

## Niebezpieczne dla otoczenia zachowania pacjentów hospitalizowanych na zasadzie środka zabezpieczającego

*Behaviors dangerous to others in patients hospitalized on grounds on preventive measures*

LESZEK CISZEWSKI

*Z Kliniki Psychiatrii Sądowej IPiN w Pruszkowie*

**STRESZCZENIE.** *Oceniono sytuację 856 chorych umieszczonych na zasadzie detencji kryminalnej w 31 szpitalach psychiatrycznych. Stwierdzono, że w ciągu kwartału poprzedzającego badanie 31% z nich przejawiało agresję słowną, zaś 19% agresję fizyczną. Zachowania te najczęściej skierowane były przeciwko innym pacjentom, rzadziej przeciwko personelowi. W tym samym okresie blisko 7% oddaliło się z oddziałów samowolnie, a 9% próbowało to zrobić. W ciągu miesiąca poprzedzającego ocenę, wobec 9,2% pacjentów stosowany był przymus bezpośredni.*

**SUMMARY.** *Subjects in the study were 856 patients hospitalized in 31 mental hospitals on the grounds of criminal detention. It has been found that within the past three months prior to the study 31% of the subjects manifested verbal aggression, and 19% - physical aggression. These behaviors were usually directed against other patients, less often - against the staff. In the same period almost 7% of the patients left the hospital wilfully, while 9% attempted to do so. Within one month preceding the study physical constraint was used towards 9,2% of the patients.*

**Słowa kluczowe:** agresja / oddział psychiatryczny / środek zabezpieczający

**Key words:** aggression / psychiatric ward / preventive detention

Autorzy badający zachowania napastliwe w instytucjach psychiatrycznych są na ogół zgodni, iż częściej dopuszczają się ich pacjenci w przeszłości agresywni, młodszy, płci męskiej, o niższej pozycji społeczno-ekonomicznej [3,6,8,9,10,11]. Uznaje się zwłaszcza, że fakty agresji odnotowane w wywiadzie pozostają w najwyraźniejszym związku z późniejszą przemocą w oddziale. Wyniki prac publikowanych w ostatnich latach wskazują, iż chorzy psychicznie, w tym zwłaszcza chorzy na schizofrenię, zachowują się agresywnie zdecydowanie częściej niż do niedawna sądzono [1,6,8,9,13,16,17,18]. Część autorów uważa, że zwiększona napastliwość tych chorych wiąże się ze specyficznymi zaburzeniami myślenia czy postrzegania, zwłaszcza gdy ogniskują się one na konkretnej osobie.

Uwzględniając powyższe informacje można przypuszczać, że pacjenci hospitalizowani w na zasadzie środka zabezpieczającego są grupą zwiększonego ryzyka zachowań niebezpiecznych. Z wcześniejszych naszych ustaleń wynika bowiem, że grupę tę tworzą prawie sami mężczyźni, zarzucone im czyny zwykle zawierają element przemocy wobec osób, a rozpoznanie schizofrenii stwierdza się wśród nich niemalże dwukrotnie częściej aniżeli w całej populacji pacjentów szpitali psychiatrycznych [5].

Źródła zagraniczne potwierdzają wyższe wskaźniki zachowań agresywnych w placówkach o specjalnym zabezpieczeniu (*security hospitals*), do których trafiali pacjenci uwolnieni od odpowiedzialności karnej z powodu choroby psychicznej [2,7,12]. W piśmiennic-

twie polskim brak jest informacji na ten temat, choć są one potrzebne między innymi do prawidłowego planowania zabezpieczeń i programów terapii dla tej grupy chorych.

## CEL PRACY

Celem badania było określenie częstości wybranych zachowań niebezpiecznych pacjentów hospitalizowanych na zasadzie środka zabezpieczającego.

## BADANE OSOBY I METODA

Rejestrowano fakty agresji słownej przeciwko osobom z otoczenia pacjenta oraz agresji fizycznej wobec osób i przedmiotów. Badano także inne zachowania zawierające istotny element zagrożenia dla otoczenia. Uwzględniono samowolne oddalenie się pacjentów, palenie tytoniu w miejscach niedozwolonych, picie alkoholu i niektóre inne przejawy niebezpiecznego niezdyscyplinowania. Notowano także fakty stosowania przymusu, gdyż najczęściej dochodzi do nich po napaśliwych zachowaniach chorych [14].

