

Porównanie unieruchomienia z izolacją

The comparison of immobilization with isolation

Sławomir Krzysztof Sidorowicz

Klinika Psychiatrii AM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary. Immobilization and isolation are two of the four procedures of direct mechanical restraint allowed by the Mental Health Protection Act of August 19, 1994 (article 18). Physical restraint of mentally disordered persons may be used only when such persons wage an attempt against their own life or health, or the life or health of another person, or public safety, or when such persons violently destroy or damage surrounding objects. Both these methods may be used in similar clinical situations. Clinical, ethical and legal aspects of immobilization and isolation show that isolation may be less burdensome and restrictive than immobilization, and particularly during isolation less degree of physical violence is applied than during the immobilization. The Mental Health Protection Act of 1994 states in article 12 that when choosing the type and method of treatment not only health issues but also the interests and other personal values of the mentally disordered person shall be taken into consideration; care shall be taken to achieve improvement of health with the least possible discomfort for that person, and article 18 p. 4 says that when applying physical restraint, the method causing least possible discomfort shall be selected and special care shall be taken to safeguard the well-being of the person concerned. Therefore, it is reasonable and legally justified to demand the introduction of the possibility of isolation in the closed wards of psychiatric hospitals.

Słowa klucze: izolacja, unieruchomienie, Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego
Key words: isolation, immobilization, Mental Health Protection Act

*Czasem należy związać ręce, z szacunkiem i umiarem,
bez obelg i niegrzeczności. Nie z zemsty, lecz dla dobra
zainteresowanego. Nie za karę, lecz jako lekarstwo.*

Josemaria Escriva – „Kuźnia”

W drugiej połowie XX wieku w wielu krajach poprawiło się przestrzeganie praw człowieka [1]. W medycynie oznaczało to znaczne zwiększenie uprawnień pacjenta, a z tym – obowiązków personelu medycznego [2, 3, 4, 5]. Przestało wystarczać zapewnienie coraz lepszej jakości oraz bezpieczeństwa leczenia. Roszczenia ogarnęły poszanowanie autonomii i godności, swobodne i świadome podejmowanie decyzji, dostęp do informacji, a także przestrzeganie prawnych podstaw do leczenia bez zgody oraz przymusu bezpośredniego [6, 7, 8].

Od czasu wyłonienia się psychiatrii jako dyscypliny medycznej na przełomie XVIII i XIX w. można prześledzić dążenie do ograniczania wszelkiej przemocy w stosunku do psychicznie chorych, choć nie wydaje się, by można było ją wyeliminować całkowicie [7, 8, 9]. Pierwsze ważne działania na tym polu przypisuje się Filipowi Pinelowi (1745–1826) [10], który w paryskim publicznym schronisku, przemienionym na szpital Bicetre, w 1793 uwolnił z łańcuchów część psychicznie chorych oraz wprowadził rewolucyjne jak na tamte czasy metody postępowania. Zadaniem personelu miały się stać troska o miłą atmosferę szpitala, łagodność, wyrozumiałość i cierpliwość w traktowaniu chorych oraz organizacja interesujących i w miarę możliwości pożytecznych zajęć [11, 12]. Wprowadzenie leków przeciwpsychotycznych w połowie XX w. umożliwiło upowszechnienie niebiologicznych metod oddziaływania, takich jak społeczność lecznicza, ergoterapia, terapia środowiskowa, psychoterapia, socjoterapia i wiele innych form [13]. Nowej, wyższej jakości mogły nabrać relacje chorych z personelem oraz instytucjami leczniczymi, co sprzyjało ograniczaniu działań opartych na przymusie. Ważną rolę w reformowaniu lecznictwa psychiatrycznego odegrały „antypsychiatria” oraz rozkwit organizacji samopomocowych chorych i ich rodzin w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX w. [14, 15, 16, 17]. Pomimo tak korzystnych zmian, najrozmaitsze formy przymusu są nadal praktykowane, co wyraźnie pokazały badania Dąbrowskiego i wsp. [18] oraz Rutkowskiego [19] przed wprowadzeniem Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego (UoZP) i Dąbrowskiego [20] już „pod rządami” UoZP. Obecnie ustawodawstwo wielu krajów dopuszcza pewne formy przemocy w stosunku do osób z zaburzeniami psychicznymi, jednak pod dokładnie określonymi warunkami [3, 6, 21, 22, 23, 24, 25]. Niestety, konflikt jest nieunikniony, ponieważ prawo dopuszczające przymus bezpośredni zarazem narusza wiele innych podstawowych uprawnień człowieka (np. prawo do wolności, autonomii, godności, nietykalności).

