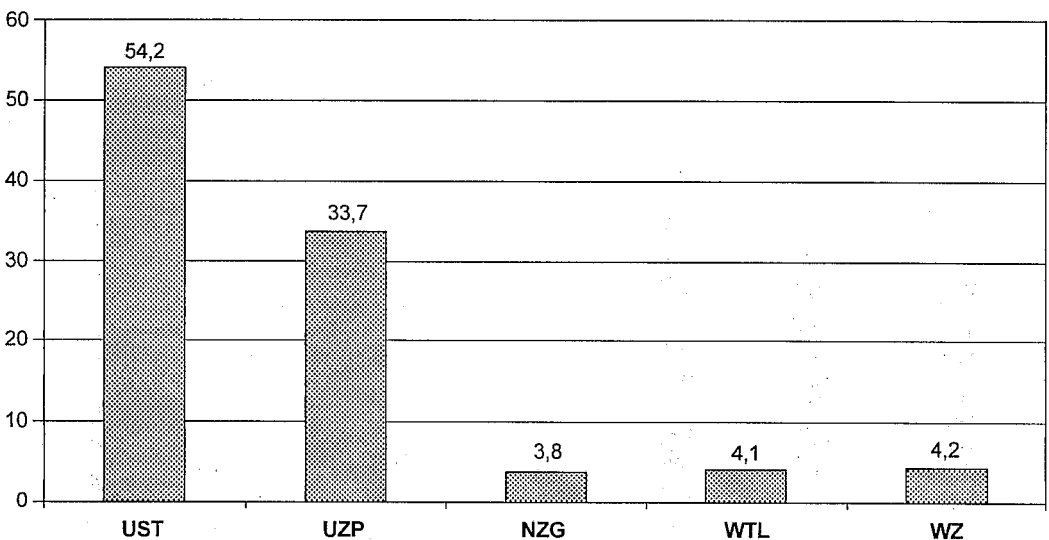
Tablica. Częstość różnego rodzaju zachowań powodujących unieruchomienie

| Symbol                 | Typ zachowań   | Liczba epizodów |      |
|------------------------|--|-----------------|------|
|                        |  | N               | %    |
| A <sub>1</sub> P       | agresja przeciwko innym często z mniej lub bardziej intensywnym pobudzeniem  | 229             | 23,9 |
| A <sub>2</sub> P       | autoagresja z pobudzeniem jak wyżej  | 117             | 12,2 |
| ADP                    | agresja (przeciwko innym i sobie) z gwałtownym niszczeniem przedmiotów i pobudzeniem   | 223             | 23,3 |
| DP                     | niszczenie otoczenia z pobudzeniem   | 51              | 5,3  |
| ZP                     | różne zespoły psychopatologiczne często z pobudzeniem (deliryczny i inne zaburzenia świadomości, paranoidalny, katatoniczny) | 47              | 4,9  |
| UCK                    | ucieczka z oddziału  | 12              | 1,2  |
| T                      | terapeutyczne powody: odmowa, protest, opór przeciwko zabiegom leczniczym  | 164             | 17,1 |
| Inne rodzaje zachowań: |  |                 |      |
| NZG                    | niezgodne z przesłankami ustawy  | 37              | 3,8  |
| WTL                    | wątpliwe   | 39              | 4,1  |
| WZ                     | żądanie pacjenta   | 40              | 4,2  |

Ze względu na złożoność czterech pierwszych typów i trudność dokładnego określenia udziału pobudzenia ruchowego przedstawione wyżej proporcje mają probabilistyczny charakter. Struktura pozostałych typów (5, 6, 7, 8) jest prosta, ponieważ ograniczają się głównie do jednego składnika.