Badaniem objęto 856 osób w 31 szpitalach psychiatrycznych, wobec których stosowano w 1994 r. środek zabezpieczający. Byli to prawie wszyscy pacjenci hospitalizowani na tej zasadzie w Polsce w czasie trwania badania. Demograficzne, kliniczne i kryminologiczne cechy tej grupy przedstawiono we wcześniejszym doniesieniu [5]. Informacje zbierano w toku bezpośredniego wywiadu kwestionariuszowego od personelu oddziału, w którym przebywał pacjent (starano się, aby był to ordynator i pielęgniarka oddziałowa) oraz z dokumentacji szpitalnej. Obejmowały one 3-miesięczny okres poprzedzający badanie, z wyjątkiem danych o stosowaniu przymusu, które dotyczyły ostatniego miesiąca (taki skrócony okres umożliwiał porównanie z wynikami innej polskiej oceny stosowania przymusu). Wystąpienie określonego zachowania stwierdzono, gdy relacjonował o takim fakcie personel lub natrafiano na jego opis w dokumentacji. Dodatkowe szczegóły zastosowanej

metody podano, dla większej przejrzystości, bezpośrednio przed poszczególnymi partiami wyników.

## WYNIKI

### Agresja słowna

Starano się ustalić, którzy pacjenci hospitalizowani w ramach detencji byli agresywni słownie, jaka była częstość tych zachowań i przeciwko komu były skierowane. Rejestrowano trzy stopnie częstości agresji: codzienną lub prawie codzienną, jedno lub kilkukrotną w tygodniu, kilkukrotną w badanym kwartale. Notowano także, czy była ona kierowana do współpacjenta, lekarza, pozostałego personelu, czy też innej osoby (np. odwiedzających). Wyniki przedstawiono uwzględniając wszystkich pacjentów agresywnych słownie (tablica 1A) oraz wyselekcjonowaną spośród nich podgrupę osób wypowiadających groźby (tabl. 1B).

Agresję słowną, bez względu na jej formę i częstotliwość, przejawiała blisko 1/3 badanych (30.8%), z których co drugi (16.8%) okazywał ją w sposób uważany za szczególnie niebezpieczny, tj. w postaci groźb kierowanych do innych osób. Największy udział, w ogólnej liczbie agresywnych słownie, miały osoby zachowujące się tak z częstością kilku razy w ciągu trzech miesięcy (a więc stosunkowo rzadko). Prawie co dziesiąta osoba (9.1%) była agresywna słownie kilka razy w tygodniu, ale groźby wypowiadała z tą częstością jedynie co pięćdziesiąta (2.1%). Nieliczne osoby były agresywne słownie codziennie. Takie nasilenie badanego zachowania stwierdzono u 1.6% pacjentów, przy czym jedynie 0.9% wypowiadało tak często groźby.

Agresja słowna kierowana była zwykle do innych pacjentów, a następnie, w kolejności zgodnej z jej malejącą częstością, do personelu nielekarzkiego (chodziło tu prawie wyłącznie o pielęgniarki i salowe), lekarzy i osób spoza personelu (np. odwiedzających oddział).

Tablica 1. Częstość występowania w badanej grupie (N=856) agresji słownej (jakiegokolwiek) i agresji słownej w postaci gróźb kierowanych do różnych osób.

Osoba - obiekt agresji	Ogółem (bez względu na częstość)	Częstość		
		codziennie	kilka razy w miesiącu	kilka razy w kwartale
	% [n=856]	% [n=856]	% [n=856]	% [n=856]
<b>A. Agresja słowna - jakakolwiek</b>				
Osoby (łącznie)*	30.8	1.6	9.1	20.1
współpacjent	23.5	1.3	4.4	17.8
lekarz	12.4	0.2	2.6	9.6
inny personel	20.8	0.6	4.4	15.8
inna osoba	8.1	0.4	1.5	6.4
<b>B. Agresja słowna - groźby**</b>				
Osoby (łącznie)*	16.8	0.9	2.1	13.8
współpacjent	11.7	0.4	1.8	9.6
lekarz	7.7	0.2	0.5	7.0
inny personel	10.6	0.5	0.7	9.1
inna osoba	5.0	0.2	0.4	4.3

\* Wartości liczbowe i procentowe nie sumują się w kolumnach, gdyż ten sam pacjent mógł być agresywny wobec kilku różnych osób.

