

## **Przesłanki stosowania przymusu bezpośredniego w instytucjach psychiatrycznych**

### **The circumstances of using physical restraint in psychiatric services**

Piotr Baranowski, Tomasz Pawłowski

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

#### **Summary**

Adequate law regulations specify conditions under which mentally disordered persons may be submitted to physical restraint. Medical staff who decide on the application of physical restraint play the role of police. They limit the liberty of mentally disordered persons to protect society against their dangerous behaviour. Protection of patients' health gives the possibility of using physical restraint on the basis of medical circumstances. A literature review shows the different range of physical restraint use in comparable medical units. It suggests that medical staff decisions about the use of physical restraint can be dependent not only on dangerous behaviour but on different specific and non-specific factors. The aim of this article is to analyse factors which can have influence on applying of physical restraint in mentally disordered persons. Description of specific circumstances in which physical restraint is used can help in the optimization of psychiatric treatment and requires further research in both psychiatry and law.

*Słowa klucze:* przymus bezpośredni, zaburzenia psychiczne

*Key words:* physical restraint, mental disorders

#### **Wstęp**

Stosowanie przymusu bezpośredniego (p. b.) wobec pacjentów wyróżnia psychiatrię wśród innych dziedzin medycyny. Od 1994 r. art. 18 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego [1] określa zakres dopuszczalnych metod oraz reguluje przesłanki i zasady stosowania p. b. W myśl obowiązującego prawa o zastosowaniu przymusu decyduje fachowy pracownik służby zdrowia tj. lekarz lub pielęgniarka. Stosując przymus bezpośredni, personel instytucji psychiatrycznej występuje z jednej strony jakby w roli władzy policyjnej, ograniczając wolność osoby z zaburzeniami psychicznymi w celu ochrony innych przed skutkami jej zachowania, z drugiej jednak – działa na podstawie przesłanek medycznych, mając na uwadze ochronę zdrowia i życia chorego.

Gutheil w pracy z 1978 r. zwracał uwagę, iż izolacja w psychiatrii jest powszechnie łączona z izolacją więzienną lub postrzegana jako rodzaj kary w paradygmacie oddziaływań behawioralnych [2]. Wg niego stosowanie izolacji opiera się na trzech teoretycznych przesłankach: opanowania, izolowania oraz ograniczenia stymulacji sensorycznej. Opanowanie polega na ograniczeniu ruchów pacjenta (który z uwagi na stan psychiczny nie jest w stanie kontrolować swojego zachowania) w stopniu, w którym nie będzie stwarzał zagrożenia dla siebie i innych osób. Izolowanie ma na celu odseparowanie chorego od przykrych i męczących (w związku z przeżyciami psychotycznymi) relacji z innymi ludźmi. W tym rozumieniu miejsce izolacji jest często jedynym, w którym pacjent może być sam i czuć się bezpiecznie. Ograniczenie stymulacji sensorycznej to redukcja nadmiernych i przykrych dla chorego bodźców działających na zmysły; często izolatki nazywane są również pomieszczeniami wyciszeń.

Szeroko rozumiane wskazania do zastosowania p. b. obejmują [3]:

- zapobieganie agresji i autoagresji pacjenta,
- zapobieganie zachowaniom niszczyielskim lub poważnie zakłócającym porządek społeczny,
- programy terapii behawioralnej, których celem jest wygaszanie zachowań agresywnych.

Dodatkowe dwa wskazania odnoszące się wyłącznie do stosowania izolacji to:

- zmniejszenie stymulacji sensorycznej chorego,
- izolacja na prośbę pacjenta.

Pierwsze dwa wskazania: przeciwdziałanie agresji i autoagresji, zapobieganie zachowaniom niszczyielskim lub poważnie zakłócającym porządek społeczny odwołują się do ochronnej społecznie (policyjnej) funkcji przymusu bezpośredniego. Fachowy pracownik służby zdrowia ma zapewnić bezpieczeństwo pacjentów i personelu oraz zabezpieczać własność szpitala. Zazwyczaj wymienione sytuacje rozgrywają się gwałtownie i wymagają natychmiastowej interwencji.

Medyczne przesłanki obejmują programy terapii behawioralnej z zastosowaniem przymusu oraz izolację wykorzystywaną celem zmniejszenia stymulacji sensorycznej pacjenta psychotycznego. Przymus bezpośredni w tych przypadkach wdrażany jest w sposób zaplanowany (nie wynikający z nagłej konieczności), w związku z tym budzi wątpliwości natury etycznej. Badania, których celem jest poszukiwanie zależności pomiędzy agresją a zaburzeniami psychicznymi, po części dotyczą również problemu medycznych przesłanek dla stosowania p. b. Agresja jest tu traktowana jako jeden z objawów zaburzeń psychicznych.