Unieruchomienie i izolacja to dwie z czterech metod przymusu bezpośredniego, dozwolone przez UoZP z 1994 r. i odpowiednie akty wykonawcze [21, 26]. Obydwie mają na celu opanowanie podniecenia psychoruchowego, gwałtownych zachowań niszczycielskich oraz eliminację bezpośrednich zagrożeń dla pacjenta i innych osób. Powinny być stosowane w ostateczności, tzn. gdy zawiodą inne metody, a zwłaszcza perswazja, demonstracja siły bądź leki psychotropowe oraz gdy nie ma możliwości porozumienia się z chorym, który ze względu na ostrość stanu wymaga natychmiastowej interwencji.

Unieruchomienie jest popularne, podczas gdy izolacji prawie nigdzie się nie stosuje [18, 27]. Izolacja ma licznych przeciwników [13, 23, 27, 28, 29, 30]. Może jest to wynikiem stosowania jej jako negatywnego wzmocnienia (rozumianego niekiedy jako karanie) w terapii kognitywno-behawioralnej, a może podobieństwa do uwięzienia w pojedynczej celi (tzw. karczerze), gdzie człowiek przebywa zapomniany i zaniedbany. Nie docenia się zalet terapeutycznych tej metody, a wyolbrzymia aspekty związane z utratą wolności [24, 31, 32].

Ze względu na stan psychiczny, istotę metod oraz sytuację, w jakich unieruchomienie czy izolacja są dozwolone, nie można przeprowadzić naukowo poprawnych porównawczych badań przydatności obu metod (np. z podwójnie ślełą próbą, loso-

wym doborem chorych czy zastosowaniem placebo), niemniej porównanie obydwu metod jest możliwe na podstawie klinicznego doświadczenia oraz rozważań temu poświęconych w piśmiennictwie. Takie porównanie jest również celowe i praktyczne, ponieważ artykuł 12 UoZP [21] wymaga, by przy wyborze sposobu postępowania sięgać po taką metodę, która jest najmniej uciążliwa dla chorego, a art. 18 p. 4 powiada, że przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy. Rodzi się pytanie: czy powszechnie stosowane unieruchomienie różni się od mało znanej i rzadko praktykowanej izolacji pod względem uciążliwości dla chorego?

Unieruchomienie najczęściej polega na pochwyceniu, obezwładnieniu i przywiązaniu pacjenta do łóżka przez personel medyczny lub inne osoby (np. przez policjantów, pracowników ochrony), tylko wyjątkowo stosuje się skrupowanie za pomocą tzw. kaftana bezpieczeństwa [9, 24, 33]. Niekiedy konieczne jest stoczenie walki, której wynik pacjent może odczuć jako klęskę, niesprawiedliwość, krzywdę, upokorzenie. Bywa, że unieruchomiony kontynuuje protest werbalny, wykrzykuje groźby i niecenzuralne słowa pod adresem otoczenia, przyzywa pomocy, błaga o uwolnienie, oskarża o nieludzkie traktowanie, brutalność, bezpodstawność i bezprawność działania. Całe to dramatyczne i nieraz przeciągające się działanie nierzadko rozgrywa się na wielołożkowej sali, w otoczeniu chorych i okresowo osób odwiedzających, do których może się zwracać o uwolnienie. Postępowanie personelu nie zawsze znajduje zrozumienie i poparcie w oczach otoczenia, innych chorych czy odwiedzających. Mogą się te osoby solidaryzować z unieruchomionym pacjentem i poprzez swoje zachowanie (nieprzychylnie komentarze i gesty) wzmacniać go w reakcji protestu wobec przemocy. Przedłuża to czas trwania atmosfery napięcia i wrogości, utrudnia uspokajające oddziaływanie personelu na pacjenta. Niekiedy podniecenie z zakłócaniem ciszy, wykrzykiwaniem wulgaryzmów wyzwala niechęć i wrogość wśród innych chorych, a nawet działania niebezpieczne dla unieruchomionej (a zatem bezbronnej) osoby. W niektórych przypadkach pomiędzy unieruchomionym a otoczeniem toczy się intensywna wymiana emocjonalno-werbalna, mogąca przedłużać i wzmacniać podniecenie z agresją słowną. Mnogość, jakość oraz siła bodźców napływających z otoczenia zdaje się przeszkadzać w uspokojeniu chorego. A. Kępiński [34] zwraca uwagę, że człowiek skrupowany przeżywa silniej zagrożenie niż ten, który zachowuje swobodę ruchów, ale zarazem pozycja leżąca znamionuje bezbronność i zdecydowaną przewagę osób z otoczenia.