\*\* Przypadki wyselekcjonowano spośród ogółu osób agresywnych słownie, stąd wartości z części B nie można sumować z wartościami z części A.

## Agresja fizyczna

Odrębnie rejestrowano przypadki, w których napastnik atakował drugą osobę niebezpiecznym narzędziem (np. nożem, butelką, meblem lub jego częścią, gorącym płynem itp.) i gdy nie posługiwał się takimi przedmiotami. Oba rodzaje napaści rejestrowano bez względu na stopień uszkodzenia ofiary. Agresję wobec przedmiotu odnotowywano, gdy jej skutkiem było jego uszkodzenie lub zniszczenie (np. połamanie mebla, wybite szyby, podarcie odzieży). Częstość i obiekt agresji fizycznej oceniano tak samo jak czyniono to w przypadku agresji słownej. Wyniki zestawiono w tabl. 2.

W ciągu 3 miesięcy 124 pacjentów (14.5% grupy badanej) dopuściło się agresji fizycznej przeciwko drugiej osobie, nie używając przy tym żadnego niebezpiecznego narzędzia, a

dalszych 36 (4.2%) zaatakowało posługując się takim przedmiotem. Łącznie więc 160 pacjentów (18.7%), przynajmniej jeden raz w badanym okresie, okazało przemoc wobec drugiej osoby. Zdecydowana większość z nich, licząca 119 osób (13.9%), czyniła to stosunkowo rzadko, tj. do kilku razy w badanym kwartale. Pacjentów, którzy napastowali inne osoby z częstością do kilku ataków w ciągu tygodnia, było niewielu: agresję z użyciem niebezpiecznego narzędzia przejawiało 7 osób (0.8%), a gdy takie narzędzie nie było stosowane - 28 osób (3.3%). Stwierdzono jedynie kilku pacjentów (ułamek procenta grupy badanej) codziennie lub prawie codziennie agresywnych fizycznie. Przemoc fizyczna, podobnie jak działo się w przypadku agresji słownej, najczęściej wymierzona była we współpacjenta, a następnie w personel pielęgniarski i inny pozalekarski, lekarzy oraz osoby

Tablica 2. Częstość występowania w badanej grupie (N=856) agresji fizycznej wobec osób i przedmiotów.

Osoba - obiekt agresji	Ogółem (bez względu na częstość) %[N=856]	Częstość		
		codziennie %[N=856]	kilka razy w miesiącu %[N=856]	kilka razy w kwartale %[N=856]
<b>Pacjenci agresywni fizycznie wobec osób - używający niebezpiecznych narzędzi</b>				
Osoby (łącznie)*	4.2	0.1	0.8	3.3
współpacjent	3.3	0.1	0.6	2.6
lekarz	1.4	0.1	0.4	0.9
inny personel	2.2	0.1	0.2	1.9
inna osoba	1.2	0.1	0.2	0.8
<b>Pacjenci agresywni fizycznie wobec osób - nie używający niebezpiecznych narzędzi</b>				
Osoby (łącznie)*	14.5	0.6	3.3	10.6
współpacjent	12.1	0.4	2.5	9.3
lekarz	2.8	0.1	0.5	2.2
inny personel	6.5	0.2	0.8	5.5
inna osoba	2.0	0.1	0.4	1.5
<b>Pacjenci agresywni fizycznie wobec osób (łącznie)</b>				
Osoby (łącznie)*	18.7	0.7	4.1	13.9
współpacjent	15.4	0.5	3.1	11.9
lekarz	4.2	0.2	0.9	3.1
inny personel	8.7	0.2	1.0	7.4
inna osoba	3.2	0.2	0.6	2.3
<b>Pacjenci agresywni fizycznie wobec przedmiotów</b>				
Przedmioty (sprzęty)	4.3	0.1	0.8	3.4

\* Wartości procentowe nie sumują się w kolumnach, gdyż ten sam pacjent mógł być agresywny wobec kilku różnych osób.

odwiedzające oddział. 37 pacjentów (tj. 4.3%) w ciągu trzech miesięcy poprzedzających ocenę okazało agresję niszcząc lub uszkadzając przedmioty (wyposażenie oddziału).