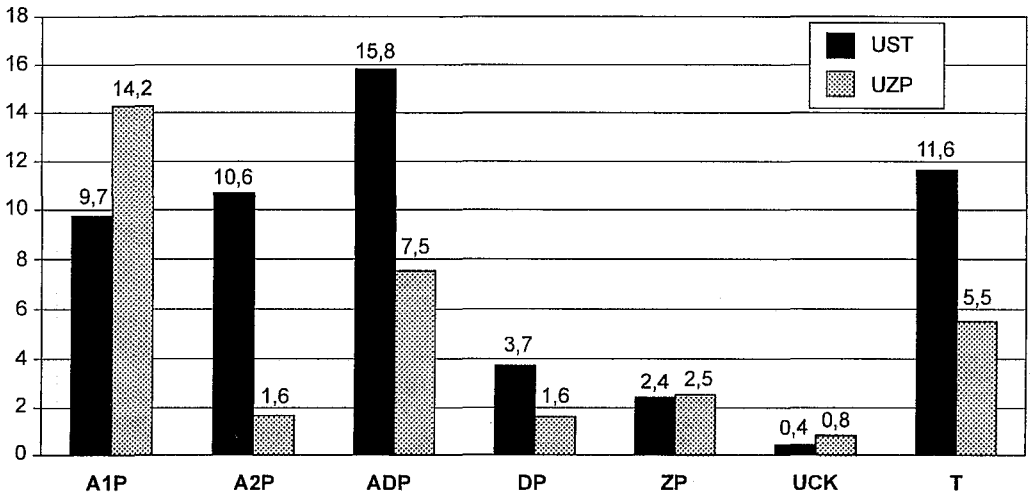
Porównując zarejestrowane powody przymusu w 959 epizodach z przesłankami ustawowymi, wyodrębniono 5 grup epizodów:

1. *Zgodne z wymogami ustawy i należyte uzasadnione* (UST) – 520 (54,2%) epizodów, w tym o typie: ADP – 151 (15,8%), T – 111 (11,6%), A<sub>2</sub>P – 102 (10,6%), DP



Rysunek 1. Powody zastosowania przymusu w % (N=959 epizodów)

- 36 (3,7%), ZP – 23 (2,4%), UCK – 4 (0,4%). Przykłady: „uderzył pacjenta i rozbił telefon”, „w silnym pobudzeniu, wyrwał wenflon”, „pobudzony, złamał rękę, kropiół”, „bije głową o podłogę”, „atakował widelcem pacjenta”, „połamał krzesło, pobudzony”, „w gwałtownym pobudzeniu – katatonii”, „pobudzony, kopie drzwi”. Przymus w formie unieruchomienia zastosowano w 513 epizodach, natomiast przytrzymanie w 7 (0,9%).
- Formalnie zgodne z wymogami ustawy, ale nie uzasadnione wystarczająco (UZP)* – 323 (33,7%) epizody, w tym o typie A<sub>1</sub>P – 136 (14,2%), ADP – 72 (7,5%) i T – 53 (5,5%), ZP – 24 (2,5%), A<sub>2</sub>P – 15 (1,6%), DP – 15 (1,6%), UCK – 8 (0,8%). Przykłady: „agresja czynna”, „agresja”, „niszczy meble”, „unieruchomiony do kropiół”, „urojeniowy”, „zagroza sobie”, „próba ucieczki”. W omawianej grupie przymus w formie unieruchomienia zastosowano w 295 epizodach, natomiast w 28 (2,9%) epizodach ograniczono się do przytrzymania, w tym 26 razy w celach leczniczych.
  - Niezgodne z przesłankami ustawy (NZG)* – 37 (3,8%) epizodów, najczęściej: „palenie papierosów w miejscach niedozwolonych” (16 epizodów), „agresja słowna”, „psychotyczny lub urojeniowy”, „mówił, że jest diabłem”, „brak współpracy”, „bez kontaktu”, „prowokuje konflikty”, „rzucił kubkiem, popielniczką, choinką o podłogę”, „wulgarny”, „zbił termometr”, „trzaska drzwiami”, „rzuca kapiami”, „kopie drzwi”, „kradnie”, „rozwała pościel”, „kładzie się w przejściu”. Zachowania takie występowały jako jedyny powód unieruchomienia w 37 tych epizodach i 39 innych jako powód dodatkowy.
  - Wątpliwe (WTL)* – 39 (4,1%) epizodów, najczęściej: „głośna”, „zakłóca ciszę nocną”, „gasi światło”, „rozbiiera się do naga”, „pobudzony seksualnie”, „sika do umywalni”, „pluje na pacjentów”, „polewa wodą”, „rozlał wodę”, „wchodzi do łóżek innych pacjentów”, „wchodzi do sali kobiecej”, „przewraca meble”, „przepycha się z personelem”. Zachowania takie występowały w tej grupie jako jedyny powód unieruchomienia i jako powód dodatkowy w 22 innych epizodach.
  - Unieruchomienie na prośbę pacjenta (WZ)* – 40 (4,2%) epizodów zarejestrowano u 9 pacjentów wyłącznie wielokrotnie unieruchamianych (u jednego z nich 29 razy). Analiza zawiadomień nasuwa ponadto kilka formalnych, rzadziej merytorycznych,