Czasu trwania procedury nie określa się z góry, o uwolnieniu decyduje lekarz na podstawie wyników systematycznej obserwacji, która powinna być przeprowadzana zgodnie ze szczegółowymi przepisami wykonawczymi [26]. Unieruchomienie może trwać nawet do kilku dni, do czasu uspokojenia, niemniej ważną przesłanką do decyzji o zakończeniu go jest uzyskanie poczucia bezpieczeństwa i panowania nad sytuacją przez personel.

Unieruchomienie jest metodą skuteczną, a przy przestrzeganiu przepisów dotyczących nadzoru zapewnia bezpieczeństwo choremu i otoczeniu, przyczynia się do eliminacji bezpośrednich zagrożeń, umożliwia prowadzenie farmakoterapii oraz udzielenie innych form pomocy medycznej. Zdarza się, że ono samo wycisza i uspokaja

[35]. W czasie unieruchomienia powinna być prowadzona dokładna obserwacja stanu zdrowia i zachowania. Można przystąpić do chorego, ponawiać próby nawiązania kontaktu, przeprowadzić podstawowe badania i zastosować leki doustnie (jeśli się zgodzi) lub pozajelitowo (również z zastosowaniem przymusu, jeśli jest to konieczne), podać pożywienie i napoje. Unieruchomiony pacjent jest otoczony aktywną i czujną opieką pielęgniarską i lekarską. Unieruchomienie jest trudne i niebezpieczne, bywa ciężkim stresem dla chorego i personelu [11, 22, 23, 35]. W czasie zmagania może dojść do wymiany ciosów, uszkodzenia ciała chorego i interweniujących osób. Bywają reakcje paradoksalne, kiedy skrepowanie wzmacnia podniecenie i gwałtowność, aż do wyczerpania organizmu. Przedłużanie unieruchomienia, zwłaszcza prowadzonego bez należytego nadzoru pielęgniarsko-lekarskiego, grozi pogorszeniem się warunków hemodynamicznych krążenia, zakrzepami, niedowładami, porażeniami, martwicą, samouszkodzeniami, agresją innych, a nawet śmiercią [22]. Przemoc ze strony otoczenia jest poważnym urazem psychicznym, niekiedy porównywanym do zgwałcenia lub znęcania się fizycznego [28]. Zostają naruszone zasada autonomii, prawo do wolności i nietykalności osobistej, poczucie własnej integralności i godności. Może to być przyczyną silnych negatywnych emocji, lęku, wrogości, rozpacz. Skrepowany chory miewa poczucie własnej bezbronności, opuszczenia, zagrożenia, braku zrozumienia. Z jego perspektywy taka brutalna i nieraz długotrwała interwencja nie ma żadnego uzasadnienia, gdy brakuje mu wglądu w swój stan oraz jest niezdolny do krytycznej oceny sytuacji i motywów postępowania wobec siebie. U niektórych chorych unieruchomienie bywa przyczyną wystąpienia objawów psychopatologicznych przypominających w późniejszym okresie poronne postaci zaburzenia stresowego pourazowego [3, 27, 28], niemniej w badaniach Eriksson i Westgrin [35] większość, bo 70% pacjentów, wobec których zastosowano przymus bezpośredni, po pewnym czasie ujawniła pozytywne uczucia wobec personelu.

Niewątpliwie również dla personelu przeprowadzającego unieruchomienie czynność ta stanowi źródło bardzo intensywnego przeżywania oraz wyjątkowej mobilizacji psychicznej i fizycznej [24, 28]. Lęk i poczucie zagrożenia muszą jednak być poddane samokontroli i tłumione w trakcie szybko rozwijającej się akcji. Nie zawsze się to udaje, szczególnie przy braku wprawy i przeszkodach w wykonaniu zadania (np. w razie zbyt małej przewagi personelu pod względem sprawności i siły). Niekiedy obserwuje się wyzwianie agresji (nieproporcjonalnej do sytuacji), nastawienia konfrontacyjne, przesadne reagowanie na prowokacyjne czy opozycyjne zachowania chorego. Już po skrepowaniu mogą się ujawniać postawy niechęci, nieufności, wrogości i nieuzasadnionego wyolbrzymianego strachu przed chorym. Wszystko to utrudnia osiągnięcie celów, dla których unieruchomienie zostało zastosowane. Pozostawienie takich negatywnych emocji bez analizy utrudnia pracę z chorym, która i w tym okresie nie powinna ustawać. Wyraźnie uwidaczniają się one w momencie podejmowania przez lekarza decyzji o uwolnieniu z pasów. Zdarzają się wtedy protesty, postulaty przedłużania unieruchomienia, obawy co do zachowania pacjenta po uwolnieniu, nieufność do jego przyrzeczeń (np. do obietnicy podporządkowania się zaleceniom), żądania od lekarza takich gwarancji bezpieczeństwa, których dać nie można. Uwalnianiu chorego może towarzyszyć jakieś ryzyko ponownego zachowania gwałtownego, ale