### **Wskazania do stosowania przymusu bezpośredniego**

Ochrona przed agresywnym, autoagresywnym i niszczyielskim zachowaniem pacjenta

Źródła definiują agresję jako zachowanie fizyczne lub werbalne, którego efektem jest szkodenie [4]. Agresywne, niebezpieczne dla innych zachowania osób z zabu-

rzeniami psychicznymi są wymieniane jako podstawowe powody stosowania p. b. [2, 3, 5, 6, 7]. Według Betemps i wsp. [8] najczęstszym uzasadnieniem stosowania przymusu bezpośredniego jest ochrona pacjenta lub otoczenia przed zachowaniami destrukcyjnymi. Analiza porównawcza dwóch grup pacjentów – agresywnych i nieagresywnych wykazała, że pacjenci ujawniający znaczne nasilenie agresji byli krępowani częściej niż pacjenci łagodni [9]. Zachowanie pacjentów określane jako zagrażające dla innych w analizowanych szpitalach stanu Nowy Jork było powodem 67,3% ogólnej liczby incydentów stosowania przymusu, w pozostałych przypadkach nie odnotowano bezpośredniej zależności pomiędzy zachowaniem agresywnym a przymusem bezpośrednim [10]. Podobnie, wyniki badania częstości stosowania p. b. w warunkach polskich wykazały, że na 8 wyodrębnionych typów zachowań, które uzasadniały zastosowanie tego rodzaju interwencji, najczęściej wskazywano agresję przeciwko innym – często z mniej lub bardziej intensywnym pobudzeniem – 23,9% epizodów, oraz agresję (przeciwko innym lub sobie) z gwałtownym niszczeniem przedmiotów i pobudzeniem – 23,9% epizodów. Terapeutyczne powody obejmujące odmowę, protest, opór przeciwko zabiegom leczniczym wskazywano jako uzasadnienie dla 17,1% epizodów przymusu bezpośredniego [11].

Pomimo podejmowanych dotychczas badań nie wyodrębniono jednoznacznych czynników predykcyjnych zachowań agresywnych chorych psychicznie. Najczęściej do grupy czynników ryzyka zalicza się: zachowanie agresywne przed przyjęciem do szpitala, młody wiek, płeć męską, nadużywanie środków psychoaktywnych oraz niestabilną sytuację materialną [12, 13, 14, 15, 16, 17, 18]. Brak wypracowanych sprawdzonych sposobów pozwalających przewidywać zachowania agresywne pacjentów instytucji psychiatrycznych ma również znaczenie w podejmowaniu przez personel decyzji co do zastosowania przymusu bezpośredniego. Istotną rolę może odgrywać oparta na subiektywnym doświadczeniu interpretacja obecnego zachowania pacjenta oraz próba szacowania ryzyka zachowania agresywnego w przyszłości. Personel szpitala może nieprawidłowo oceniać zagrożenie ze strony pacjenta, zwłaszcza ryzyko agresji związane z rasą i płcią (męską) może być wyolbrzymiane i prowadzić do niepotrzebnego stosowania p. b. [13].

Według niektórych autorów częstość agresji w instytucjach psychiatrycznych wzrasta [19, 20]. To niekorzystne zjawisko próbowano wyjaśniać:

- ogólnym trendem społecznym – częstość zachowań agresywnych w szpitalu koreluje z liczbą podobnych zachowań w społeczeństwie [21, 22].
- einstytucjonalizacją – opieką szpitalną obejmuje się ciężko chorych, lżej chorzy korzystają z lecznictwa otwartego; deinstytucjonalizacja może powodować wzrost liczby pacjentów przyjmowanych wbrew woli,
- zmianą struktury i organizacji oddziałów psychiatrycznych – w USA, po wprowadzeniu Community Mental Health Centers Act w 1963 r., rozpadła się dawna hierarchiczna struktura instytucji psychiatrycznych, która sprzyjała tłumieniu zachowań agresywnych (po zmianie prawa decyzje dotyczące pacjenta podejmowane są nie jednostkowo, lecz przez zespoły terapeutyczne, personel przestał używać tradycyjnych białych fartuchów), co według Rosenbauma utrudnia leczenie pacjentów agresywnych [22].

- innymi czynnikami – brak spójnych, czytelnych dla pacjentów zasad hospitalizacji, przepełnienie szpitali i brak możliwości respektowania prywatności pacjentów na oddziałach.

Uważa się, że skuteczne zapobieganie aktom agresji w instytucjach psychiatrycznych może znacząco przyczynić się do ograniczenia stosowania przymusu bezpośredniego.

#### Zmniejszenie stymulacji sensorycznej chorego

Publikowane w latach 50. dane dotyczące wpływu deprivacji sensorycznej na stan psychiczny wydają się wspierać medyczny paradygmat myślenia o przymusie bezpośrednim. Badania laboratoryjne wykazały, że izolacja powoduje stan deprivacji sensorycznej i może u zdrowych osób wywoływać znaczące skutki psychologiczne, takie jak nadmierna reaktywność na bodźce zewnętrzne, zaburzenia percepcji, nasilony lęk, poczucie derealizacji, a w skrajnych sytuacjach iluzje, doznania omamowe i niekiedy stupor. Zauważono dwojaki wpływ deprivacji sensorycznej na ludzi:

- część osób zdrowych reagowała na deprivację sensoryczną zespołem opisywanych powyżej niekorzystnych objawów, jednak podczas eksperymentów rejestrowano znaczne różnice indywidualne w tych reakcjach, zależne od wcześniejszego nastawienia do eksperymentu,
- obserwowano korzystny wpływ deprivacji sensorycznej na stan psychiczny niektórych pacjentów psychotycznych, głównie poprzez zmniejszenie nadmiernej stymulacji narządów zmysłu [6, 23, 24].