### Samowolne oddalenia się

Rejestrowano pacjentów, którzy usiłowali samowolnie oddalić się ze szpitala, lecz zostali powstrzymani oraz tych, którym się udało. Notowano także, czy były to zachowania indywidualne czy grupowe. Wyniki zawiera tabl. 3.

W ciągu kwartału poprzedzającego badanie oddaliło się ze szpitala indywidualnie lub gru-

powo blisko 7% pacjentów. Dodatkowo, około 9%, próbowało nieskutecznie oddalić się z oddziału. Zarówno usiłowane, jak i dokonane oddalenia się podejmowane były częściej indywidualnie niż grupowo.

### Inne zachowania niebezpieczne

Do oceny wybrano zachowania zawierające bezpośrednio lub potencjalnie elementy zagrożenia bezpieczeństwa innych osób. Uwzględniono palenie papierosów w miejscach niedozwolonych, picie alkoholu w oddziale, dewiantyczne lub/i agresywne zachowania seksualne,

Tablica 3. Częstość występowania w badanej grupie (N=856) samowolnego oddalania się.

Typ oddalania się	Częstość [N=856]
usiłowane indywidualnie	7.8
usiłowane grupowo	1.5
dokonane indywidualnie	6.1
dokonane grupowo	0.8

namawianie innych do działań niezgodnych z regulaminem, kradzieże. Wyniki zestawiono w tabl. 4.

Ponad 1/4 badanych (27.0%) paliła tytoń w miejscach niedozwolonych. Zwraca uwagę, że blisko co dziesiąta osoba (9.1%) zachowywała się tak nagminnie (codziennie lub kilka razy w tygodniu). Niemalże co dziesiąty pacjent (9.7%), w okresie kwartału poprzedzającego ocenę, pił w oddziale alkohol. Były to głównie sporadyczne przypadki używania tego środka (kilka razy w ciągu 3 miesięcy). Jedynie 2 pacjentów, bardzo często naruszało zakaz picia w oddziale. Osoby przejawiające dewiacyjne lub/i agresywne zachowania seksualne (np. czynności homoseksualne, wymuszenia homoseksualne, agresywne zachowania o charakterze seksualnym wobec personelu żeńskiego) stanowiły niespełna 6%

grupy badanej. Różnorodnych kradzieży w oddziale dopuściło się 7.7% osób (poszkodowanymi byli zwykle współpacjenci). Namawianie innych pacjentów do zachowań niezgodnych z regulaminem oddziału zarzucono 8.4% badanych.

### Przymus

Rejestrowano osoby, wobec których zastosowano w oddziale przymus pośredni lub bezpośredni. Identyfikowano rodzaj przymusu oraz częstość jego stosowania (tabl. 5).

Przymus bezpośredni w badanym okresie 1 miesiąca zastosowano łącznie wobec 9.2% pacjentów, zaś przymus pośredni wobec 10.5%. Formy przymusu bezpośredniego, takie jak: przytrzymanie, unieruchomienie w łóżku pasami oraz nałożenie kaftana bezpieczeństwa,

Tablica 4. Częstość występowania w badanej grupie (N=856) innych niebezpiecznych zachowań.