uspokojenie go i choćby ograniczone porozumienie się z nim znacznie je zmniejszają. W negocjacjach z personelem pomocne bywają stosunkowo jasne rozstrzygnięcia UoZP i rozporządzenia wykonawcze odnośnie do warunków stosowania unieruchomienia; np. UoZP nie wymienia jako przesłanki przedłużania tej procedury niechęci czy obaw personelu [21, 26]. Takie uczucia i zapatrywania wymagają przepracowania, w końcu bowiem uwolniony chory, pozostając na oddziale, powinien być otoczony atmosferą przyjazną, wspierającą proces leczenia i umożliwiającą jak najlepszą komunikację oraz współpracę.

Izolacja – z tego co wiadomo przede wszystkim na podstawie piśmiennictwa i obserwacji w Regionalnym Ośrodku Psychiatrii Sądowej w Branicach oraz w szpitalach psychiatrycznych za granicą – polega na przymusowym umieszczeniu chorego na pewien czas pojedynczo, w bezpiecznym, zamkniętym, w miarę wygodnym pomieszczeniu, którego nie może on swobodnie opuścić [17, 18, 24, 27, 28, 30, 31, 32, 36, 37]. Jednak w obrębie pomieszczenia na ogół pozostawia się swobodę poruszania się. Następuje odcięcie od wpływów otoczenia, a zwłaszcza od chorych oraz osób odwiedzających. Ustaje bezpośrednia stymulacja ze strony innych, dotychczasowa komunikacja i interakcja. Rozmaite jest wyposażenie izolatek. Bywają one wyściełane, wyposażone w proste meble (stół, krzesło, toaleta, łóżko itd.) umocowane, a jeśli trzeba składane. Nie ma występów. Chory może być obserwowany poprzez nietłukącą się szybę oraz za pośrednictwem kamery telewizyjnej. Istnieje możliwość porozumiewania się bezpośrednio oraz za pomocą mikrofonu i głośnika. Wszelkie rozsądne prośby chorego mogą być spełnione. W każdej chwili możliwe jest wkroczenie personelu, który jednak z zasady pozostaje w pewnym oddaleniu. Jeśli umieszczenie chorego w izolatce wymaga użycia przemocy, to na ogół krótkotrwałej, podobnej do przytrzymania. Przeważnie odbywa się to szybciej niż w trakcie unieruchamiania, jednak ryzyko i zagrożenia dla obu stron są takie same. Podczas przytrzymania można podać odpowiedni lek, który zacznie działać już w czasie pobytu w izolatce. Czasu izolacji nie wyznacza się, ale nie powinna ona trwać dłużej niż to jest konieczne oraz tylko do momentu istnienia przesłanek do stosowania przymusu bezpośredniego. Personel nie musi mieć bezpośredniego kontaktu z chorym, wyczekuje na uspokojenie, obserwując jednak jego zachowanie i dowiadując się o jego samopoczucie. Jeśli nie ma bezwzględnych wskazań i następuje uspokojenie w wyniku samej izolacji, można się wstrzymać z podaniem leku do czasu, aż będzie to bezpieczniejsze, np. po porozumieniu się z chorym i uzyskaniu jego akceptacji planu dalszego postępowania. Prawidłowo przeprowadzona izolacja, jako część programu terapeutycznego, jest bezpiecznym i skutecznym środkiem zapewniającym uspokojenie chorego. Poza przytrzymaniem podczas przeprowadzania do izolatki oraz ewentualnie podczas podawania leku przymoc fizyczna nie musi być stosowana. Zakaz opuszczenia zamkniętego pomieszczenia jest wprawdzie ograniczeniem autonomii i wolności chorego, ale jakościowo podobnym do tego, które spotyka pacjentów zatrzymanych w szpitalu psychiatrycznym bez swojej zgody poza izolatką i bezskutecznie domagających się wypuszczenia z oddziału. Przed zakończeniem izolacji personel może sprawdzić, czy spełniła ona swoje zadanie, np. próbując podać lek, nawiązać bezpośredni kontakt i porozumieć się. Jeśli ma się do czynienia z osobą zdrową fizycznie, izolacja nie stwarza poważniejszych zagrożeń

