

Hospitalizacja bez zgody pacjenta jako źródło odczuwania przymusu

Involuntary commitment as a source of perceived coercion

Tomasz Pawłowski, Andrzej Kiejna, Joanna Rymaszewska

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary

Involuntary commitment is a topic that provokes a lot of controversy. Authors, supported by a review of literature, explain the need for conducting research on the use of coercion in psychiatry. They also attempt to answer the question whether a formal status of admission to hospital may possibly reflect the presence or lack of coercion. Further in the article they review the tools needed to make a subjective assessment of coercion associated with admission and they present results of their research with the use of these tools. The authors also point to the fact that the patient's retrospective confirmation of the need for hospitalisation may be a basis for their involuntary commitment but it does not, however, have any influence on the moral assessment of the need for coercion. Moreover, it does not arise out of this that the patient has come to terms with involuntary commitment after its completion. The need, then, to minimise the patient's perception of coercion while committed, becomes a very important matter which should be taken into account during treatment. This is both related to the fact that the perception of coercion is an undesirable factor but also that it may negatively influence the patient's cooperation during treatment.

Słowa klucze: przyjęcie do szpitala psychiatrycznego bez zgody, przymus
Key words: commitment of mentally ill, coercion

Wstęp

W leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi dopuszcza się stosowanie przymusu, który w szerszym wymiarze oznacza pozbawienie wolności chorego w czasie jego hospitalizacji i leczenia wbrew woli.

Przymusowa hospitalizacja osób z zaburzeniami psychicznymi budzi wiele kontrowersji. Uwolnienie z kajdanów pacjentów szpitala psychiatrycznego w Bicêtre w 1793 roku przez Pinela dało nadzieję, że przymus może być wyeliminowany w leczeniu osób chorych psychicznie. Niestety, okazało się to nieprawdą.

Przymusowa hospitalizacja w modelu medycznym służy przede wszystkim do zaspokajania potrzeb zdrowotnych osób z zaburzeniami psychicznymi. Ma ona na celu zapewnienie odpowiedniej pomocy pacjentom, którzy są zbyt chorzy, aby uświadomić sobie potrzebę leczenia. Przesłanki dla tego modelu zostały zawarte w brytyjskiej zasadzie *parens patriae*. Zasada ta obowiązująca w prawie angloamerykańskim rozumiana jest jako władza rodzicielska, królewska, na której opiera się obowiązek ochrony i opiekania się osobami niezdolnymi do podejmowania decyzji w swoim interesie, i przymusowe leczenie osób niezdolnych do dbania o siebie [1].

Druga zasada *police power* (władza policyjna) dotyczy obowiązku władzy zapewnienia ochrony obywatelom np. przed niebezpiecznym zachowaniem chorych psychicznie, jednak zapewnienie tej ochrony odbywa się kosztem wolności osobistej pacjenta. Dlatego też podejmowanie decyzji o przymusowej hospitalizacji wiąże się każdorazowo z dylematem: prawo jednostki do wolności versus konieczność leczenia [2].

Należy zwrócić uwagę na fakt, iż zaburzenia psychiczne w powszechnym odbiorze wiążą się z wysokim ryzykiem społecznego zagrożenia [3, 4]. Stereotyp osób chorych psychicznie, jako niebezpiecznych i nieprzewidywalnych, legitymizuje społeczne przyzwolenie na przyjęcie ich do szpitala psychiatrycznego bez zgody [5]. Badania Laubera i współpracowników [6] przeprowadzone wśród wybranych losowo 1737 osób w Szwajcarii wykazały, iż akceptację dla przymusowej hospitalizacji wyrażało 72% respondentów. Podobne wyniki otrzymali Angermeyer i Matschinger [7] w Niemczech. Dlatego można sformułować wniosek, iż przymusowa hospitalizacja spełnia oczekiwania społeczeństwa, chroniąc je przed niebezpiecznymi osobami z zaburzeniami psychicznymi. Dokładnie takie są założenia modelu prawnego, w którym przymusowa hospitalizacja jest głównie pozbawieniem wolności.

