

## Rejestracja i pomiar niebezpiecznych zachowań pacjentów w oddziale psychiatrycznym – przegląd narzędzi

*Monitoring and measurement of patients' dangerous behaviors at a psychiatric ward – an overview of tools*

LESZEK CISZEWSKI

Z Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Pruszkowie

**STRESZCZENIE.** Przedstawiono cztery narzędzia służące do pomiaru niebezpiecznych zachowań pacjentów psychiatrycznych. Są nimi: opracowana w Stanach Zjednoczonych „Skala agresji jawnej”, dwa narzędzia skandynawskie („Skala agresji obserwowanej przez personel” i „Skala dysfunkcji społecznej i agresji”) oraz „Kwestionariusz zachowań niebezpiecznych”, który powstał w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN. Narzędzia te porównano biorąc pod uwagę przede wszystkim rodzaj ocenianych zachowań oraz techniki przeprowadzania pomiaru. Rozważono możliwe obszary ich stosowania, w tym przydatność do oceny efektów terapii w wyspecjalizowanych placówkach psychiatrii sądowej.

**SUMMARY.** The following four tools for the measurement of psychiatric patients' dangerous behaviors are presented in the paper: the „Overt Aggression Scale”, developed in the USA, two Scandinavian tools (the „Staff Observation Aggression Scale” and the „Social Dysfunction and Aggression Scale”), as well as the „Dangerous Behaviors Questionnaire” designed at the Forensic Psychiatry Department of the Institute of Psychiatry and Neurology. These tools were compared, above all, for the type of behaviors assessed and techniques of measurement. Possible areas of these tools applicability were considered, including their usefulness for therapy outcome evaluation in specialized units of forensic psychiatry.

---

**Słowa kluczowe:** agresja / skale oceny agresji

**Key words:** aggression / aggression measurement scales

---

Agresywne zachowania pacjentów wobec otoczenia zdarzają się wielokrotnie częściej w oddziałach psychiatrycznych aniżeli w placówkach innych specjalności medycznych [1, 12]. Ryzyko agresji zwiększa się w oddziałach psychiatrycznych, do których przyjmowani są pacjenci w ramach zastosowania środka zabezpieczającego [3]. Wynika to z faktu, że większość tzw. internowanych stanowią sprawcy niebezpiecznych czynów karalnych przeciwko zdrowiu i życiu innych osób [2], a jak wykazano w wielu badaniach, występuje wyraźna zależność, zgodnie z którą w oddziale częściej agresywni są ci pacjenci, którzy w przeszłości zachowywali się agresywnie.

Szczególnie wysokiego ryzyka agresji należy się spodziewać w tworzonych obecnie regionalnych ośrodkach psychiatrii sądowej, gdzie internowani będą sprawcy najpoważniejszych czynów karalnych, którzy zachowywali się niebezpiecznie nie tylko w czasie zarzucanego im czynu, ale także w subrejonowym oddziale, w którym rozpoczęli detencję [14].

Do oceny agresywności pacjentów psychiatrycznych używanych jest wiele narzędzi. Z pewnym uproszczeniem podzielić je można na dwie grupy. Do pierwszej należą narzędzia oceniające agresywność na podstawie informacji o subiektywnych przeżyciach pacjenta. Do drugiej, narzędzia rejestrujące