Typ zachowań niebezpiecznych	Ogółem (bez względu na częstość)	Częstość		
		codziennie	kilka razy w miesiącu	kilka razy w kwartale
	% [N=856]	% [N=856]	% [N=856]	% [N=856]
picie alkoholu w oddziale	9.7	-	0.2	9.5
palenie tytoniu w miejscach niedozwolonych	27.0	2.8	6.3	17.9
kradzieże	7.7	0.6	1.5	5.6
namawianie innych do zachowań niezgodnych z regulaminem	8.4	0.7	1.6	6.1
dewiacyjne/agresywne zachowania seksualne	5.6	0.1	1.3	4.2

Tablica 5. Częstość stosowania różnych form przymusu w badanej grupie (N=856)

Rodzaj stosowanego przymusu	Ogółem (bez względnie na częstość)	Częstość		
		co najmniej raz w tygodniu	co najmniej raz w miesiącu	codziennie
	% [N=856]	% [N=856]	% [N=856]	% [N=856]
<b>Przymus pośredni</b>				
<b>Łącznie*</b>	10.5	1.4	9.1	-
groźba przymusu	8.5	1.2	7.4	-
"demonstracyjna" obecność personelu	6.1	0.8	5.3	-
<b>Pacjenci agresywni fizycznie wobec osób - nie używający niebezpiecznych narzędzi</b>				
<b>Łącznie*</b>	9.2	1.3	7.6	0.3
przytrzymanie	4.4	0.6	3.6	0.2
unieruchomienie pasami w łóżku	4.0	0.5	3.5	-
założenie kaftana bezpieczeństwa	3.9	0.6	3.0	0.2
umieszczanie w izolatce	1.2	0.2	0.8	0.1

\*procenty nie sumują się w kolumnach, gdyż wobec tego samego pacjenta mogły być stosowane różne formy przymusu.

dotyczyły każda po około 4% badanych, natomiast przymusowe umieszczenie w izolatce zastosowano jedynie wobec 1.2% spośród nich. Częste (co najmniej raz w tygodniu) stosowanie przymusu, zarówno pośredniego jak i bezpośredniego dotyczyło jedynie nielicznych badanych (odpowiednio 1.4% i 1.1%).

## OMÓWIENIE

W grupie pacjentów hospitalizowanych w ramach detencji kryminalnej określono rozpowszechnienie osób zachowujących się niebezpiecznie wobec otoczenia. Wyniki badania nie rozstrzygają, czy pacjenci ci są bardziej niebezpieczni od pozostałych hospitalizowanych, gdyż jedynie w odniesieniu do częstości stosowania przymusu bezpośredniego dysponujemy danymi porównawczymi. Przyjmując, że przymus stosowany jest zwykle w celu opanowania zachowań napastliwych [14], porównanie częstości jego użycia wobec internowanych i całej populacji szpitalnej pośrednio wskazuje grupę o większym rozpowszechnie-

niu napastliwości. W obecnym badaniu stwierdzono, że pasami lub kaftanem krępowano w ciągu miesiąca 7.9% badanych, a łącznie wszystkie formy przymusu bezpośredniego dotyczyły 9.2% spośród nich. Dla porównania, w innych badaniach [15] ujawniono stosowanie "mechanicznego krępowania" w polskich szpitalach psychiatrycznych u 5.5% ogółu hospitalizowanych. Częstsze używanie przymusu wobec internowanych mogło być jednak spowodowane większą skłonnością personelu do jego zlecenia tej właśnie kategorii pacjentów, nie może więc definitywnie przesądzać o ich większej napastliwości. Niezależnie jednak od ostatecznego rozstrzygnięcia tej kwestii, stwierdzona w grupie badanej liczba pacjentów zachowujących się niebezpiecznie jest na tyle wysoka, iż bez wątpliwości uzasadnia potrzebę wprowadzenia specjalnych programów terapeutycznych redukujących agresywność, jak i odpowiednich treningów dla personelu. Niemal 1/3 internowanych była bowiem agresywna słownie, zaś napaści fizycznej na drugą osobę dopuściła się blisko 1/5 z nich.

Spośród pacjentów agresywnych fizycznie jedynie co szósty atakował używając niebezpiecznych narzędzi. Osoby takie nie stanowią więc dużego problemu ze względu na swoją liczebność (36 osób w skali kraju). Bardzo groźne bywają natomiast skutki tego typu napaści. Stałym zadaniem personelu pozostaje zatem eliminowanie z oddziału wyposażenia, które może stać się narzędziem ataku, kontrolowanie pacjentów i ich rzeczy, a także przeciwdziałanie wnoszeniu niebezpiecznych przedmiotów przez odwiedzających.