Krytycy stosowania przymusu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi argumentują, iż czyni on więcej zła niż dobra. Wywołuje nieufność do personelu, powodując unikanie leczenia i brak współpracy [8]. Bardzo często staje się także narzędziem wykorzystywanym przez osoby niechętne pacjentom. Znana amerykańska działaczka w obronie praw osób z zaburzeniami psychicznymi – E.F. Packard, opisuje swój przypadek jako przykład nadużycia przez jej męża przymusowej hospitalizacji w celu rozbicia ich małżeństwa [za: 9]. Już w epoce wiktoriańskiej krytycy stosowania przymusu zakładali, iż główną przyczyną nadużywania hospitalizacji bez zgody chorego były fałszywe relacje krewnych, głównie w celu zyskania finansowych korzyści [10]. Natomiast głównej obrony przed tego typu praktykami upatrywano w profesjonalizmie lekarzy. Niestety, w ostatnich czasach profesjonalizm ten nie jest wystarczającym gwarantem zapobiegania nadużyciom w związku z rzekomą tendencją do zbyt częstego, według krytyków, rozpoznawania zaburzeń psychicznych [11].

Polaryzacja stanowisk spowodowała zainteresowanie problemem przymusu. W centrum zainteresowania znalazła się kwestia, czy formalny status przyjęcia do szpitala psychiatrycznego może odzwierciedlać obecność lub brak przymusu.

Przymus a hospitalizacja bez zgody

Potrzeba prowadzenia badań dotyczących stosowania przymusu w psychiatrii wynika z co najmniej dwóch przesłanek [12]. Pierwsza z nich zakłada, iż rzadkie sto-

sowanie przymusu jest jednym z mierników jakości psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Niskie wskaźniki hospitalizacji bez zgody odzwierciedlają, zdaniem wielu autorów, rzadkie stosowanie przymusu. Druga przesłanka zakłada, iż wskaźniki stosowania przymusu są nieodzowne w analizie czynników wpływających na jego zastosowanie oraz w badaniach dotyczących efektów jego użycia.

Oficjalne statystyki są łatwo dostępnym źródłem danych dotyczących przymusowych hospitalizacji pacjentów. Z tego powodu wiele badań przyjmowało status prawny hospitalizacji jako wykładnik występowania przymusu podczas przyjęcia do szpitala. Badania te zakładały, iż osoba przyjmowana bez zgody do szpitala jest poddawana przymusowi, natomiast podczas przyjęcia za zgodą przymus ten nie występuje. Skupiały się one zatem na analizie pacjentów hospitalizowanych wbrew własnej woli. Odsetek pacjentów przyjmowanych do szpitala bez zgody waha się w dość szerokich granicach. Badanie Rosenstaina i wsp. [13] w USA wykazało, iż na 1 144 785 hospitalizacji 27% to hospitalizacje bez zgody. Jednak w poszczególnych stanach odsetek ten różnił się dość znacznie. W Connecticut i na Alasce liczba hospitalizacji bez zgody trzykrotnie przewyższała hospitalizacje za zgodą. W badaniach prowadzonych w Europie średnio od 15% do 20% pacjentów było hospitalizowanych bez zgody, jednak w Hiszpanii był to tylko 1% pacjentów, podczas gdy w niektórych regionach Szwajcarii odsetek ten wyniósł 93%. [14]. W Polsce odsetek pacjentów hospitalizowanych bez zgody w roku 1995 wynosił 7,8%. Warto zwrócić uwagę, iż był to pierwszy rok obowiązywania Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. W następnych latach odsetek ten wzrósł nieznacznie: w roku 1996 wynosił 9,8%, w roku 1997 – 10% i w roku 1998 – 9,7% wszystkich pacjentów hospitalizowanych [15]. Większość z tych przyjęć bez zgody (ponad 96%) odbywała się w trybie nagłym.

Nicholson [16] przeanalizował 19 badań uwzględniających status prawny przyjęcia do szpitala. Zauważył, iż pacjenci hospitalizowani bez zgody byli starsi, słabo wykształceni oraz gorzej sytuowani materialnie w porównaniu z pacjentami hospitalizowanymi za zgodą. W grupie pacjentów przymusowo przyjętych do szpitala przewagę stanowili mężczyźni. Analizując rozpoznania kliniczne, osoby hospitalizowane bez zgody częściej miały psychozę lub zaburzenia organiczne. Okres hospitalizacji tych pacjentów był statystycznie dłuższy oraz większe było prawdopodobieństwo gwałtownych zachowań podczas leczenia szpitalnego.