i oceniające zachowania pacjenta. Przeważa pogląd o ograniczonej przydatności do badania agresji w oddziale narzędzi grupy pierwszej, np. klasycznych skal oceny psychiatrycznej typu *Comprehensive Psychiatric Rating Scale* (CPRS), czy *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Zawarte w nich pozycje oceniające agresywność są nieliczne i niedostatecznie precyzyjne oraz uwzględniają przede wszystkim subiektywne przeżycia i relacje pacjenta, zaś rzeczywiste zachowania rejestrowane są jedynie wtedy, gdy pojawiają się w czasie wykonywania badania. Także powszechnie używane narzędzia oceny psychologicznej, takie jak: „Wieloczynnikowa skala diagnostyczna” (WISKAD), „Diagnostyczny kwestionariusz osobowości” (DKO), a nawet „Inwentarz agresji” Buss-Durkee (*Buss-Durkee Hostility Inventory*), rejestrują przede wszystkim relacje pacjenta o przeżywanym agresywnych emocjach, postawach wobec przemocy, sposobach reagowania na sytuacje prowokujące, nie zaś fakty podlegające obserwacji. Część badaczy krytycznie oceniających rzetelność ocen przy użyciu wspomnianych narzędzi, zwraca uwagę na brak prostych korelacji pomiędzy nasileniem wrogości (*hostility*) odczuwanej przez pacjenta a jego faktycznymi zachowaniami [5, 13]. Nie jest to jednak pogląd powszechny, gdyż inni nadal traktują poziom odczuwanej wrogości jako użyteczny wskaźnik ryzyka wystąpienia zachowania napastliwego [9]. Niekorzystny wpływ na rzetelność pomiaru ma także fakt, że informacje o epizodach agresji pochodzą od pacjentów będących ich sprawcami. Występujące u nich zaburzenia psychiczne mogą bowiem zakłócać możliwość krytycznej oceny zdarzeń. Aspekt ten bywa szczególnie istotny w przypadku pacjentów internowanych, gdyż w przeważającej większości rozpoznaje się u nich psychozę lub poważne zaburzenia psychoorganiczne [2]. Część chorych nie dopatruje się w swoim zachowaniu cech agresji, choć w istocie miała ona miejsce, inni mogą podawać zdarzenia nierzeczywiste. Pomijanie lub minimalizowanie własnych zachowań agresywnych, wynikać może z dość często przyjmowanej przez pa-

centów postawy obronnej w czasie zbierania wywiadu. Na rzetelność pomiarów istotny wpływ ma również okres, jaki dzieli zdarzenie agresywne od momentu jego rejestracji. Im jest on dłuższy, tym więcej epizodów, zwłaszcza drobniejszych, o mniej dramatycznych skutkach, ulega pominięciu.

Za narzędzia dostarczające trafniejszych i rzetelniejszych pomiarów uchodzą skale, nazywane przez ich autorów „obiektywnymi”, gdyż rejestrują i oceniają zdarzenia, których świadkiem był obserwator, nie zaś subiektywne relacje o nich, bądź odczuwaną przez badanego wrogość lub jego postawy wobec przemocy [5, 8, 11, 13]. W przypadku posługiwania się tego typu skalami należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że liczba rejestrowanych przy ich pomocy zdarzeń zależy w istotnym stopniu od osoby wykonującej badanie. Za najlepszych rejestratorów epizodów przemocy uważa się osoby przebywające w oddziale najbliższym pacjentów i jednocześnie dysponujące poziomem wiedzy fachowej pozwalającym zachowania takie różnicować. Warunki powyższe spełnia najlepiej personel pielęgniarstwa.

Za pierwsze, jeszcze niedoskonałe, narzędzie, mające pewne cechy skali obiektywnej, uchodzi opublikowana w 1965 r. w Stanach Zjednoczonych „Pielęgniarska skala obserwacji pacjentów w oddziale” (*NOSIE, Nurses' Observational Scale for Inpatient Evaluation*) [6]. Kilka, z ogółem trzydziestu, pozycji tej skali służy bezpośrednio do oceny zachowań agresywnych. Nie ma jednak możliwości różnicowania powagi tych zachowań ani dokumentowania ich liczby i rodzaju. Obecnie w użyciu jest kilka obiektywnych skal agresji. Przedstawione zostaną trzy skale zagraniczne, najczęściej używane (jak można sądzić na podstawie liczby publikacji) oraz kwestionariusz opracowany w Klinice Psychiatrii Sądowej IPiN. Charakteryzując te narzędzia skupiono się na porównaniu rodzajów rejestrowanych zachowań, technice zbierania i klasyfikowania danych oraz przydatności ocen i informacji uzyskiwanych przy ich pomocy.