Rysunek 2. Typy zachowań i powody zastosowania przymusu bezpośredniego w grupie UST i UZP (w %)

uwag. Do ważniejszych należy nieczytelne nazwisko pacjenta (60 epizodów), nieczytelnie odbita pieczętka osobista lekarza (27 epizodów), brak wpisów określających godzinę rozpoczęcia unieruchomienia (59 epizodów) lub nazwy oddziału (31 epizodów) W 8 przypadkach zawiadomienia trafiały do dyrektora ze zwłoką od 2 do 8 tygodni.

We wszystkich zawiadomieniach odnotowano wpis, iż każdego pacjenta poinformowano o zastosowaniu przymusu. Każde zawiadomienie było podpisane przez lekarza zlecającego przymus i zatwierdzone przez dyrektora szpitala.

## OMÓWIENIE

Z przedstawionych danych wynika, że przymus bezpośredni głównie w formie unieruchomienia – 924 (96,3%) epizody, rzadziej przytrzymania – 35 (3,7%), zastosowano wobec 209 leczonych osób, tj. co najmniej 12,36% w okresie 6 miesięcy. Wynik ten jest bardzo zbliżony do rezultatów monitorowania przepisów Ustawy, w tym dotyczących przymusu bezpośredniego, w prawie wszystkich psychiatrycznych jednostkach szpitalnych. Dane te trudno porównywać z wynikami innych, zwłaszcza amerykańskich autorów, bowiem w zależności od metody, definicji przymusu, czasu obserwacji, rodzaju populacji pacjentów, typu szpitala, prawnych lub administracyjnych regulacji i innych czynników – wahają się one od 3,6 [Soloff i Turner – 18] do 66% [Wadson i Carpentier – 19]. W Wielkiej Brytanii wewnętrzne regulacje szpitalne ograniczają przymus bezpośredni do izolacji – *seclusion* [9]. Według badań własnych z 1977 r., odsetek pacjentów unieruchomionych w okresie od 3 do 14 dnia hospitalizacji wynosił 38,8% [1], a według badań z 1998 r. [2] przymus bezpośredni w oddziale stosowano wobec 26,1% (100% – 440 p.) pacjentów psychotycznych na kwarantanie, znacząco częściej wobec przyjętych bez zgody (18,4%), niż za zgodą (7,7%). Zgodnie z ustaleniami Rutkowskiego [16] odse-

tek unieruchomień w ciągu miesiąca wynosił 5,5% leczonych.

Z analizy typów zachowań powodujących stosowanie przymusu wynika, że zdecydowanie przeważała agresja przeciwko innym z pobudzeniem (23,9%), autoagresja z pobudzeniem (12,2%), agresja z demolowaniem (23,3%) i niszczenie przedmiotów (5,3%), nad powodami terapeutycznymi (17,1%), występowaniem kilku ostrych zespołów psychopatologicznych z pobudzeniem (4,9%), ucieczkami z oddziału (1,2%) i innymi powodami (typ 8) epizodów. W sumie stosunek zachowań agresywnych do nieagresywnych miał się jak 64,7% do 35,3%.

Wyniki te są zbliżone do wcześniejszych obserwacji. Wśród przeważających powodów unieruchomienia wymienia się: obronę przed agresją [Gutheil i Tardiff – 5], zapobieżenie samouszkodzeniu [Fitzgerald i Long – 3], tendencje niszczycielskie [Mattson i Sacks – 11], gwałtowne, niekontrolowane zachowanie [Plutchik i wsp. – 14, Schwab i Lahmeyer – 17, Philips i Nasr – 13, Dąbrowski i wsp. – 2, Rutkowski – 16].