Cytowane dane mają znaczenie wyłącznie teoretyczne i nie opisują roli izolacji w rzeczywistym procesie leczenia zaburzeń psychicznych, nie mogą być również podstawą do wykorzystywania izolacji w celach terapeutycznych [2, 25].

#### **Przymus bezpośredni jako element programów terapii behawioralnej**

Założenia terapii behawioralnej odnoszą się do teorii uczenia – zachowania człowieka są wyuczone i podlegają środowiskowej modyfikacji. Opisywano stosowanie p. b. w ramach terapii behawioralnej w leczeniu psychoz, zaburzeń osobowości, zaburzeń nerwicowych oraz pacjentów upośledzonych umysłowo. Techniki behawioralne stosowano celem ograniczenia częstości zachowań agresywnych i autoagresywnych [26, 27].

Działania te budzą wątpliwości natury prawnej i etycznej. Pacjent leczony dobrowolnie zachowuje wszystkie prawa do odrzucenia stosowanych metod leczenia, w tym również technik behawioralnych p. b. Wydaje się, że terapia behawioralna z zastosowaniem unieruchomienia i izolacji może być dopuszczalna jedynie w przypadku pacjentów zdolnych do zrozumienia i zaakceptowania zasad tego typu metod leczenia oraz do wyrażenia na nie świadomej zgody [6, 26]. Pozostaje otwarte pytanie, czy można stosować p. b. w ramach terapii behawioralnej u pacjentów leczonych bez zgody. Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego w Polsce nie dopuszcza tej możliwości.

### Czynniki predykcyjne występowania przymusu bezpośredniego

Różny zakres stosowania unieruchomienia i izolacji w porównywalnych instytucjach psychiatrycznych może nasuwać przypuszczenie, że na decyzje o przymusie bezpośrednim składa się wiele czynników. Istotną rolę mogą odgrywać warunki, szeroko pojętego środowiska oddziały, które tworzy się w wyniku interakcji pomiędzy pacjentami a personelem w ramach określonej struktury i organizacji oddziału psychiatrycznego.

#### Pacjenci

Pacjenci instytucji psychiatrycznych są grupą zróżnicowaną pod względem zmiennych demograficznych (wiek, płeć, rasa itp.), psychopatologii, przeszłości chorobowej, skłonności do zachowań agresywnych, warunków prawnych hospitalizacji. Oceniając czynniki predykcyjne przymusu bezpośredniego najczęściej zwracano uwagę na związek pomiędzy przymusem bezpośrednim a młodym wiekiem pacjentów [28, 29, 30, 31, 32, 33]. Way [30] wyższe prawdopodobieństwo stosowania p. b. stwierdzał w grupie pacjentów poniżej 26 roku życia, natomiast Ray i Rappaport [31] wykazali korelację pomiędzy częstością izolacji a wiekiem poniżej 35 lat. Zależność ta nie występowała jednak w grupie pacjentów oddziałów psychiatrycznych funkcjonujących w strukturze szpitali ogólnych. W piśmiennictwie brak jednoznacznej opinii o związku płci z częstością stosowania p. b. Przeważa pogląd, iż płeć pacjenta nie jest czynnikiem predykcyjnym dla izolacji i zabezpieczenia mechanicznego [34, 35]. W pojedynczych publikacjach wykazywano pozytywną korelację płci męskiej pacjentów z przymusem bezpośrednim [29, 32, 36, 37]. Jedynie w jednym badaniu uzyskane wyniki wykazały częstsze stosowanie p. b. wobec kobiet niż wobec mężczyzn [10]. Niektóre badania amerykańskie sugerowały wysokie wskaźniki izolacji oraz unieruchomienia w szpitalach z przewagą czarnych pacjentów [29, 31]. W badaniach brytyjskich stwierdzano pozytywną korelację pomiędzy stosowaniem p. b. a stanem wolnym pacjenta i bezrobociem [32].

Z badania przeprowadzonego wśród pacjentów 23 szpitali psychiatrycznych w USA wynika, że najczęściej stosowano p. b. wobec osób upośledzonych umysłowo. Nie stwierdzono innych istotnych zależności pomiędzy p. b. a diagnozą psychiatryczną [10]. Według Tardiffa [7] pacjenci upośledzeni umysłowo lub z rozpoznaniem zaburzeń osobowości byli częściej niż inni chorzy poddawani unieruchomieniu, izolacji, częściej również niż inni wymagali przymusu farmakologicznego. Phillips i Nasr [38] stwierdzili natomiast, że więcej pacjentów psychotycznych niż niepsychotycznych wymagało izolacji lub unieruchomienia. Badania brytyjskie z Newcastle wykazały, iż pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii i psychozy maniakalno-depresyjnej byli częściej niż inni chorzy poddawani przymusowi bezpośredniemu. Podobne wyniki uzyskali Betemps i wsp. [8] oraz Mattson i Sacks [35].

Way i Banks [10] stwierdzili wysokie prawdopodobieństwo stosowania p. b. wobec pacjentów hospitalizowanych wbrew woli. Uzyskane wyniki mogą mieć związek z wyższym ryzykiem występowania zachowań agresywnych pacjentów przyjmowa-

nych bez zgody w porównaniu z pacjentami przyjmowanymi za zgodą [13]. Inne wyniki zyskał Okin [36, 39], który nie stwierdził związku pomiędzy p. b. a statusem prawnym hospitalizowanego pacjenta.