W 1972 Szasz [17] scharakteryzował hospitalizację za zgodą pacjenta jako „nieodrębną praktykę medycznego oszustwa”. Autor sugerował, iż na niektórych pacjentach wywierana jest presja, aby podpisali oni zgodę na hospitalizację, gdyż w przeciwnym przypadku zostaną przyjęci wbrew własnej woli. Późniejsze badania potwierdziły te doniesienia. W badaniu Lurigio i Lewisa [18] prawie połowa pacjentów hospitalizowanych za zgodą stwierdziła, iż nie chciała być przyjęta do szpitala. Autorzy interpretowali te wyniki w kategoriach pojawienia się alternatywnego środka przymusu stosowanego w celu ominięcia uregulowań prawnych dotyczących przymusowej hospitalizacji. W wyniku tego unikano wielu hospitalizacji bez zgody, podczas gdy pacjenci nadal byli zmuszani do poddawania się rzekomo mniej uciążliwej procedurze leczniczej. Podobne wyniki otrzymał Beck i Golowka [19] – ponad połowa pacjentów hospitalizowanych w instytucjach opieki psychiatrycznej w Massachusetts odczuwała

pewien element przymusu podczas przyjmowania do szpitala. Należy przy tym zwrócić uwagę na fakt, iż w momencie podpisania zgody na hospitalizację paradoksalnie następuje w jakiejś części ograniczenie prawnych możliwości wyrażenia sprzeciwu wobec leczenia szpitalnego. Pacjenci pozbawiani są w ten sposób systemu gwarancji sądowno-procesowych i sądowno-kontrolnych przynależnych osobom hospitalizowanym bez zgody.

Równocześnie zauważono, iż pewna część pacjentów przyjmowanych bez zgody może sama dążyć do hospitalizacji. W pewien sposób mogą oni aranżować własne przyjęcie bez zgody w celu przezwyciężenia przeszkód związanych z hospitalizacją [20]. Beck i Gołowka [19] stwierdzili, iż około jedna czwarta hospitalizacji bez zgody jest w dużej mierze dobrowolnym wyborem pacjentów. Pacjenci ci otrzymują kosztowną i zbędną ochronę prawną, będąc jednocześnie narażonymi na pewnego rodzaju stygmatyzację oraz niedogodności związane z przymusową hospitalizacją.

Subiektywna ocena przymusu

Posługiwanie się statusem prawnym hospitalizacji jako obiektywnym miernikiem przymusu niesie za sobą duże ograniczenia. Przede wszystkim pojawia się pytanie: Czy możliwa jest ocena tak subiektywnego wymiaru, jakim jest przymus, na podstawie obiektywnych kryteriów? Pacjenci są często nawet nieświadomi statusu prawnego hospitalizacji. W badaniu Bradforda i wsp. [21] 39% pacjentów przyjętych bez zgody było nieświadomych tego faktu. Podobne wyniki otrzymali Monahan i wsp. [22]. Warto także zwrócić uwagę na trudności w dokonywaniu międzynarodowych porównań wyników badań, ze względu na różne rozwiązania prawne regulujące przymusowe przyjęcie do szpitala psychiatrycznego. Stało się więc jasne, że status prawny hospitalizacji nie jest dobrym miernikiem przymusu odczuwanego przez pacjentów podczas przyjęcia do szpitala. W związku z tym zaczęto opierać się na subiektywnych odczuciach pacjentów, ale jak zdefiniować odczucie przymusu towarzyszące hospitalizacji? W badaniach pojawiają się różne jego kryteria, w przybliżeniu można jednak powiedzieć, iż bazują one na odczuwanym przez pacjentów braku możliwości odmowy hospitalizacji.

Duże znaczenie dla zaplanowanych i przeprowadzonych badań miało opracowanie narzędzi do subiektywnej oceny przymusu towarzyszącego przyjęciu do szpitala. Są to MacArthur Perceived Coercion Scale (MPCS) [23], Circumstances, Motivation, Readiness and Suitability Scale [24] oraz The Coercion/Noncoercion Matrix [25]. Skala MPCS była używana przez wielu badaczy i wydaje się, iż potwierdziły się jej własności psychometryczne oraz przydatność w tego typu badaniach, z dwóch pozostałych instrumentów korzystano natomiast sporadycznie.