dla organizmu [22, 24, 28, 37]. Izolacja przeprowadzana nieprawidłowo, np. nieuprzedzenie pacjenta o zastosowaniu tej procedury, brak zainteresowania personelu chorym, nieuwzględnianie potrzeb chorego, umieszczenie z dala od centrum oddziału, jest działaniem niehumanitarnym, poniżającym chorego i stwarzającym sytuację osamotnienia, opuszczenia i zaniedbania [31, 35, 36]. Niemal całkowite odcięcie od kontaktu z kimkolwiek może pogarszać stan, zaostrzać psychozę i nasilać zaburzenia funkcjonowania. Już w trakcie izolacji, a zwłaszcza po jej zakończeniu, wskazane jest omówienie z chorym przyczyn, zakresu opieki w czasie przebywania w izolatce oraz korzyści, jakie z tego odniósł. Inaczej, nierzadko, chorzy nie dostrzegają żadnych korzyści z tej procedury, a wręcz przeciwnie – uważają ją za zbyt dużą, szkodliwą, wywołującą złość i lęk [30]. Przeprowadzenie izolacji może – podobnie jak unieruchomienie – wywoływać u personelu reakcje nieproporcjonalne czy niezgodne z istotą stosowanej procedury i sytuacją [24, 37]. Zdarza się, że personel wykorzystuje izolację do unikania kontaktu z tzw. trudnym czy uciążliwym pacjentem, przedłuża czas jej trwania z powodu własnego lęku i dla własnej wygody (a nie dla dobra chorego), uznaje ją za metodę karania, a nie leczenia. Wszystko to oznacza stosowanie izolacji dla celów innych niż określonych klinicznie i wyznaczonych przez prawo.

Zasadniczy zakres wskazań do zastosowania unieruchomienia i izolacji jest mniej więcej taki sam, są jednak i pewne różnice [23, 28]. Obie metody mają na celu doprowadzenie do uspokojenia chorego i eliminacji zagrożeń, z czym się łączy otwarcie możliwości terapii opartej na porozumieniu i współpracy.

Izolacja przerywa stosunki chorego z otoczeniem, odcina dopływ rozmaitych bodźców z zewnątrz, szczególnie wzmacniających podniecenie i agresywność. Jednakże związana z nią deprivacja sensoryczna bywa bardzo źle znoszona przez niektórych chorych z otępieniem czy majaczeniem – w takich przypadkach pobudzenie może się niebezpiecznie wzmacniać.

System łączności i prowadzona obserwacja zapewniają możliwość porozumiewania się i dostosowywania postępowania do zmieniającego się stanu pacjenta w izolatce, niemniej intensywność opieki medycznej w warunkach izolacji jest mniejsza niż przy unieruchomieniu [29, 31, 35].

Unieruchomienie praktycznie rozgrywa się przez cały czas publicznie, chory jest poddany nieustającej stymulacji ze strony otoczenia, co może zaostrzać zaburzenie. W tym czasie chory pozostaje jednak pod ścisłym i bezpośrednim nadzorem. Kontrola lekarska i możliwości podania leku są większe w przypadku unieruchomienia, z tego powodu może być ono wskazane u chorych somatycznie, którzy wymagają dokładnej i ciągłej obserwacji stanu oraz systematycznych interwencji medycznych. Unieruchomienie jest zatem bardziej wskazane w przypadkach z szybkimi zmianami stanu psychicznego i niezwykle nasilonymi zachowaniami samobójczymi, u chorych obciążonych ryzykiem poważnych powikłań po podaniu leków oraz u których konieczne jest podawanie leków w regularnych odstępach czasu (np. w cukrzycy, nadciśnieniu tętniczym krwi).

Obydwie metody postępowania są aktami przemocy, które – choć za przyzwoleniem ustawy – jednak naruszają szereg podstawowych praw. Decydując się na takie postępowanie, lekarz wyważa i uszczegóławia sytuację prawną oraz etyczną i na tej