Obiektem agresji byli najczęściej współpacjenci, a następnie personel nielekarski (głównie pielęgniarki i salowe), lekarze i osoby odwiedzające oddział. Podobną kolejność poszkodowanych stwierdzają także inni autorzy [2,8]. Ryzyko stania się celem ataku jest zapewne proporcjonalne do czasu, jaki potencjalna ofiara spędza "w zasięgu" agresora (osobą pozostającą z takim chorym najbliżej i najdłużej jest współpacjent z oddziału, a w dalszej kolejności personel średni i niższy). Można sądzić, że spadek zagęszczenia oddziałów i idące za tym zwiększenie fizycznego dystansu między osobami obniży prawdopodobieństwo agresywnych interakcji. Zdaniem części klinicyстів większe bezpieczeństwo w oddziale zapewnić mogą pielęgniarze - mężczyźni, którzy skuteczniej od kobiet ochronią pacjentów i samych siebie. Inni praktycy zwracają jednak uwagę, że personel męski łatwiej wyzwała agresywne zachowania tej grupy pacjentów. Optymalnym rozwiązaniem (stosowanym w ośrodkach zagranicznych) wydaje się tradycyjna, głównie żeńska, obsada pielęgniarska oddziału i specjalny personel ochrony szpitala wzywany do doraźnych interwencji.

Samowolne oddalenia się ze szpitala osób uznanych za poważnie niebezpieczne dla porządku prawnego zagrażają społeczeństwu, a także personelowi oddziału, zwłaszcza gdy próbuje on przeciwstawić się zdeterminowanemu zbiegowi. Niewiele wiadomo o skali naruszeń prawa w czasie oddaleń z detencji - kwestia ta na pewno zasługuje na zbadanie.

Stwierdzony odsetek dokonanych oddaleń wskazuje, iż szpitale psychiatryczne nie wykonują skutecznie funkcji izolacyjnej i dobitnie argumentuje potrzebę ośrodków, z których samouwolnienia nie byłyby możliwe. Kwartalne wskaźniki samowolnego oddalania się (7%) i prób oddalania się (9%) świadczą również, że badana grupa w znacznej mierze nie akceptuje hospitalizacji. Fakt ten powinien być uwzględniany w programach terapeutycznych, między innymi poprzez wprowadzenie zajęć o charakterze edukacyjnym, wyjaśniających pacjentom ich sytuację prawną.

Palenie tytoniu w miejscach niedozwolonych przez ponad 1/4 badanych naraża na niebezpieczeństwo wszystkie osoby w oddziale. Wiadomo bowiem, że zachowania takie są najczęstszą przyczyną pożaru w placówkach psychiatrycznych [4]. Większość internowanych przebywa w pomieszczeniach okratowanych, z których nie można ewakuować się przez okno, naruszanie zakazów palenia jest więc w ich sytuacji szczególnie ryzykowne.

Stwierdzono stosunkowo rzadkie stosowanie izolacji w porównaniu z innymi formami przymusu bezpośredniego. Ten, uchodzący za najbardziej humanitarny środek przymusu, jest, jak można sądzić, niedoceniany przez polskich psychiatrów. Wiadomo też, że w oddziałach po prostu brakuje pomieszczeń przystosowanych do izolowania pobudzonego pacjenta.

Zauważyć należy na koniec, że zdecydowana większość osób zachowujących się niebezpiecznie czyniła to stosunkowo rzadko, tj. kilka razy w badanym okresie. Pacjenci nagminnie agresywni lub niebezpieczni stanowili z reguły marginalną mniejszość, z wyjątkiem osób łamiących zakaz palenia tytoniu.