Oceniano również wpływ regulacji prawnych na stosowanie przymusu bezpośredniego. Zróżnicowana częstość stosowania przymusu w różnych rejonach USA ma powiązanie głównie z odmiennymi rozwiązaniami prawnymi w poszczególnych stanach [8]. Badania przeprowadzone w Polsce wykazały, że po wprowadzeniu Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – na 11 oddziałach objętych oceną wzrosła liczba incydentów unieruchomień przy jednoczesnym skróceniu średniego czasu ich trwania. Stwierdzono ponadto, że – po wprowadzeniu ustawy – unieruchomieniom podlega mniejsza liczba pacjentów, odnotowano również wzrost liczby unieruchomień z powodu agresji [40].

### Personel

Personel szpitali psychiatrycznych często jest przedmiotem ataku pacjentów [41, 42, 43, 44, 45]. W związku z tym istotny wpływ na częstość stosowania przymusu bezpośredniego mogą odgrywać czynniki takie, jak wiek, płeć, staż pracy, decydujące o stosowaniu p. b. przez lekarzy i pielęgniarki oddziału psychiatrycznego. Zwraca się również uwagę na rolę przeszkolenia zawodowego, umiejętności szacowania zagrożenia, cech osobowości, indywidualne doświadczenia z agresją.

Madden i Lion [41] przeprowadzili badanie ankietowe 115 lekarzy rezydentów na oddziałach psychiatrycznych, z których 48 co najmniej raz było ofiarą napaści, nie ponosząc jednak znaczących obrażeń. Najczęściej ataki na lekarzy następowały we wczesnych okresach ich kariery zawodowej i zazwyczaj miały miejsce przy pierwszym kontakcie z pacjentem w izbie przyjęć oraz podczas wstępnego intensywnego leczenia chorego. Większość ankietowanych twierdziła, że napaść można było przewidzieć. 53% badanych przyznało, że atak został przez nich sprowokowany. Zdaniem ankietowanych agresję pacjentów prowokowały krytyczne nieprzychylnie uwagi, odmowa ich prośbom lub żądaniom, nadmierna wnikliwość w sprawach przykrych dla nich, próby podania leku, przesadne ograniczanie swobody lub odwrotnie – niereagowanie na naruszanie norm społecznych na oddziale. Kilku lekarzy przyznało, że doświadczało negatywnego przeciwprzeniesienia w kontakcie z pacjentem, które mogło przyczynić się do projektowania wrogości na niego. Akcentowano również rolę braku doświadczenia lekarza i jego lęku przed pacjentem. Niektórzy ankietowani ujawniali, że przyczyną ataku było zachowanie uwodzicielskie wobec pacjenta lub nadmierna uprzejmość skrywająca niechęć. Ważną rolę odgrywa zaprzeczenie, powodujące niedostrzeżenie i błędną interpretację sygnałów zapowiadających atak.

Ruben i wsp. [42] badali 31 stażystów, którzy zostali zaatakowani przez pacjentów podczas praktyki psychiatrycznej. Ujawniono, że znacznie częściej byli atakowani ci stażyści, którzy osiągnęli wysokie wyniki w skali drażliwości. Ponad połowa ankietowanych potwierdziła istotne przykre emocjonalnie wydarzenie w ciągu ostatnich 2 miesięcy życia. Podobnie jak w pracy Maddena i Liona, ustalono, że większość napaści na lekarzy miała miejsce w trakcie pierwszego kontaktu z pacjentem; według

autorów ważną rolę odgrywał tu podwyższony poziom lęku psychiatry przed zachowaniem chorego.

Zaprzeczenie i projekcja to mechanizmy obronne personelu, często dochodzące do głosu podczas kontaktu z pacjentami agresywnymi lub zachowującymi się prowokacyjnie, które mogą przyczyniać się do wzrostu agresji na oddziale i pogłębiać niechętnie nastawienia wobec pacjentów [46].

Lancee i wsp. [47] wykazali istotny wpływ zachowań personelu na poziom złości i gniewu (ocenianych za pomocą testu Spielberga) pacjentów szpitala psychiatrycznego; badano kilka często występujących na oddziałach psychiatrycznych relacji pacjent–personel pielęgniarski. Najbardziej niekorzystnie oddziaływały na pacjentów bagatelizowanie ich problemów i brak empatii u personelu.

Nieumiejętne prowokujące postępowanie personelu może zwiększać ryzyko zachowań agresywnych pacjentów. Konsekwencją tego może być niskie poczucie bezpieczeństwa personelu oddziału psychiatrycznego i zbyt częste sięganie po środki przymusu bezpośredniego.

Personel średni z racji częstszego niż lekarze przebywania z pacjentami jest również częściej niż lekarze celem ataku pacjentów [48, 49]. Pielęgniarki mogą mieć znaczny wpływ na częstość stosowania środków przymusu bezpośredniego. Badanie Mocarskiej [50] (przeprowadzone przed wprowadzeniem Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego) ujawniło, że większość decyzji o zastosowaniu p. b. podejmowały pielęgniarki. Pielęgniarki z dużym doświadczeniem zawodowym, stabilne emocjonalnie (niski poziom L cechy w teście lęku Spielberga) rzadko sięgały po metody p. b.