Porównując zarejestrowane powody zastosowania przymusu z przesłankami art. 18 i 34 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, wyodrębniono 5 grup epizodów:

*Zgodne z przesłankami i należyte udokumentowane (UST)* stanowiły niewielką większość – 520 (54,2%) z przewagą powodów o typie ADP (15,8%), A<sub>2</sub>P (10,6%), T (11,6%) i A<sub>1</sub>P (9,7%).

*Formalnie zgodne z przesłankami, ale niewzasadnione wystarczająco (UZP)* – 323 (33,7%) stanowiły co trzeci epizod z przewagą zachowań o typie A<sub>1</sub>P (14,2%), ADP (7,5%) i niewielkim odsetkiem powodów terapeutycznych T (5,5%), wśród których ponad połowa w formie zatrzymania.

Podstawą wyodrębnienia tej grupy było niewystarczające uzasadnienie. Przepis art. 18 ust. 2 przewiduje, że „każdy wypadek zastosowania przymusu odnotowuje się w dokumentacji medycznej”, a 11 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 sierpnia 1995 r. do art. 18 wymaga uzasadnienia zastosowania

przymusu, które wpisuje się do odpowiednich rubryk wg druku zał. nr 1 i 2. Uzasadnienie w rodzaju: „agresja czynna”, „agresja”, „niszczy mienie”, czy „zagroza sobie”, nie wyjaśnia na czym polegała „czynna agresja”, co pacjent „zniszczył”, w jaki sposób „zagroził sobie”. Unieruchomienie stanowi najbardziej drastyczne ograniczenie wolności i nietykalności cielesnej. Zastosowanie tego środka, najczęściej przez sanitariusza lub pielęgniarkę, nie może ograniczyć się do niepopartego dowodami ogólnika.

*Epizody niezgodne z przesłankami ustawy* (NZG) były stosunkowo nieliczne – 37 (3,8%) i oczywiście sprzeczne z przepisami. Nie wolno nikogo krepować dlatego, że „pali w miejscu niedozwolonym”, „jest wulgarny” lub „zbił termometr”. Zdaniem personelu pielęgniarskiego powody te są ważne, bowiem odnotowano je również w 39 innych epizodach jako powody dodatkowe. Trudno oprzeć się wrażeniu, że takie postępowanie służy bardziej wygodzie personelu niż potrzebom lub ochronie pacjentów.

Kwestia *epizodów określanych jako wątpliwe* (4,1%) jest bardziej złożona. Wprawdzie ustawa nie przewiduje możliwości zastosowania przymusu w takich sytuacjach, jednak ze względu na uciążliwość tych zachowań dla personelu i pacjentów („zakłóca ciszę nocną”, „zapala światło”, „rozlewa wodę”, „wchodzi do łóżek innych pacjentów”, „pluje na pacjentów” i inne), niezbędną jest jakaś forma interwencji. W wielu krajach przepisy przewidują zastosowanie unieruchomienia lub izolacji w przypadkach poważnego zakłócenia lub uniemożliwienia funkcjonowania (*disruption*) oddziału [5]. Mam jednak wątpliwości, czy trzeba tu uciekać się do najbardziej restrykcyjnych form. Być może wystarczyłoby rygorystyczne przestrzeganie zasady najmniejszej uciążliwości przez przytrzymanie lub przymusowe podanie leków. Projekt nowelizacji ustawy przewiduje uzupełnienie art. 18 ust. 3 przez dodanie słów: „Unieruchomienie i izolację stosuje się wyjątkowo, gdy inne sposoby okazały się nieskuteczne”.