Przegląd literatury na temat MPCS może być mylący dla osób postronnych. Wynika to z faktu istnienia różnych nazw i wersji ww. skali. Należy wspomnieć o dwóch jej wersjach. Pierwsza z nich wchodzi w skład MacArthur Admission Experience Interview (AEI), natomiast druga jest częścią składową kwestionariusza MacArthur Admission Experience Survey (AES). Zawierają one 4 pytania o: wpływ, kontrolę, wolność oraz wybór, jakie mają osoby badane podczas procedury przyjęcia do szpitala. Dodatkowo MPCS/AES zawiera 5. pytanie – o to, czy pomysł hospitalizacji pocho-

dził od pacjenta. Różnią się one natomiast możliwościami udzielenia odpowiedzi. W MPCs/AES pytania mają formę stwierdzeń, które należy ocenić, czy są prawdziwe, czy fałszywe, podczas gdy w MPCs/AEI mają formę pytań, na które można udzielić ilościowej odpowiedzi np.: Jaki stopień kontroli miała Pan/Pani nad swoim przyjęciem do szpitala? Odpowiedzi: duży, średni, mały, żaden. Badania Hoge i wsp., Nicolsona i wsp. oraz Hidaya i wsp. [26, 27, 28], z wykorzystaniem MPCs, wykazały, iż pomimo silnej korelacji pomiędzy statusem prawnym przyjęcia a subiektywnym odczuwaniem przymusu istnieją znaczące różnice.

Lidz i wsp. [29] wyróżnili trzy grupy czynników wpływających na odczuwanie przez pacjentów przymusu. Do pierwszej należą działania osób trzecich, mające na celu wywieranie wpływu na chorego, aby zdecydował się na hospitalizację. Autorzy wyróżniają tutaj 4 metody wywierania wpływu: przekonywanie, obiecywanie (oferowanie pewnych korzyści), grożenie oraz zmuszanie. Stosowanie dwóch pierwszych metod nie wiązało się z odczuwaniem przez chorego przymusu. Metody te powodowały co najwyżej odczucie znużenia czy irytacji. Natomiast grożenie oraz zmuszanie do hospitalizacji powodowało odczuwanie przymusu. Druga grupa czynników związana jest z faktem, iż dla osób z różnych grup demograficznych oraz kulturowych hospitalizacja może mieć nieco odmienne znaczenie, dlatego też różnice w odczuwaniu przymusu odzwierciedlają częściowo różne znaczenie przypisywane faktowi hospitalizacji. Na przykład kobiety mogą bardziej odbierać przymusową hospitalizację jako zagrożenie dla ich relacji interpersonalnych, podczas gdy mężczyźni jako zagrożenie dla ich autonomii [30]. Trzecia grupa czynników związana jest z lekceważącym traktowaniem pacjentów oraz ich poglądów. Wyniki badań, które przeprowadzili Lidz i wsp. [29] sugerują, iż przymusowa hospitalizacja może być częściowo akceptowana przez osoby z zaburzeniami psychicznymi, jeżeli mają one poczucie, że są traktowane sprawiedliwie, z szacunkiem oraz zainteresowaniem.

Zwolennicy przymusowej hospitalizacji twierdzą, iż pomimo pierwotnego braku zgody na hospitalizację część pacjentów zmienia zdanie w trakcie leczenia [31, 32]. Pacjenci ci mogą być nawet wdzięczni, że lekarze nie wzięli pod uwagę odmowy hospitalizacji wyrażonej podczas procedury przyjmowania do szpitala. Stone [31] nazwał to teorią podziękowania. Jednak, czy faktycznie można mówić o wdzięczności?