Way [30] stwierdził, że w 2/3 przypadków przymus bezpośredni inicjowany był przez personel średni. Częściej zlecano go z powodu zachowań agresywnych pacjentów wobec personelu – 31% (wszystkich zleceń przymusu), znacząco mniej – 21%, z powodu agresji pacjentów wobec innych pacjentów.

Badacze [45, 51] zauważyli, iż mężczyźni częściej niż kobiety są atakowani przez pacjentów i odpowiednio – personel męski używa przymusu trzykrotnie częściej niż żeński. Levy i Hartocollis [52] sugerują, że na oddziale obsadzonym wyłącznie przez żeński personel pielęgniarski wyraźnie rzadziej, niż na oddziale, na którym dominuje męski personel pielęgniarski, mają miejsce incydenty agresji. Badania Ray i Rappaporta [31] pośrednio wskazują na znaczenie częstych zmian personelu i małego doświadczenia zawodowego – stwierdzano wyższe wskaźniki przymusu na oddziałach afiliowanych przy szkołach medycznych ze znaczną liczbą często zmieniającego się personelu. Brano również pod uwagę, że w badanych szpitalach lekarze stanowili znaczną część personelu medycznego (wysoka liczba osób upoważnionych do zlecenia przymusu).

Konflikt z personelem wymieniany jest przez pacjentów jako jedna z najważniejszych przyczyn stosowania p. b.; najczęściej przedmiotem konfliktu była odmowa wypisania ze szpitala lub spełnienia innych próśb pacjenta, egzekwowanie zakazu palenia, przenoszenie wbrew woli do innej sali. Część pacjentów sugerowała, że poprawa komunikacji z personelem mogłaby zapobiec stosowaniu przymusu bezpośredniego [53].

Celem zmniejszenia częstości występowania – i skutków – zachowań agresywnych oraz zakresu stosowania p. b. zaleca się prowadzenie treningów i szkolenie personelu [46, 51, 54]. Programy szkoleniowe obejmują najczęściej:

- naukę werbalnego reagowania i opanowywania agresji,
- naukę niezbędnych działań fizycznych stosowanych w celu ograniczenia i kontroli ataku pacjenta,
- opanowanie podstawowych fizycznych interwencji podczas stosowania p. b.,
- podstawy resuscytacji,
- szkolenie teoretyczne w zakresie przepisów prawnych i instrukcji zabezpieczenia kontroli, transportu oraz raportowania p. b.

Ocena wpływu treningu personelu męskiego w zakresie samoobrony bez używania przemocy na poziom agresji i lęku personelu oraz na częstość stosowania p. b. (badania przeprowadzono z wykorzystaniem grupy kontrolnej) wykazała u szkolonych wyraźną redukcję zachowań lękowych i ujawnianej agresji. Nie potwierdzono wpływu szkoleń na samoocenę personelu w zakresie lęku i agresji. Dalsze obserwacje potwierdziły, że personel przeszkolony rzadziej stosował p. b. niż nie poddawany treningom [55].

Podobne programy treningowe dla personelu w instytucjach opiekuńczych dla upośledzonych umysłowo powodowały zmniejszenie częstości izolacji, krępowania oraz podawania leków uspokajających [56].

Minimalizowaniu negatywnych skutków przymusu służą również oficjalne wskazówki i zalecenia fachowych organizacji psychiatrycznych, np. American Psychiatric Association [57]. Badania Rangecroft i wsp. [37] pokazały, iż sam fakt wprowadzenia monitoringu stosowania p. b. spowodował redukcję częstości przymusowego podawania leków i unieruchomień.

Rozważano również możliwości stosowania skutecznych, alternatywnych dla przymusu bezpośredniego metod interwencji, np. administracyjne przeniesienie agresywnych pacjentów do specjalnych szpitali lub tzw. „pokaz siły” – konfrontowanie pacjenta z licznym męskim personelem. Próby ograniczania stosowania przymusu owocowały w przeszłości również tworzeniem alternatywnych behawioralnych technik postępowania z pacjentem agresywnym [58]. Etyczne aspekty tego typu oddziaływań są dyskusyjne i budzą wątpliwości.

### **Oddział psychiatryczny – lokalizacja, struktura i organizacja**

Szpitala zlokalizowane na terenach gęsto zamieszkałych i przeludnionych miały wysokie wskaźniki przymusu, prawdopodobnie w związku z anonimowością, brakiem znajomości lekarzy osadzenia społecznego, rodzinnego oraz zawodowego chorych [31]. Wynika to z faktu, iż łatwiej stosować przemoc wobec osób anonimowych (teoria agresji – zamaskowane ofiary) [59]. Wykazano również, że wysoki odsetek pacjentów poddawanych p. b. w szpitalach zlokalizowanych w centrach dużych miast jest adekwatny do wysokiej częstości czynów kryminalnych na tym terenie [7, 10, 30].

Stwierdzano korelację wysokiego wskaźnika liczby pacjentów na oddziałach (przepełnienie) z częstym stosowaniem p. b. [10, 60].

Stosunkowo rzadko dochodzi do zachowań agresywnych pacjentów na oddziałach charakteryzujących się czytelnymi funkcjami personelu, łatwo identyfikowaną osobą kierującą oddziałem oraz precyzyjnie określonym harmonogramem zajęć. Powtarzalność, stabilność, jasność ról i przewidywalność w organizacji planu dnia oddziału pomagają w kształtowaniu środowiska terapeutycznego redukującego ryzyko agresywnych zachowań pacjentów [61].