## NARZĘDZIA

### „Skala jawnej agresji” (OAS, *Overt Aggression Scale*)

Została opublikowana w 1986 r. w Stanach Zjednoczonych [13]. Uwzględnia cztery wymiary zachowań agresywnych: (1) agresję słowną, (2) agresję fizyczną wobec przedmiotów, (3) agresję fizyczną wobec siebie, (4) agresję fizyczną wobec innych osób. Jako dodatkowy, piąty wymiar uwzględnia interwencje podejmowane przez personel w celu opanowania niebezpieczeństwa. Rejestrowane epizody klasyfikowane są na jednym z czterech poziomów, w zależności od stopnia zagrożenia. Przykładowo, stwierdzając agresję fizyczną wobec osoby, należy zaznaczyć, czy były to tylko groźne gesty lub zamierzanie się do uderzenia, którym to zachowaniom przypisuje się wartość najniższą, czy był to, punktowany najwyższej, atak powodujący poważne obrażenia fizyczne u ofiary, takie jak np. złamanie kości bądź uszkodzenie narządów wewnętrznych. W przypadku oceniania interwencji podjętej w celu opanowania agresji, należy wskazać jedną z jedenastu przykładowych propozycji, uszeregowanych wg stopnia powagi: od interwencji najłagodniejszej, za którą uznano rozmowę z pacjentem, poprzez różne środki przymusu bezpośredniego do interwencji najpoważniejszej, za jaką przyjęto udzielenie pomocy lekarskiej ofierze napaści.

Każde zdarzenie agresywne rejestruje się na bieżąco lub pod koniec zmiany personelu. Zdaniem autorów, skala jest łatwa w użyciu i po wstępnym treningu z powodzeniem może być używana przez personel pielęgniarstwa, nad którym zapewnić należy fachowy nadzór w czasie pomiarów. Jest ona szczególnie przydatna do oceny liczby, rodzaju i powagi aktów agresji pojedynczego pacjenta. Można nią także mierzyć zmiany nasilenia agresji w wybranych grupach pacjentów.

### „Skala agresji obserwowanej przez personel” (SOAS, *Staff Observation Aggression Scale*)

Skonstruowana przez badaczy skandynawskich do oceny agresji pacjentów w stacjonar-

nych placówkach psychiatrycznych i psychogeriatrycznych. Opublikowana w roku 1987 [7, 8]. Ma 5 wymiarów: pierwszy wskazuje przyczynę agresji, drugi sposób jej dokonania lub narzędzie którym się posłużono, trzeci i czwarty opisują cel i skutek agresji, piąty – środki zastosowane do jej opanowania. Przykładowo w wymiarze czwartym „skutki agresji”, jeśli oceniane zachowanie skierowane było przeciwko przedmiotom, należy zaznaczyć, czy doszło do ich zniszczenia czy tylko uszkodzenia. W przypadku agresji wobec osoby należy określić, czy poszkodowany odczuwał ból dłużej czy krócej od 10 minut, czy atak pozostawił u niego widoczny uraz fizyczny, czy niezbędna była pomoc medyczna itd. Do skali dołączone są kryteria punktacji. Zastosowano pięciopunktową klasyfikację nasilenia ocenianego zjawiska. Można też, dla uproszczenia, kwalifikować każde zdarzenie do jednego z trzech poziomów agresji: nieznacznej, umiarkowanej i poważnej. Skala służy przede wszystkim do oceny ogólnego zagrożenia, które wyraża suma punktów z wymiarów od drugiego do czwartego. Rejestrację epizodów może prowadzić personel pielęgniarstwa, ale ostateczna ocena sporządzona jest przez odrębny zespół badaczy.

### „Skala dysfunkcji społecznej i agresji” (SDAS, *Social Dysfunction and Aggression Scale*)

Zawierająca 11 pozycji pomiaru skala opublikowana w 1990 r. przez badaczy skandynawskich [10, 11]. Pomimo skromnej rozbudowy jest, zdaniem jej twórców, trafnym i rzetelnym narzędziem oceniającym agresję pacjentów szpitalnych. Uwzględnia ewidentnie niebezpieczne zachowania, takie jak agresja fizyczna skierowana przeciwko osobom i przedmiotom, agresja słowna, zachowania autoagresywne (samookaleczenia, zachowania samobójcze), jak również stany, w opinii autorów, bliskie agresji, do których zaliczają negatywnizm, drażliwość i nastrój dysforyczny. Oceny odzwierciedlają „ogólne wrażenie” personelu dotyczące stanu i zachowań pacjenta w określonym czasie, np. w ciągu tygodnia.