Gardner ze współpracownikami [33] badali, jak zmienia się w czasie ocena przez pacjentów konieczności hospitalizacji. W tym celu przeprowadzili wywiad z pacjentami przy przyjęciu oraz od 2 do 6 tygodni po wypisaniu ze szpitala. 52% pacjentów, którzy podczas przyjęcia twierdzili, że nie widzą potrzeby hospitalizacji, zmieniło swoje zdanie po wypisaniu. Szczegółowa analiza pokazała, iż istnieje znacząca różnica pomiędzy grupą pacjentów hospitalizowanych za zgodą (73% pacjentów zmieniło zdanie) a bez zgody (tylko 39% pacjentów w tej grupie).

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż w obu grupach podobny był odsetek pacjentów (około 5%), którzy podczas przyjęcia widzieli konieczność hospitalizacji, a po wypisaniu stwierdzili, że hospitalizacja była nieuzasadniona.

Retrospektywne potwierdzenie przez pacjenta potrzeby hospitalizacji może uzasadnić jego przymusowe przyjęcie, ale nie wpływa na moralną ocenę zastosowania przymusu. Ponadto nie wynika z niego, iż pacjent pogodził się z przymusową hospi-

talizacją po jej zakończeniu. Gardner i wsp. [33] nie stwierdzili, że pacjenci odczuwający przymus hospitalizacji byli później wdzięczni za hospitalizację bez ich zgody, nawet jeżeli uważali, że była ona konieczna. Autorzy sugerują, że ewentualna niechęć pacjentów do przymusowej hospitalizacji jest ich odpowiedzią na pozbawienie ich godności związanej z utratą niezależności. Psychiatrzy często rozważają przymusową hospitalizację w kategoriach korzyści zdrowotnych, jakie ona niesie dla pacjenta. Jednakże ocena przez pacjenta skutków przymusowej hospitalizacji nie wpływa na zmianę w subiektywnym odczuwaniu przymusu.

Podsumowanie

Minimalizowanie odczuwania przez pacjentów przymusu podczas hospitalizacji staje się ważną kwestią, na którą powinno się zwracać uwagę w procesie leczenia. Związane jest to z faktem, iż odczuwanie przymusu z natury jest zjawiskiem niepożądanym, ale także z tym, iż może to wpływać niekorzystnie na współpracę pacjenta w przebiegu terapii [8].

W związku z tym analizowanie czynników wpływających na subiektywne odczucia pacjentów jest istotne dla poprawy relacji terapeutycznych oraz kultury prawnej w danym społeczeństwie.

Projekt „Eunomia”, czyli „European evaluation of coercion in psychiatry and harmonization of best clinical practice” (Ocena stosowania przymusu w psychiatrii w Europie oraz ujednoczenie standardów postępowania) jest właśnie jedną z takich prób identyfikacji tych czynników. Ma on na celu dokonanie wielowymiarowej analizy różnych aspektów przymusu w psychiatrii. Projekt ten został wysoko oceniony przez ekspertów Komisji Europejskiej i przyjęty do realizacji w ramach 5 Programu Ramowego Unii Europejskiej jako kontrakt numer QLG4-CT-2002-01036 (<http://www.eunomia-study.net/>). Badanie to prowadzone jest w 12 krajach europejskich: Bułgarii, Czechach, Grecji, Hiszpanii, Izraelu, Litwie, Niemczech, Polsce, Słowacji, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Włoszech. W krajach tych występują znaczące różnice w rozpowszechnieniu stosowania przymusu w leczeniu psychiatrycznym oraz w społecznym i kulturowym podejściu do badanego zagadnienia. Dlatego też uzyskane wyniki mogą pomóc w ujednoczeniu standardów postępowania w zakresie stosowania przymusu w leczeniu psychiatrycznym w Europie.