Wielokrotnie stwierdzano, że przymus bezpośredni jest stosowany częściej w pierwszych dniach hospitalizacji niż w jej późniejszym okresie. Binder podaje, iż 75% zdarzeń z użyciem p. b. ma miejsce w pierwszym dniu pobytu w szpitalu [28, 34]. W ocenie Kirkpatrick [62] w pierwszych 24 godz. pobytu częstość izolacji była znacząco większa niż w późniejszym okresie hospitalizacji. Inną tendencję wykazywały badania Waya [30] – prawdopodobieństwo zastosowania przymusu pomiędzy 30 a 365 dniem hospitalizacji było wyższe niż bezpośrednio po przyjęciu na oddział. Również wg Ray i Rappaporta [31] długi czas pobytu w szpitalu koreluje z wyższym wskaźnikiem przymusu. W szpitalach objętych ich badaniem przebywała znaczna grupa rezydentów – przewlekle chorych, często bezdomnych i samotnych pacjentów, których nie można było wypisać z powodów socjoekonomicznych. Sytuacja ta sprzyjała rozwojowi zachowań patologicznych.

### Wnioski

1. Art. 18 Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego został zmodyfikowany 1 lipca 2005 r. Rozszerzono wskazania do przymusu bezpośredniego, co wskazuje, że dyskusja nad warunkami stosowania tej procedury nadal pozostaje aktualna.
2. Przymus bezpośredni na oddziale psychiatrycznym jest najczęściej konsekwencją niebezpiecznych zachowań osób z zaburzeniami psychicznymi.
3. Częstość stosowania przymusu może ulegać modyfikacjom w określonych warunkach stwarzanych przez instytucje psychiatryczne.
4. Odmienności w regulacjach prawnych stosowania przymusu bezpośredniego w różnych krajach mogą utrudniać ocenę zjawiska.
5. Określenie jasnych, dobrze zdefiniowanych przesłanek do stosowania przymusu wymaga dalszych badań na gruncie prawa i psychiatrii.

### К вопросу применения непосредственного насилия в психиатрических учреждениях

#### Содержание

Соответствующие правовые акты определяют условия применения насилия по отношению к психически больным. При применении непосредственного насилия персонал психиатрического учреждения ведет себя как продолжатель полицейской власти. Персонал ограничивает свободу лиц с психическими нарушениями, охраняя при этом, иных перед последствиями их поведения. Защита здоровья больного создает также основы для применения непосредственного насилия на основании медицинских показаний. Литература на эти темы подтверждает разный радиус применения непосредственного насилия в схожих психиатрических учреждениях. Можно предполагать, что решения персонала о его применении, обусловлены, г.о., инцидентами опасных поведений, которые могут быть также зависимы от иных, специфических и неспецифических факторов.

Заданием настоящей работы является анализ факторов, которые могут влиять на частоту использования процедур непосредственного насилия при контакте с лицами, страдающими психическими расстройствами. Определение ясных, хорошо определяемых показаний для применения насилия может помочь в оптимизации психиатрического лечения, однако требует последующих исследований на почве психиатрии и права.

### **Beiträge zur Anwendung vom unmittelbaren Zwang in den psychiatrischen Anstalten**

#### **Zusammenfassung**

Entsprechende Rechtsakte bestimmen näher die Bedingungen der Anwendung vom Zwang gegenüber den psychisch Kranken. Das Personal einer psychiatrischen Einrichtung, indem es den unmittelbaren Zwang anwendet, wirkt als "Verlängerung" der polizeilichen Behörde. Er begrenzt die Freiheit der Personen mit psychischen Störungen und schützt die anderen vor den Wirkungen ihres Verhaltens. Der Schutz der Gesundheit des Kranken bildet auch die Grundlagen zum Gebrauch des unmittelbaren Zwanges nach den medizinischen Voraussetzungen. Die Literatur zum Thema bestätigt den unterschiedlichen Bereich der Anwendung des unmittelbaren Zwanges in den vergleichbaren psychiatrischen Anstalten. Man kann vermuten, dass die Entscheidungen des Personals über die Anwendung vom Zwang, die hauptsächlich vom gefährlichen Verhalten bedingt ist, von anderen spezifischen und nichtspezifischen Faktoren abhängig sein können. Das Ziel der vorgestellten Arbeit ist die Analyse der Faktoren, die einen Einfluss auf die Häufigkeit der Anwendung der Zwangsprozeduren bei der Behandlung der an psychische Störungen leidenden Personen haben können. Die Bestimmung der klar, gut definierten Voraussetzungen zur Anwendung vom Zwang kann bei der Optimierung der psychiatrischen Behandlung helfen und erfordert auch weitere Studien auf dem Gebiet der Psychiatrie und Rechtswissenschaft.

### **Les circonstances de l'usage de la contrainte dans les institutions psychiatriques**

#### **Résumé**

Les lois adéquates précisent les conditions de l'usage de la contrainte envers les personnes malades mentalement. Le personnel des institutions psychiatriques en usant de la contrainte continue le rôle de la police. Il limite la liberté des personnes souffrant des troubles psychiques en protégeant à la fois les autres personnes des conséquences des comportements dangereux. La protection des patients est aussi une des raisons de l'usage de la contrainte basée sur les raisons médicales. La revue de la littérature en question présente les limites diverses de l'usage de la contrainte dans les institutions psychiatriques. Cela suggère que les décisions du personnel dépendent aussi des facteurs spécifiques et non spécifiques. Ce travail vise à analyser ces facteurs qui peuvent influencer sur la fréquence de l'usage de la contrainte dans les institutions psychiatriques. La définition claire des circonstances de l'usage de la contrainte peut faciliter et améliorer la thérapie et elle exige encore d'autres recherches.