### „Kwestionariusz zachowań niebezpiecznych”

Jest adaptacją obszernej ankiety opracowanej w 1993 r. przez zespół z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN a służącej do oceny realizacji środka zabezpieczającego, przy użyciu której badano różne aspekty przebiegu detencji kryminalnej w szpitalach psychiatrycznych. Z kwestionariusza tego wybrano i częściowo zmodyfikowano pozycje opisujące rodzaj i nasilenie zachowań niebezpiecznych. Dodano nowe pozycje umożliwiające ocenę skutków agresji i autoagresji. Podobnie jak w skalach opracowanych w ośrodkach zagranicznych, uwzględniono agresję fizyczną wobec osób i przedmiotów oraz agresję słowną. Dodatkowo umożliwia on rejestrację ucieczek z oddziału, traktując je jako odrębne zachowania niebezpieczne, niezależnie od tego, czy w ich przebiegu doszło do agresji fizycznej lub słownej, czy też nie. Częstość przejawianych przez pacjenta zachowań niebezpiecznych określana jest w skali czteropunktowej: wartość „1” odpowiada najwyżej kilku epizodom w miesiącu, wartość „4” - epizodom zdarzającym się codziennie. Oceny dokonuje przeszkolony ankieter na podstawie informacji od personelu o zachowaniach niebezpiecznych, które miały miejsce w oddziale w ciągu miesiąca poprzedzającego badanie oraz na podstawie przeglądu dokumentacji medycznej z tego okresu. Dotychczasowymi ankieterami byli psychiatrzy lub psychologowie, ale mogą być nimi również osoby z tzw. średniego personelu, choć należy się liczyć z pewnymi kłopotami w uzyskiwaniu przez nie informacji, np. od ordynatora oddziału lub przy lekturze dokumentacji lekarskiej.

### OMÓWIENIE

Przedstawione narzędzia mierzą zbliżone rodzaje zachowań niebezpiecznych, przede wszystkim akty przemocy fizycznej wobec drugiej osoby, takie jak: popchnięcia, różnego rodzaju uderzenia, duszenia, ataki niebezpiecznymi narzędziami itp. Uwzględniane są także zachowania mniej groźne, nie powo-

dujące bezpośrednich fizycznych urazów u drugiej osoby, takie jak: niszczenie rzeczy, demolowanie pomieszczeń, agresywne krzyki oraz groźby. Poza SOAS, pozostałe narzędzia uwzględniają także zachowania autoagresywne – samobójcze i samookaleczenia, choć oczywiście nie są one ich głównym obszarem pomiaru. Tylko „Kwestionariusz zachowań niebezpiecznych” traktuje ucieczki ze szpitala i podejmowane próby ucieczek jako osobne pozycje pomiaru. Skale zagraniczne pomijają takie zachowania (rejestrują oczywiście fakty agresji, jeśli towarzyszyły one ucieczkom). Może to być spowodowane rzadkością ucieczek ze szpitali w krajach, w których powstały te skale. Dysponują one bowiem wyspecjalizowanymi placówkami, w których zastosowane systemy zabezpieczeń praktycznie eliminują możliwość samowolnego oddalenia się pacjentów przyjmowanych przymusowo, zwłaszcza na podstawie decyzji sądów karnych. Kwestionariusz polski wyróżnia ucieczki jako osobną pozycję pomiaru, gdyż u nas są one nagminne, nawet w przypadku pacjentów hospitalizowanych w ramach środka zabezpieczającego [3]. Do czasu poprawy infrastruktury zabezpieczającej należy przynajmniej kontrolować częstość ucieczek.