Āīnd'čnrēčrōč' ālč nīāērnč' d'rōčlīnř ęę čnīī-īčę +ōānñār
īrnčēūnñāīlīāī ōřęñīdř

Nīāīdēřīēl

Īrnčēūnñāīlīr' āīnd'čnrēčrōč' ētālē n' d'nčōč-īnčēčē īrdōrlīč' ēč d'dīāōčārln ēnāčl ēīndīāīdncē.
Řānīdū, īf īnīārīčē ēčnīd'mōdīūō āriiūō āīęřčūārtn īlīāōīāčēīnñū d'dīālālīč' čnñēlāīārīčē,
īnīn' ūčōn' d'dčēlīlīč' īrnčēč' ā d'nčōčrnđčē. Ēdīēl nīāī, Řānīdū nñrdřnñ' īnālñčnū īf āīd'dīn ī
ōīdēřēūīē d'rēīēlīčē d'dčēlēr ā d'nčōčrnđčē-īnčōt āīēūīčōō č ēīēln ēč ānl ŷnī īndrērnū īrēč-ēl čēč
īnnōnñnāčl d'dčēīōčālīč'. Ā d'nēlāōtūlē +rnčē nñrnūč d'dlānñraēlī īāčtd čnñēlāīārnlēūnčēō d'nīāčē
āē' nōāūlēnčāīē īōlīēč d'dčēīōčālīč', nīd'ōnñnāōtūlāī d'dčēlēō ā āīēūīčōō, ī nřēčl d'dčāīā n' dīčō-
ēūnřnū čnñēlāīārīčē n' čnd'rēūčīārīēlē ŷnčō d'nīāčē. Īādrūlī nřēčl āīčēřīēl īf ōřęñ, +nī d'nđīnd'lē-
nčānl d'īānāldčālīēl d'rōčlīnē īlīāōīāčēīnncē āīnd'čnrēčrōčē ēīēln īāū nīčnū lāī d'dčēīōčēnlēūl
d'rēlūlīēl ā āīēūīčōō, īāīřēl ānl ŷnī īl āēč' ln īf īdřrēūīōt īōlīēčō d'dčēlīlīč' d'dčēīōčālīč' ālč nīāērnč'

d'rocłińf. Eđtěl nīāi, iłn ǒāldliińńč, +ñi d'rocłiń nīāernčnń' n d'đcioācnleuiie āińd'čnręcçrocłé d'ineł ił ięi+ríc'. Ęicęřęcçroc' +ǒāńnā d'rocłińf n d'đcioācnleuiie āińd'čnręcçrocłé nńřiācnń' ārciie d'điāēlēie, iř ęimđođ iłiāōiācēi iāđrūmū āicęřicł ā d'điōlńńł ēl-líc' āiēuiūǒ. Ýñ d'řiecliel nā' çřii ęęę n đřeñič, +ñi +ǒāńnāi d'đcioācālic', ęęę d'đřācēi, d'ldlcčārlńń' ęęę iłd'đińńčnleuiił, ř nřęcl č d'iniēǒ, +ñi nřęil d'đcioācālicł ēicłń ińđcǒřnleuiiue iāđřęie āeč nū iř nīāēlńńiōđ đřāińǒ d'rocłińf n nłđřđlāńřeč. 3. Ręǒld'ńřǒč' ērńłđē nā' çuārłńń' ā iřāēřāřleūēč ǒ iłē nřęcēč +ldńřeč ęęę: iđ'leōińnāi, nđ'iniāińńū ǒńńřiāēlic' č d'řiāāldcčāřic' d'řieicčnleuiiūǒ čimłd'łniřēūřǒ ińiřlicē, ýēd'ńcēč č d'řicęřic' ēińčāiā nīāńnāliińāi d'řiāālic' č āđǒāčǒ ēřālē. 4. Ręǒld'ńřǒč' ińǒř nǒulńnāliiūē đāđřęie nā' çuārłńń' n iřāēřālicłē ǒ iłāi nřęcǒ +ldń ęęę: nńiēęińńū, đřāińińđ'iniāińńū, çřāińř, ińāłńnāliińńū č nđ'iniāińńū đřęđřlic' d'inińřāēliiūǒ d'ldłā nīāiē çřāřicē č d'điāēlē, ř nřęcl ǒńńiāřēlic' āēčçęčǒ, nłđāł-iūǒ ińiřlicē n čiuēč ēřāūēč.