drodze rozwiązuje zaistniały konflikt zgodnie z doktryną podwójnego skutku, cały czas mając na uwadze dobro chorego [4, 5, 11]. Przymus bezpośredni jest uzasadniony – nawet za cenę naruszeń pewnych uprawnień chorego – koniecznością samoobrony, obrony otoczenia lub obowiązkiem zapewnienia bezpieczeństwa. Analiza przebiegu i warunków obu metod przymusu bezpośredniego wskazuje, że intensywność stosowanej przemocy w stosunku do chorego jest mniejsza w przypadku izolacji niż podczas unieruchomienia. Podczas izolacji dokonuje się ona przede wszystkim w czasie umieszczania w izolatce, potem ustaje (lub bywa sporadycznie ponawiana w formie krótkotrwałego przytrzymania w celu przymusowego podania leku, pokarmu). Z unieruchomieniem wiąże się doświadczanie bezpośredniej fizycznej przemocy nieprzerwanie, aż do czasu jego zakończenia. Fisher [28] przytacza ocenę uciążliwości poszczególnych metod przymusu wg pacjentów i personelu od najmniej do najbardziej uciążliwych: przytrzymanie i doustne podanie leku, pozbawienie ubrania, podanie leku domięśniowo, izolacja, unieruchomienie z nieprzerwaną obserwacją. Komitet Ekspertów Fundacji Helsińskiej w raporcie [3] zauważa, że unieruchomienie w niektórych przypadkach może wyczerpywać znamiona naruszenia art. 3 Europejskiej Konwencji Praw Człowieka, w którym stwierdzono, że nikt nie może być poddany torturom ani niehumanicznemu lub poniżającemu traktowaniu lub karaniu.

Ani jedna z kilkunastu osób personelu psychiatrycznego zapytanych przez mnie o wybór metody przymusu bezpośredniego w odniesieniu do siebie nie wskazała na unieruchomienie, każda wolała izolację, wymieniając wiele z nią związanych korzyści (np. spokój, intymność, posiadanie własnej przestrzeni itp.).

Zarówno izolacja, jak i unieruchomienie mają swoje zalety i wady. Zakres wskazań do stosowania tych swoistych metod postępowania medycznego w znacznym zakresie się pokrywa, obydwie mają spełnić takie samo zadanie. Obie te metody cechuje jednak różny stopień uciążliwości oraz intensywność przemocy fizycznej.

Wnioski

1. Wskazania do zastosowania izolacji i unieruchomienia są podobne.
2. Prawie w ogóle nie stosowana izolacja jest metodą przymusu bezpośredniego mniej uciążliwą od powszechnie stosowanego unieruchomienia.
3. Brak możliwości izolacji uniemożliwia spełnienie przepisów art. 12 i 18 p. 4 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, z których wynika obowiązek stosowania mniej uciążliwej formy przymusu bezpośredniego.
4. Wprowadzenie izolacji na obserwacyjnych oddziałach psychiatrycznych wzbogaciłoby arsenał procedur medycznych w stosunku do bardzo trudnej i wymagającej grupy chorych.

Сравнение иммобилизации с изоляцией

Содержанке

Обездвиживание и изоляция – это две из четырех форм непосредственного насилия, позволенных Законом о защите психического здоровья с дня 19 августа 1994 года с

позднейшими изменениями. Эти данные содержатся в статье 18 Закона, который определяет сущность и очерчивает условия применения непосредственного насилия по отношению к психически больным. Оба эти метода имеют схожий радиус применения, однако значительно отличаются с точки зрения способа реализации. Если обездвижение применяется очень часто, то изоляция почти неизвестна. По существу совершенно неизвестно почему все это происходит. На основании литературных данных и клинические наблюдения были сравнены клинические, этические и юридические аспекты обоих этих методов насильственного поведения по отношению к психически больным. Обсуждены показания и противопоказания клинического аспекта для применения этих процедур и их влияния на больных и персонал. Сделана попытка показать преимуществ и пороков этих двух методов. Обращено особое внимание на радиус и время применения физического насилия по отношению к обездвиженным больным или изолированным. По-видимому, радиус и время насилия во время обездвиживания, значительно больше, чем во время изоляции. Приведенные клинические наблюдения и данные литературы и рассмотрение этих процедур, могут указывать на факт, что изоляция является менее трудной процедурой, чем иммобилизация.

Принимая во внимание статьи 12 и 18 параграф 4 Закона о защите психического здоровья автор сформулировал постулат организации возможности изоляции больных в психиатрических отделениях и принятия новоприбывших.

В настоящее время большинство этих отделений не располагает соответствующими помещениями, а персонал не подготовлен для такого вмешательства, каким является изоляция больного.