## WNIOSKI

1. W okresie kwartału, agresję fizyczną przeciwko drugim osobom kierowało blisko 19%, a agresję słowną blisko 31% pacjentów, wobec których stosowano środek za-

- bezpieczający. Zdecydowana większość spośród nich była napastliwa niezbyt często, tj. do kilku razy w kwartale. Celem agresji był najczęściej współpacjent, a w dalszej kolejności personel nielekarski (pielęgniarki i salowe).
2. Samowolnie oddało się ze szpitali psychiatrycznych w ciągu kwartału blisko 7% internowanych.
  3. Przymus bezpośredni stosowany był w okresie 1 miesiąca wobec 9.2% osób badanej grupy.
  4. Wyniki badania nie rozstrzygają, czy osoby umieszczone w szpitalach psychiatrycznych w ramach środka zabezpieczającego są bardziej niebezpieczne dla otoczenia od pozostałych hospitalizowanych, choć częstsze stosowanie wobec nich przymusu na to wskazuje. Równocześnie zauważyć należy, iż u większości badanych nie ujawniono w oddziale żadnych zachowań niebezpiecznych. Na podstawie bezwzględnych wskaźników agresywności i ucieczek można stwierdzić potrzebę objęcia części chorych, umieszczonych na detencji kryminalnej, specjalnymi programami terapeutycznymi, które powinny być realizowane w oddziałach o podwyższonym nadzorze. Do programów takich trafiałoby chorzy wyselekcjonowani, dla których oferowane tam świadczenia i zabezpieczenia są rzeczywiście niezbędne. Detencję większości pozostałych można natomiast prowadzić w zwykłych oddziałach psychiatrycznych (choć oczywiście brak zachowań niebezpiecznych w oddziale nie może stanowić jedynego kryterium selekcji, gdyż nie zawsze oznacza niewystępowania zagrożenia w ogóle).

## PIŚMIENNICTWO

1. Blomhoff S., Feim S., Friss S.: Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? *Hosp. Community Psychiatry* 1990, 41, 771-775.
2. Bloom J.D.: The character of danger in psychiatric practice: Are the mentally ill dangerous? *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law* 1989, 17, 241-255.
3. Cirincione C., Steadman J., Clark Robbins P., Monahan J.: Schizophrenia as a contingent risk factor for criminal violence. *Int. J. Law Psychiatry* 1992, 15, 347-358.
4. Ciszewski L., Stańczak T.: Pożary w szpitalach i oddziałach psychiatrycznych. *Biul. IPN* 1988, 4, 65-75.
5. 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.
6. Craig T.J.: An epidemiologic study of problems associated with violence among psychiatric inpatients. *Am. J. Psychiatry* 1982, 139, 1262-1265.
7. Dietz P.E., Rada R.T.: Battery incidents and batteries in a maximum security hospital. *Arch. Gen. Psychiatry* 1982, 39, 31-34.
8. Fottrell E.: A study of violent behaviour among patients in psychiatric hospitals. *Br. J. Psychiatry* 1980, 136, 216-221.
9. Lindqvist P., Allebeck P.: Schizophrenia and crime, a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br. J. Psychiatry* 1990, 157, 345-350.
10. Monahan J., Steadman H.J.: Crime and mental disorders. National Institute of Justice, research in brief, 1984 (za Bloom J.D. 1989).
11. Pollack N.L.: Accounting for predictions of dangerousness. *Int. J. Law Psychiatry* 1990, 13, 207-215.
12. Reid W.H., Bollinger M.F., Edwards G.: Assaults in hospitals. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law* 1985, 13, 1-4.
13. Rossi A.M., Jacobs M., Montelcome M.: Characteristics of psychiatric patients who engage in assaultive or other fear-inducing behaviors. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1986, 174, 154-160.
14. Rutkowski R.: Przymus bezpośredni w opiece psychiatrycznej. *Psychiatr. Pol.* 1992, 3/4, 275-286.
15. Rutkowski R.: Badania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych. *Psychiatr. Pol.* 1992, 3/4, 287-300.
16. Taylor L.A.: Motives for offending among violent and psychotic men. *Br. J. Psychiatry* 1985, 147, 491-498.
17. Yseavage J.A., Werner P.D., Becker J.B., Holnan C.: Inpatient evaluation of aggression in psychiatric patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1981, 169, 299-302.
18. Zitrin A., Hardesty A., Burdock E.I., Drossman A.K.: Crime and violence among mental patients. *Am. J. Psychiatry* 1976, 133, 142-149.

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