Hospitalisierung ohne Einverständnis des Patienten als Quelle der Zwangsempfindens

Zusammenfassung

Eine Zwangshospitalisierung der Personen mit psychischen Störungen erwecken viele Kontroversen. Die Autoren stützten sich auf die Literaturübersicht und berücksichtigten die Notwendigkeit der Einführung des Zwanges in der Psychiatrie. Sie bemühen sich auch die Frage zu beantworten, ob der formelle Status der Aufnahme ins psychiatrische Krankenhaus die Anwesenheit oder den Mangel an Zwang widerspiegeln kann. Im weiteren Teil des Artikels wurde die Übersicht der Mittel zur subjektiven Beurteilung des Zwanges bei der Aufnahme ins Krankenhaus durchgeführt und es wurden die Ergebnisse der Studien mit der Anwendung dieser Mittel geschildert. Es wird auf die Tatsache aufmerksam gemacht, dass die retrospektive Bestätigung durch den Patienten der Hospitalisierung seine Zwangsaufnahme begründen kann, sie beeinflusst aber die moralische Beurteilung der Zwangsanwendung nicht. Außerdem geht daraus nicht hervor, dass der Patient sich mit der Zwangshospitalisierung nach ihrer Beendigung abgefunden hatte. Die Minimalisierung des Zwangsempfindens durch den Patienten während der Hospitalisierung wird zu einer wichtigen Frage, auf die man während des Behandlungsprozesses aufmerksam machen soll. Es ist sowohl mit der Tatsache verbunden, dass das Zwangsempfinden selbstverständlich eine unerwünschte Erscheinung ist, als auch aus dem Grunde, dass es einen ungünstigen Einfluss auf die Zusammenarbeit mit dem Patienten im Therapieverlauf haben kann.

L'hospitalisation obligatoire comme source du sentiment de la contrainte

Résumé

L'hospitalisation obligatoire des personnes souffrant des troubles psychiques provoque plusieurs controverses. Basant sur la littérature en question, les auteurs de cet article expliquent la nécessité de recherches concernant la contrainte en psychiatrie. Ils posent la question si l'hospitalisation comme admission formelle contient la contrainte ou non. Les auteurs donnent aussi la revue des instruments de l'estimation subjective de la contrainte liée avec l'hospitalisation et ils présentent les résultats des examens avec ces outils. Ils accentuent le fait que l'acceptation rétrospective du besoin d'hospitalisation par le patient peut justifier son hospitalisation obligatoire, pourtant elle n'influe pas sur l'estimation morale de la contrainte. Et en plus, il n'en suit pas que le patient accepte cette hospitalisation après. La minimalisation du sentiment de la contrainte devient le problème important au cours de la thérapie et de l'hospitalisation car ce sentiment de la contrainte est le facteur défavorable de sa nature et il peut influencer sur la coopération du patient et du médecin pendant la thérapie.