Vergleich der Immobilisation mit der Isolation

Zusammenfassung

Die Immobilisation und Isolierung sind zwei von vier Formen der direkten Zwangseinweisungen, die durch das Gesetz Über den Schutz der psychischen Gesundheit vom 19. August 1994 mit sp.Ä. zugelassen sind. Davon spricht der Art. 18 des Gesetzes, der das Wesen definiert und die Bedingungen der Anwendung von der direkten Zwangseinweisung gegenüber den Personen mit psychischen Störungen bestimmt. Die beiden Methoden haben einen ähnlichen Anwendungsbereich, sie unterscheiden sich aber in der Realisierungsweise. Wenn die Immobilisation allgemein angewandt wird, ist die Isolation fast unbekannt. Man weiss eigentlich nicht, warum es so geschieht. In der Anlehnung an die Literatur und klinische Erfahrung verglich man klinische, ethische und rechtliche Aspekte beider Methoden der direkten Zwangseinweisung. Man besprach die Indikationen und die klinischen Kontraindikationen zur Anwendung dieser Maßnahmen und ihren Einfluss auf die Kranken und das Personal. Man bemühte sich, die Vor- und Nachteile beider Methoden aufzuzeigen. Man machte besonders auf den Bereich und die Zeitdauer der physischen Gewalt gegenüber den Kranken aufmerksam, die immobilisiert oder isoliert wurden. Es scheint, dass der Bereich und die Zeitdauer der Gewalt während der Immobilisation bedeutend größer sind als bei der Isolation. Die angeführten Angaben aus der Beobachtung, Literatur und Erwägungen zeigen, dass die Isolation eine weniger belästigende Prozedur ist als die Immobilisation. Man berief sich auf die Art. 12 und 18, Pkt. 4 des Gesetzes über den Schutz der psychischen Gesundheit und schlug die Möglichkeit der Isolation der Kranken in den psychiatrischen Aufnahmeabteilungen vor. Wie bisher besitzen die Meisten dieser Abteilungen keine entsprechenden Plätze, und das Personal ist zur Realisierung einer solchen Aufgabe - Durchführung der Isolation - nicht vorbereitet.

La comparaison de l'immobilisation et de l'isolation

Résumé

L'immobilisation et l'isolation ce sont deux formes de quatre procédures de la contrainte physique directe licite par la Loi de la protection de la santé psychique de 19 août 1994 (article 18). Cet article définit la contrainte physique et les conditions de son emploi. Ces deux formes de la contrainte physique sont appliquées dans des conditions pareilles mais elles diffèrent de leurs réalisations. L'immobilisation est appliquée très souvent, l'isolation presque jamais, on ne sait pas pourquoi. L'auteur de cet article compare ces deux méthodes de divers point de vue : clinique, étique, judiciaire an basant sur la littérature en question et sur l'expérience clinique. On présente leurs indications et contre-indication cliniques, leurs avantages et désavantages ainsi que leurs influences sur le personnel et les patients. L'auteur accentue l'importance de la durée de la contrainte physique et de son étendue. Il semble que ces derniers aspects de la contrainte physique sont plus importants pendant l'immobilisation que pendant l'isolation. Les données cliniques et de la littérature en question indiquent que l'isolation est la procédure moins pénible que l'immobilisation. Se référant aux articles 12 et 18 p.4 de la Loi de la protection de la santé psychique l'auteur postule la formation du lieu d'isolation dans les hôpitaux psychiatriques. Pour aujourd'hui la plupart de ces hôpitaux n'a pas de chambres d'isolation et le personnel n'est pas qualifié pour pratiquer l'isolation.

Piśmiennictwo

1. Karkowska D. *Prawa pacjenta*. Warszawa: Dom Wydawniczy ABC; 2004, s.23–41.
2. Boratyńska M, Konieczniak P. *Prawa pacjenta*. Warszawa: Difin; 2001, s. 11–38.
3. Nowicka M, Laskowska D, Lipińska H, Szafranski T, Szostak H, Żuchowska J. *Prawa człowieka w szpitalach psychiatrycznych i domach pomocy społecznej*. Warszawa: Helsińska Fundacja Praw Człowieka, 1996.
4. Beauchamp TL, Childress JF. *Zasady etyki medycznej*. Warszawa: Książka i Wiedza; 1996, s. 41–46.
5. Dunn HP. *Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów*. Tarnów: Biblos; 1994, s. 30–34.
6. Cameron AD. *Psychiatry*. Edinburgh, London, New York, Oxford, St. Louis, Sydney, Toronto: Mosby; 2004, s. 201–206.
7. Alexander FG, Selesnick ST. *The history of psychiatry*. New York: Harper and Row Publishers; 1966, s. 112–115.
8. Group for Advancement of Psychiatry: *Forced into treatment. Report No 137*. Washington, DC, London: American Psychiatric Press Inc.; 1994, s. 99–101.
9. Gorton JG, Partridge R. *Practice and management of psychiatric emergency care*. St. Louis, Toronto, London: The C.V. Mosby Company; 1982, s. 352–353.
10. Weiner DB. Philippe Pinel's „Memoir on madness” of December 11, 1794: a fundamental text of modern psychiatry. *Am. J. Psychiatry* 1992; 149: 725–732.
11. Simon RI. *Legal issues in psychiatry*. W: Sadock BJ, Sadock VA, red. *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. London: Lippincott Wilkins and Wilkins; 2000, s. 1789, 1914, 2042, 3283.
12. Bleuler E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. 11. Aufgaben von Bleuler M. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag; 1969, s. 173.
13. Jones K. *The diminishing mental hospitals*. W: Freeman H, red. *A century of psychiatry*. London: Mosby-Wolfe Medical Communications; 1999, s. 191–195.
14. Tantam D. *RD Laing and antipsychiatry*. W: Freeman H, red. *A century of psychiatry*. London: Mosby-Wolfe Medical Communications; London 1999, s. 202–208.