#### **Piśmiennictwo**

1. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Dz. U. Nr 111, poz. 535.
2. Gutheil TG. *Observations on the theoretical basis for seclusion of the psychiatric inpatient*. Am. J. Psychiatry 1978; 135: 325–328.
3. Gutheil TG, Tardiff K. *Indications and contraindications for seclusion and restraint*. W: Tardiff K, red. *The psychiatric users of seclusion and restraint*. Washington, DC: America Psychiatric Press; 1984, s. 11–19.
4. Szewczuk W. *Słownik psychologii*. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1979.
5. Betemps EJ, Buncher CR, Oden M. *Length of time spent in seclusion and restraint by patients at 82 VA medical centres*. Hosp. Comm. Psychiatry 1992; 43: 912–914.

6. Wexler BD. *Seclusion and restraint: Lesson from law, psychiatry, and psychology*. Int. J. Law Psychiatry 1982; 5: 285–394.
7. Tardiff K. *Emergency control measures for psychiatric inpatients*. J. Nerv. Ment. Dis. 1981; 169: 614–618.
8. Betemps EJ, Somoza E, i in. *Hospital characteristics, diagnoses, and staff reasons associated with use of seclusion and restraint*. Hosp. Comm. Psychiatry 1993; 44: 367–371.
9. Beck JC, White KA, Gage B. *Emergency psychiatric assessment of violence*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 1562–1565.
10. Way BB, Banks SM. *Use of seclusion and restraint in public psychiatric hospitals; patient characteristic and facility effects*. Hosp. Comm. Psychiatry 1990; 41: 75–81.
11. Dąbrowski S. *Przymus bezpośredni stosowany w niektórych czynnościach leczniczych*. Psychiatr. Pol. 2002; 36: 193–200.
12. McNiel D, Binder RL. *Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients risk of violence*. Am. J. Psychiatry 1995; 152: 901–906.
13. McNiel DE, Binder RL. *Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients*. Am. J. Psychiatry 1988; 145: 965–970.
14. Lidz C, Mulevey P, Apperson J, Evanczuk K, Shea S. *Sources of disagreement among clinicians assessment of dangerousness in a psychiatric emergency room*. Int. J. Law Psychiatry 1992; 15: 237–250.
15. Steadman H. *Predicting dangerousness among the mentally ill: art, magic and science*. Int. J. Law Psychiatry 1983; 6: 381–390.
16. Benedek E. *Problemy prawne w psychiatrii*. W: Bomba J, De Barbaro B, red. *Psychiatria amerykańska lat dziewięćdziesiątych*. Kraków: CM UJ; 1995, s. 63–83.
17. Beauford JE, McNiel DE, Binder RL. *Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients risk of violence*. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 1273–1276.
18. Apperson J, Mulevey P, Lidz CW. *Short term clinical prediction of assaultive behaviour: artefacts of research methods*. Am. J. Psychiatry 1993; 150: 1374–1379.
19. Fottrel E. *A study of violent behaviour among patients in psychiatric hospitals*. Brit. J. Psychiatry 1980; 136: 216–221.
20. Haller RM, Deluty RH. *Assaults on staff by psychiatric in-patients. A critical review*. Brit. J. Psychiatry 1988; 152: 194–179.
21. Blomhoff S, Seim S, Friis S. *Can prediction of violence among psychiatric inpatient be improved*. Hosp. Comm. Psychiatry 1990; 41: 771–775.
22. Rosenbaum M. *Violence and the unstructured psychiatric milieu*. Hosp. Comm. Psychiatry 1990; 41: 721.
23. Harris A. *Sensory deprivation and schizophrenia*. J. Ment. Sc. 1959; 105: 235–237.
24. Solomon P, Kubzansky P, Letterman P, Mendelson J, Trumball R, Wexler D. *Sensory deprivation*. A symposium held at Harvard Medical School. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1961.
25. Grassian S, Friedman N. *Effects of sensory deprivation in psychiatric seclusion and solitary confinement*. Int. J. Law Psychiatry 1986; 8: 49–65.
26. Liberman PL, Wong SE. *Behaviour analysis and therapy procedures related to seclusion and restraint*. W: Tardiff K, red. *The psychiatric users of seclusion and restraint*. Washington, DC: America Psychiatric Press; 1984, s. 35–69.
27. Lamberti S, Cummings S. *Hands-on restraint in the treatment of multiple personality disorder*. Hosp. Comm. Psychiatry 1992; 4: 283–284.
28. Binder RL. *The use of seclusion and restraint on an inpatient crisis intervention unit*. Hosp. Comm. Psychiatry 1979; 30: 266–269.