Piśmiennictwo

1. Benedek E. *Problemy prawne w psychiatrii*. W: Bomba J, De Barbaro B, red. *Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. Kraków: CM UJ; 1995, s. 63–83.
2. Isohanni M, Nieminen P, Moring J, Pylkkanen K, Spalding M. *The dilemma of civil rights versus the right to treatment: questionable involuntary admissions to a mental hospital*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991; 83: 256–261.
3. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. *Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance*. *Am. J. Public. Health* 1999; 89: 1328–1333.
4. Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A. *Characteristics of violent behavior in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2001; 104: 273–279.
5. Oakes PJ, Haslam SA, Turner JC. *Stereotyping and social reality*. Oxford: Blackwell; 1994.
6. Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W. *Public attitude to compulsory admission of mentally ill people*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 105: 385–389.
7. Angermeyer MC, Matschinger H. *Auswirkungen der Reform der psychiatrischen Versorgung in den neuen Ländern der Bundesrepublik Deutschland auf die Einstellung der Bevölkerung zur Psychiatrie und zu psychisch Kranken*. Baden-Baden: Nomos; 1995.
8. Campbell J, Schraiber R. *In pursuit of wellness: The well-being project*. Sacramento: California Department of Mental Health; 1989.
9. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Bennett NS, Eisenberg M, Gardner W, Roth LH. *Sources of coercive behaviors in psychiatric admissions*. *Acta Psychiatr. Scand.* 2000; 101: 73–79.
10. Mc Candless P. *Liberty and lunacy: the Victorians and wrongful confinement*. W: Scull A, red. *Mad houses, mad doctors and madmen*. Philadelphia: University of Pennsylvania; 1981, s. 339–362.
11. Szasz T. *Law, liberty and psychiatry*. New York: Mac Millan; 1963.
12. Kjellin L, Westrin CG. *Involuntary admissions and coercive measures in psychiatric care. Registered and reported*. *Int. J. Law Psychiatry* 1998; 21: 31–42.
13. Rosenstain M, Steadman H, MacAskill R, Manderscheid R. *Legal status of admissions to three inpatient psychiatric settings*. United States 1980. Mental Health Statistical Note Number 178. Washington, D.C.: National Institute of Mental Health; 1980.
14. Riecher-Rossler A, Rossler W. *Compulsory admission of psychiatric patients – an international comparison*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1993; 87: 231–236.
15. Dąbrowski S, Welbel S, Brodniak WA. *Realizacja Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego w 1998 roku*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1999; 8: 235–243.
16. Nicholson RA. *Correlates of commitment status in psychiatric patients*. *Psychol. Bull.* 1986; 100: 241–250.
17. Szasz TS. *Voluntary mental hospitalization. An unacknowledged practice of medical fraud*. *N. Engl. J. Med.* 1972; 287: 277–278.
18. Lurigio A, Lewis D. *Worlds that fail: A longitudinal study of urban mental patients*. *J. Soc. Issues* 1989; 45: 79–90.
19. Beck J, Golowka E. *A study of enforced treatment in relation to Stone's „thank you” theory*. *Behav. Sc. Law* 1988; 6: 559–566.
20. Miller RD. *Voluntary „involuntary” commitment – the briar-patch syndrome*. *Bull. Am. Acad. Psychiatry Law* 1980; 8: 305–312.
21. Bradford B, McCann S, Merskey H. *A survey of involuntary patients' attitudes towards their commitment*. *Psychiatr. J. Univ. Ott.* 1986; 11: 162–165.
22. Monahan J, Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg MM, Bennett NS, Gardner WP, Mulvey EP, Roth LH. *Coercion to inpatient treatment: Initial results and implications for assertive treatment in the community*. W: Dennis D, Monahan J, red. *Coercive and aggressive community treatment:*

- A new frontier for mental health law*. New York: Plenum; 1995.
23. Gardner W, Hoge SK, Bennett N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, Mulvey EP. *Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission*. Behav. Sc. Law 1993; 11: 307–321.
 24. De Leon G, Melnick G, Kressel D, Jainchill N. *Circumstances, Motivation, Readiness, and Suitability (the CMRS scales): predicting retention in therapeutic community treatment*. Am. J. Drug Alcohol Abuse 1994; 20: 495–515.
 25. Marlowe DB, Kirby KC, Bonieskie LM, Glass DJ, Dodds LD, Husband SD, Platt JJ, Festinger DS. *Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment*. Drug Alcohol Depend. 1996; 42: 77–84.
 26. Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Gardner W, Monahan J, Mulvey E, Roth L, Bennett N. *Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients*. Int. J. Law Psychiatry 1997; 20: 167–181.
 27. Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S. *Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization*. Int. J. Law Psychiatry 1996; 19: 201–217.
 28. Hiday VA, Swartz MS, Swanson J, Wagner HR. *Patient perceptions of coercion in mental hospital admission*. Int. J. Law Psychiatry 1997; 20: 227–241.
 29. Lidz CW, Hoge SK, Gardner W, Bennett NS, Monahan J, Mulvey EP, Roth LH. *Perceived coercion in mental hospital admission. Pressures and process*. Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52: 1034–1039.
 30. Tannen D. *You just don't understand: men and women in conversation*. New York, NY: Ballantine Books; 1990.
 31. Stone AA. *Mental health and law: A system in transition*. Rockville, Md, NIMH Center for Studies of Crime and Delinquency; 1975.
 32. Roth LH. *A commitment law for patients, doctors, and lawyers*. Am. J. Psychiatry 1979; 136: 1121–1127.
 33. Gardner W, Lidz CW, Hoge SK, Monahan J, Eisenberg MM, Bennett NS, Mulvey EP, Roth LH. *Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization*. Am. J. Psychiatry 1999; 156: 1385–1391.

Otrzymano: 15.12.2003

Zrecenzowano: 23.02.2004

Przyjęto do druku: 6.07.2004

Adres: Tomasz Pawłowski
Klinika Psychiatrii AM
50-367 Wrocław, ul. Pasteura