15. Scheper-Hughes N, Lovell AM, red. *Psychiatry inside out. Selective writings Franco Basaglia*. Columbia University Press; 1987, s. 59.
16. Praag HM van: *The scientific foundation of anti-psychiatry*. Acta Psychiatr.Scand. 1978; 58: 113–141.
17. Seva A, red. *The European handbook of psychiatry*. Anthropos Zagaroza 1991, t. 2, 1962–1976.
18. Dąbrowski S, Frydman L, Żakowska-Dąbrowska T. *Physical restraint in Polish psychiatric facilities*. Int. J. Law Psychiatr. 1986; 8: 369–382.
19. Rutkowski R. *Badania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych*. Psychiatr. Pol. 1997; 31: 165–176.
20. Dąbrowski S. *Ocena przestrzegania przepisów Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego dotyczących przymusu bezpośredniego*. Post. Psychiatr. Neurol. 2001; 10: 375–382.
21. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dnia 19 sierpnia 1994 r., Dz.U. z 20.10.1994 r., nr 111, poz. 535, oraz Ustawa z dnia 31.7.1997 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. z 25.9.1997, nr 113, poz. 731.
22. Dąbrowski S, Pietrzykowski J. *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997, s. 108–119.
23. Andrews G, Jenkins R, red. *Management of mental disorders*, t. 2. Sydney, London: WHO Collaborating Centres in Mental Health; 1999, s. 627–638.
24. Royal College of Psychiatrists. *Management of imminent violence. Clinical practice guidelines to support mental health services*. London 1998.
25. Reich W. *Psychiatric diagnosis as a clinical problem*. W: Bloch S, Chodoff P, Green SA, red. *Psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2000, s. 193–224.
26. Rozporządzenie ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu wykonywania przymusu bezpośredniego. Dz.U., nr 103, poz. 514.
27. Guirguis EF. *Management of disturbed patients. An alternative to the use of mechanical restraints*. J. Clin. Psychiatry 1978; 295–303.
28. Fisher WA. *Restraint and seclusion: a review of the literature*. Am. J. Psychiatry 1994; 151: 1584–1591.
29. Soliday SM. *A comparison of patient and staff attitudes toward seclusion*. J. Nerv.Ment. Dis. 1985; 173: 282–286.
30. Binder RL, McCoy SM. *A study of patients' attitudes toward placement in seclusion*. Hosp. Comm. Psychiatry 1983; 34: 1052–1054.
31. Plutchik R, Karasu TB, Conte HR, Siegel B, Jerrett I. *Toward a rationale for the seclusion process*. J. Nerv. Ment. Dis. 1978; 166: 571–579.
32. Brown TM, Scott AIF, Pullen IM. *Stany nagłe w psychiatrii*. Tłum. Święcicki Ł. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1994, s. 85–91.
33. Sidorowicz S. *Zachowania gwałtowne w zaburzeniach psychicznych*. Psychiatr. Pol. 1997; 31: 165–176.
34. Kępiński A. *Psychopatologia nerwic*. Warszawa: PZWL; 1972, s. 101, 293–294.
35. Eriksson KI, Westgrin CG. *Coercive measures in psychiatric care. Reports and reactions of patients and other people involved*. Acta Psychiatr. Scand. 1995; 92: 225–230.
36. Wadson H, Carpenter WT. *Impact of the seclusion room experience*. J. Nerv. Ment. Dis. 1976; 163: 318–328.
37. Gutheil T. *Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient*. Am. J. Psychiatry 1978; 135: 325–328.

Otrzymano: 25.10.2004

Zrecenzowano: 17.01.2005

Przyjęto do druku: 7.06.2005

Adres: Klinika Psychiatrii AM

50-229 Wrocław, ul. Kraszewskiego 2