*Unieruchomienie na własne żądanie* uwzględniono nie tylko dlatego, że niekiedy jest traktowane jako uzasadnione wskazanie do unieruchomienia lub izolacji [5], lecz również dlatego, że może być źródłem poważnych powikłań. O ile w pierwszym etapie jest to postępowanie za zgodą, o tyle potem sytuacja pacjenta może nie różnić się od unieruchomionego przymusowo, który pozostając na ogólnej sali, bywa niekiedy obiektem agresji ze strony innych pacjentów. Z tego względu pacjent unieruchomiony na własne żądanie powinien być monitorowany w taki sam sposób, jak unieruchomieni bez zgody.

Z badań wynika, że w 959 epizodach było 35 (3,6%) przytrzymania: w 1 grupie – 7 (0,7%), w 2 – 28 (2,9%). Przytrzymanie, podobnie jak przymusowe podanie leków należy odnotować w historii choroby, natomiast nie wymaga ono założenia karty przymusu i zawiadomienia kierownika zakładu. Ta niepotrzebna nadgorliwość pielęgniarki wynika z nieznamości ustawy. Zatwierdzenie zbędnego dokumentu przez lekarza oddziałowego i zastępcę kierownika świadczy, że nie czytają zawiadomień i mechanicznie je podpisują. Powyższe dane dowodzą, że często pielęgniarka – a nie lekarz – określa rodzaj środka przymusu i podejmuje merytoryczną decyzję naruszającą konstytucyjne prawo nietykalności i wolności osobistej pacjenta.

Nikt nie ma zapewne wątpliwości, że 3,6% epizodów przytrzymania jest tylko drobną częścią tej formy przymusu, która powinna być odnotowana w historii choroby. Nasze informacje opierają się wyłącznie na zawiadomieniach zgłaszanych dyrektorowi szpitala. Z niepublikowanych badań nad częstością użycia przytrzymania w okresie kwartału wynika, że przytrzymanie zastosowano wobec 3% pacjentów przyjętych do szpitala za zgodą i 10% bez zgody. Uwzględniając fakt, że przymusową interwencję farmakologiczną stwierdzono w 2,7% wyrażających zgodę na przyjęcie i 10,7% pacjentów bez zgody, można przypuszczać, że przytrzymanie służyło do tych interwencji. Źródłem powyższych informacji były opinie pacjentów, które w przy-

padku unieruchomienia były bardzo podobne do liczby zarejestrowanych kart unieruchomienia (opinie pacjentów – 7,9% i 18,0%; karty – 7,7% i 18,4%).

Do poważnych nieprawidłowości ujawnionych we wszystkich epizodach należy nieprzestrzeganie ust. 4 i 6 art. 18. Naruszenie ust. 4 polega na mechanicznym wpisywaniu do wszystkich zawiadomień uwagi, że pacjenta poinformowano o zastosowaniu przymusu. Odnotowanie uprzedzenia czy poinformowania nie jest ustawowym obowiązkiem, lecz postępowaniem zalecanym, ponieważ umożliwia pacjentowi wyrażenie zgody na inne niż siłowe rozwiązanie. W sytuacji nagłości lub znacznych zaburzeń świadomości nie jest ono wykonalne, bowiem pacjent nie jest zdolny do zrozumienia informacji. Zaburzenia świadomości są jednym z częstych zespołów w epizodach przymusu wykonywanych w celach leczniczych. Wpis o poinformowaniu w takiej sytuacji, jak też w przypadku unieruchomienia na żądanie pacjenta, nie ma żadnego prawnego znaczenia, ani sensu.

Naruszenie ust. 6 polega na mechanicznej akceptacji zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego zarówno przez zlecających go lekarzy, jak i kierownika zakładu, bez względu na to, że pokaźna część zawiadomień jest niedostatecznie uzasadniona, rzadziej wątpliwa lub oczywiście sprzeczna z wymogami Ustawy o o.z.p. Wydaje się, że ocenę zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego w dużych szpitalach psychiatrycznych i szpitalach ogólnych z oddziałami psychiatrycznymi należałoby zlecić innemu powołanemu przez dyrektora lekarzowi psychiatrze, ponieważ ani dyrektor, ani jego zastępca ds. lecznictwa nie ma tyle czasu, aby merytorycznie wykonać to zadanie.