Poza SDAS, pozostałe narzędzia umożliwiają rejestrowanie interwencji podjętych przez personel w celu opanowania zagrożenia. Informacje o rodzaju i częstości takich przeciwdziałań traktowane są jako pośrednie wskaźniki agresywności. Podejście takie wydaje się uprawnione przy założeniu, że forma interwencji jaką stosuje personel – np. rozmowa z pacjentem, podanie dodatkowego leku, unieruchomienie – jest adekwatna do powagi zachowania agresywnego.

Pracochłonność pomiarów przy użyciu prezentowanych narzędzi jest różna. Relatywnie bardziej obciążają badającego SOAS i OAS, mniej absorbujące są: SDAS oraz „Kwestionariusz zachowań niebezpiecznych”. Wszystkie te narzędzia są jednak na tyle proste w użyciu, że przynajmniej w fazie rejestrowania i klasyfikowania po-

wagi zdarzeń, stosować je może personel pielęgniarski, oczywiście po wstępnym treningu. Wykonywanie nimi pomiarów nie powinno zakłócać podstawowej pracy pielęgniarek w oddziale.

Zgromadzone przy ich pomocy informacje wykorzystywane mogą być do wielu celów. Jednym z najważniejszych jest ocena skuteczności terapii lub działań zabezpieczających podjętych z myślą o zmniejszeniu zagrożenia agresją. Porównując częstość i rodzaj badanych zachowań w różnych fazach terapii (np. na początku i w trakcie kuracji lekiem lub podczas treningu behawioralnego) oceniać można efekty zastosowanej metody, wskazać jej zalety i ograniczenia. Ocena poziomu agresywności pacjenta ułatwić może decyzję o zakończeniu leczenia, gdy jego cel został osiągnięty, bądź gdy okazało się nieefektywne. Możliwe stają się też oceny porównawcze odmiennych zespołów terapeutycznych, koncepcji programowych, rozwiązań organizacyjnych i technicznych.

Narzędzia te ułatwiają kwalifikowanie pacjentów do odpowiedniego oddziału, w którym ich hospitalizacja może być bezpiecznie prowadzona. Dysponując oceną stopnia agresywności pacjenta można trafniej wskazać poziom zabezpieczenia oddziału, w którym powinien on przebywać, np. maksymalny, gdy pacjent jest rzeczywiście wyjątkowo niebezpieczny lub mniej restrykcyjny, gdy ryzyko groźnych zachowań nie jest zbyt wysokie. Niezbędnym warunkiem takiego wykorzystania ocen agresywności jest oczywiście dysponowanie placówkami psychiatrycznymi o zróżnicowanym poziomie zabezpieczeń. Posiadając informacje o niebezpiecznych zachowaniach pacjentów, zwłaszcza ponawianych, można trafniej kierować ich do wyspecjalizowanych rodzajów terapii, np. przeznaczonych dla osób agresywnych seksualnie, podpalaczy, znęcających się nad rodziną itp.

Informacje o zachowaniach agresywnych danej osoby lub zbiorowości, pochodzące z dłuższych okresów badań, umożliwiają poznanie typowych form okazywania agresji, sytuacji prowokujących, czynników pod-

trzymujących lub łagodzących, skutecznych sposobów przeciwdziałania. Wiedza tego rodzaju jest niezbędna przy opracowywaniu skutecznych sposobów radzenia sobie w oddziale z pacjentami niebezpiecznymi.

Narzędzia te, zwłaszcza OAS i SOAS, dostarczają standardowego opisu niebezpiecznego zdarzenia, dokonanego w krótkim czasie po jego wystąpieniu, przez naocznego świadka. Dostarczają także np. opisów urazów u poszkodowanych lub powstałych strat materialnych. Taki faktograficzny materiał może być wykorzystany przez służby nadzoru, organy wymiaru sprawiedliwości czy towarzystwa ubezpieczeniowe w ich postępowaniu zmierzającym do ustalenia przebiegu zdarzenia, określenia rekompensaty, przeprowadzenia działań naprawczych i zapobiegających.