29. Carpenter MD, Hannon VR, McCleery G, Wanderling JA. *Variations in seclusion and restraint practices by hospital location*. Hosp. Comm. Psychiatry 1988; 9: 418–23.
30. Way BB. *The use of restraint and seclusion in NY State psychiatric centres*. Int. J. Law Psychiatry 1986; 8: 383–393.
31. Ray NK, Rappaport ME. *Use of restraint and seclusion in psychiatric settings in NY state*. Psychiatr. Serv. 1995; 46: 1032–1037.
32. Thompson P. *The use of seclusion in psychiatric hospitals in Newcastle area*. Brit. J. Psychiatry 1986; 149: 471–474.
33. Swett C. *Inpatient seclusion: description and causes*. Bull. Am. Acad. Psychiatry Law 1994; 22: 421–430.
34. Binder RL, McCoy S. *A study of patient attitudes toward placement in seclusion*. Hosp. Comm. Psychiatry 1983; 34: 1052–1054.
35. Mattson MR, Sacks MH. *Seclusion: uses and complications*. Am. J. Psychiatry 1978; 135: 1210–1213.
36. Okin RL. *Variation among state hospitals in use of seclusion and restraint*. Hosp. Comm. Psychiatry 1985; 36: 648–652.
37. Rangepcroft ME, Tyrer SP, Berney TP. *The use of seclusion and emergency medication in a hospital for people with learning disability*. Brit. J. Psychiatry 1997; 170: 273–277.
38. Phillips P, Nasr SJ. *Seclusion and restraint and prediction of violence*. Am. J. Psychiatry 1983; 140: 229–232.
39. Okin RL. *The relationship between legal status and patient characteristics in state hospitals*. Am. J. Psychiatry 1986; 143: 1233–1237.
40. Kostecka M, Zardecka M. *Wpływ ustawy o ochronie zdrowia psychicznego na stosowanie unieruchomień*. Psychiatr. Pol. 1997; 31: 691–701.
41. Madden DJ, Lion JB. *Assaults on psychiatrist by patients*. Am. J. Psychiatry 1976; 133: 422–425.
42. Ruben I, Wolkon G, Yamumoto J. *Physical attacks on psychiatric residents by patients*. J. Nerv. Dis. 1980; 168: 243–245.
43. Whitman RM, Armao BB, Dent OB. *Assault on the therapist*. Am. J. Psychiatry 1976; 133: 426–442.
44. Black JK, Compton WM. *Assaults by patients on psychiatric residents at three training sites*. Hosp. Comm. Psychiatry 1994; 45: 706–709.
45. Appelbaum P, Dimicri R. *Protecting staff from assaults by patients: OSHA steps in*. Psychiatr. Serv. 1995; 46: 333–334.
46. Felthous A. *Preventing assaults on a psychiatric inpatient ward*. Hosp. Comm. Psychiatry 1984; 35: 1223–1226.
47. Lancee WJ, Gallop R, McCay E. *The relationship between nurses limit-setting styles and anger in psychiatric inpatients*. Psychiatr. Serv. 1995; 46: 609–613.
48. Lion JR, Snyder W, Merrill GL. *Underreporting of assaults on staff in a state hospital*. Hosp. Comm. Psychiatry 1981; 32: 497–498.
49. Carmel H, Hunter M. *Staff injuries from inpatient violence*. Hosp. Comm. Psychiatry 1989; 40: 41–46.
50. Mocarcka M. *Uciążliwość pracy w oddziale psychiatrycznym w opiniach lekarzy i pielęgniarek. Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia. Sekcja Krajowa Pracowników Psychiatrii. Krajowa konferencja Gniezno 27–29 V 1988*.
51. Infantino J, Musingo SY. *Assault and injuries among staff with and without training aggression control techniques*. Hosp. Comm. Psychiatry 1985; 36: 1312–1314.

52. Levy P, Hartocollis P. *Nursing aides and patient violence*. Am. J. Psychiatry 1976; 133: 429–431.
53. Sheridan M. *Precipitants of violence among psychiatric inpatient setting*. Hosp. Comm. Psychiatry 1990; 41: 776–780.
54. Kalogiera IJ, Bedi A. *Impact of therapeutic management on use of seclusion and restraint with disruptive adolescent inpatient*. Hosp. Comm. Psychiatry 1989; 40: 280–285.
55. Phillips D, Rudestam K. *Effect of non-violent self-defense training on male psychiatric staff members aggression and fear*. Psychiatr. Serv. 1995; 46: 164–168.
56. Davidson NA, Hemingway MJ, Wysocki T. *Reducing the use of restrictive procedures in a residential facility*. Hosp. Comm. Psychiatry 1984; 35: 164–167.
57. Tardiff K. *The psychiatric users of seclusion and restraint*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1984.
58. Glynn SM, Bowen LL, Marshall BD Jr, Banzett LK. *Compliance with less restrictive aggression control procedures*. Hosp. Comm. Psychiatry 1989; 40: 82–84.
59. Zimbardo PG, Ruch FL. *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN; 1988.
60. Tardiff K. *The current state of psychiatry in the treatment of violent patient*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 493–499.
61. Katz P, Kirkland FR. *Violence and social structure on mental hospital wards*. Psychiatry 1990; 53: 262–277.
62. Kirkpatrick H. *A descriptive study of seclusion: the unit environment, patient behavior, and nursing interventions*. Arch. Psychiatr. Nurs. 1989; 3: 3–9.

Otrzymano: 29.07.2005

Zrecenzowano: 30.08.2005

Przyjęto do druku: 01.03.2006

Adres: Tomasz Pawłowski

Klinika Psychiatrii AM

50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10