## WNIOSKI

Z analizy zawiadomień o zastosowaniu unieruchomienia wynika, że:

1. Przymus bezpośredni w formie unieruchomienia, rzadko – przytrzymania, sto-

sowano wobec 209 osób, tj. wobec co najmniej w 12,36% leczonych w okresie 6 miesięcy hospitalizacji.

2. Wśród zachowań uzasadniających zastosowanie przymusu zdecydowanie przeważała agresja przeciwko innym, autoagresja, gwałtowne niszczenie mienia, pobudzenie ruchowe nad powodami głównie terapeutycznymi, zachowaniami uciążliwymi dla otoczenia, ucieczkami i innymi.
3. Powody zastosowania przymusu bezpośredniego w: 54,2% epizodów były zgodne z ustawą, 33,7% – formalnie zgodne, ale nie uzasadnione wystarczająco, 3,8% – niezgodne z ustawą, 4,1% – wątpliwe, 4,2% – nastąpiły na żądanie pacjenta.
4. Lekarz zlecający przymus bezpośredni i kierownik szpitala w sposób mechaniczny akceptują zasadność zastosowania przymusu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Dąbrowski S, Frydman L, Żakowska-Dąbrowska T. Physical Restraint in Polish Psychiatric Facilities. *Int J Law Psychiatry* 1986; 8 (4): 369–82.
2. Dąbrowski S, Brodniak WA, Welbel S. Realizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Ekspertyza dla Ministerstwa Zdrowia. Praca niepublikowana; 1988.
3. Fitzgerald RG, Long I. Seclusion in the treatment and management of severely disturbed manic and depressed patients. *Perspect Psychiat Care* 1973; 11: 59–64.
4. Gardner W, Hoge SK, Bennet N, Roth L, i in. Two scales for measuring patients perception of coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law* 1993; 11: 307–21.
5. Gutheil TG, Tardiff K. Indication and Contraindications for Seclusion and Restraint. W: Tardiff K, red. *The Psychiatric Uses of Seclusion and Restraint*. American Psychiatric Press; 1984: 12.
6. Hiday VA, Swartz MS, Swanson I, Wagner R. Patient Perception of Coercion in Mental Hospital. *Int J Law Psychiatry* 1997; 20 (2): 227–41.
7. Hoge SK, Lidz C, Eisenberg M, Gardner W, i in. Perception of coercion in the admission of voluntary and involuntary patients. *Int J Law Psychiatry* 1997; 20 (8): 167–81.

8. Kjellin L, Westrin CG. Involuntary admissions and coercive measures in psychiatric care. Registered and Reported. *Int J Law Psychiatry* 1998; 21: 31–42.
9. Leicestershire and Rutland NHS Health Care Trust: Seclusion Policy. Revisited 01.03.2001.
10. Lidz C, Mulvey E, Arnold R, Bennet N, i in. Coersive interactions in a psychiatric emergency room. *Behav Sci Law* 1993; 11: 269–80.
11. Mattson MR, Sacks MH. Seclusion: use and complications. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 1210–3.
12. Monahan I, Hoge S, Lidz C, Roth L, i in. Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry* 1995; 18 (3): 249–63.
13. Philips P, Nasr SJ. Seclusion and restraint and prediction of violence. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 229–32.
14. Plutchik R, Karasu TB, Conte HR, Siegel B, i in. Toward a rationale for the seclusion process. *J Nerv Ment Dis* 1978; 166: 571–9.
15. Poulsen HD. Perceived Coercion Among Committed Detained, and Voluntary Patients. *Int J Law Psychiatry* 1999; 22 (2): 167–75.
16. Rutkowski R. Badania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych. *Psychiatr Pol* 1992; 26 (3/4): 387–400.
17. Schwab PJ, Lahmeyer CB. The uses of seclusion on a general hospital psychiatric unit. *J Clin Psychiatry* 1979; 40: 228–31.
18. Soloff PH, Turner SM. Patterns of seclusion: A prospective study. *J Nerv Ment Dis* 1981; 169: 37–44.
19. Wadeson H, Carpenter WT. Impact of the seclusion room experience. *J Nerv Ment Dis* 1976; 163: 318–28.

*Adres: Prof. Stanisław Dąbrowski,  
Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii,  
Al. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*