Posiadamy jeszcze zbyt mało doświadczenia w posługiwaniu się przedstawionymi narzędziami, aby któreś z nich wyróżniać lub zalecać. Skonstruowano je z myślą o rejestrowaniu agresywnych zachowań pacjentów w stacjonarnych placówkach psychiatrycznych oraz ocenianiu ich powagi i częstotliwości. Wszystkie nadają się do tego celu. Szczególnie szerokie zastosowanie narzędzia te powinny znaleźć w ośrodkach psychiatrii sądowej oraz w każdej innej placówce psychiatrycznej, w której spodziewać się można większego rozpowszechnienia aktów agresji. Wykonywanie tego rodzaju pomiarów wydaje się wręcz niezbędne w placówkach, w których redukcja agresywności pacjentów jest istotnym celem terapii, co powinno mieć miejsce np. w regionalnych ośrodkach psychiatrii sądowej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Axer A., Beckett R.: Trening personelu psychiatrycznego w przeciwdziałaniu zachowaniom niebezpiecznym. *Psychiatr. Pol.* 1998 (w druku).
2. Ciszewski L.: Ogólna charakterystyka pacjentów wobec których stosuje się w szpitalach psychiatrycznych w Polsce środek

- zabezpieczający. Doniesienie wstępne. Post. Psychiatr. Neurol. 1995, 4, 149–156.
3. Ciszewski L.: Niebezpieczne dla otoczenia zachowania pacjentów hospitalizowanych na zasadzie środka zabezpieczającego. Post. Psychiatr. Neurol. 1996, 5, 421–428.
  4. Ciszewski L., Wardeński R.: Założenia organizacyjne i terapeutyczne regionalnego ośrodka psychiatrii sądowej. Post. Psychiatr. Neurol. 1998 (w druku).
  5. Edmunds G., Kendrick D.C.: The measurement of human aggressiveness. Chichester, Ellis Horwood 1980. (Za: Yudofsky S.C., Silver J.M., Jackson W., Endicott J., Williams D.: The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am. J. Psychiatry 1986, 146, 35–39).
  6. Honigfeld G., Gillis R.D., Klett C.J.: Nurses' Observational Scale for Inpatient Evaluation: a new scale for measuring improvement in chronic schizophrenia. J. Clin. Psychol. 1965, 21, 65–71.
  7. Palmstierna T., Wisted B.: Staff Observation Aggression Scale, SOAS: presentation and evaluation. Acta Psychiatr. Scand. 1987, 76, 657–663.
  8. Palmstierna T.: Metodologiczne aspekty oceny aktów przemocy w psychiatrii. Materiały konferencji: Agresja w psychiatrii. Wrocław 1996.
  9. Swett C., Mills T.: Use of the NOSIE to predict assaults among acute psychiatric patients. Psychiatr. Serv. 1997, 48/9, 1177–1180.
  10. Wisted B., Rasmussen A., Pedersen L., Malm U., Traskman-Bendz L., Wakelin J., Begg P.: The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression. Pharmacopsychiatry 1990, 23, 249–252. (Za: Wisted B., Palmstierna T.: Strategie zapobiegania i leczenia agresji u chorych psychicznie. Materiały symposium: Agresja w instytucjach psychiatrycznych. Oslo 1990).
  11. Wisted B., Palmstierna T.: Strategie zapobiegania i leczenia agresji u chorych psychicznie. Materiały z symposium: Agresja w instytucjach psychiatrycznych. Oslo 1990.
  12. Woronowicz B.: Wypadki przy pracy spowodowane agresywnymi zachowaniami pacjentów szpitali psychiatrycznych. Pol. Tyg. Lek. 1986, 10, 305–309.
  13. Yudofsky S.C., Silver J.M., Jackson W., Endicott J., Williams D.: The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. Am. J. Psychiatry 1986, 146, 35–39.
  14. Tymczasowy regulamin i tryb pracy Krajowej Komisji d.s. Przyjęć i Wypisów w Regionalnych Ośrodkach Psychiatrii Sądowej. IPIŃ, Warszawa 1998.

*Adres: Dr Leszek Ciszewski, Klinika Psychiatrii Sądowej IPIŃ,  
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków*