

## Ocena częstotliwości i rodzaju agresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu zachowań agresywnych\*

### Assessment of types and incidence of aggression among patients admitted due to aggressive behaviours

Tomasz Adamowski<sup>1</sup>, Patryk Piotrowski<sup>1</sup>, Mikołaj Trizna<sup>2</sup>,  
Andrzej Kiejna<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

<sup>2</sup> Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu  
Kierownik: dr J. Kacalak

#### Summary

**Aim.** The aim of the study was the assessment of types and incidence of aggressive behaviours amongst psychiatric patients with violent acts marked in the referrals.

**Methods.** 107 patients with aggressive or autoaggressive behaviours admitted to the General Hospital of Mental Disorders in Lubiąż and 37 controls without aggressive acts in referrals were examined. Two-way data analysis of the qualified individuals was performed. Firstly, the group was divided into 3 subgroups depending on marked or not marked aggressive behaviours in referrals as well as violent acts reported during index admission. Subsequently the group was divided into 2 subgroups consisting of individuals with aggressive behaviours during hospitalization and patients without reported violent acts, both regardless of aggressive behaviours marked or not in the referrals. In each group, The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) was used. The type, gravity and number of aggressive behaviours were assessed with the “Overt Aggression Scale” (OAS).

**Results.** During the study, 34% of the participants presented aggressive behaviours. Over 80 % of aggressive acts were observed during the first week of hospitalization. 84% of the patients with aggressive behaviours during index admission presented similar behaviours during previous hospitalizations.

**Conclusions** The study corroborates the hypothesis that aggressive behaviours among patients admitted to the psychiatric hospital due to aggression are very frequent and predominantly observed in the early stages of hospitalizations. Identified important and predictive factors of possible aggressive behaviours are: violent acts marked in the referrals, treatment in the psychiatric hospital without consent and aggressive behaviours during previous hospitalizations conformed in the medical reports.

*Słowa klucze:* zachowania agresywne, oddział psychiatryczny

*Key words:* aggressive behaviours, psychiatric ward

---

\* Publikacja została przygotowana w ramach grantu naukowego pt. „Ocena częstotliwości i rodzaju agresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu zachowań agresywnych” w Akademii Medycznej we Wrocławiu w latach 2006–2008 (nr 1499).

## Wstęp

W publikowanych w literaturze naukowej badaniach zagadnienie agresji analizowane jest w myśl teorii zarówno psychologicznych, społecznych, jak i biologicznych [1, 2, 3, 4]. W ujęciu historycznym teorię agresji opierano na założeniach psychoanalitycznych. W podejściu etiologicznym uważa się ją za instynktowną formę zachowań społecznych, niezbędną dla przetrwania gatunku. Jednym z podstawowych instynktów ma być instynkt walki, który jest źródłem uczuć gniewu, będących impulsem powodującym wystąpienie rozmaitych zachowań agresywnych. Gniew wynikający z instynktu walki jest, z biologicznego punktu widzenia, zjawiskiem pozytywnym, gdyż pobudza do zachowań umożliwiających zdobycie dóbr potrzebnych danemu osobnikowi do zaspokojenia swoich potrzeb, skłania do obrony przed atakami oraz umożliwia utrzymanie dotychczasowego stanu posiadania.

Znaczącą rolę w wyzwalaniu agresji odgrywa społeczeństwo. Duży wpływ na uwarunkowanie agresji mają czynniki środowiskowe, takie jak doświadczenie jej lub bycie jej świadkiem w dzieciństwie oraz dysfunkcyjna rodzina [2]. Wśród mechanizmów agresji – oprócz koncepcji historycznych, genetycznych (hipoteza wielokrotnych chromosomów X i Y), zaburzeń endokrynologicznych – coraz częściej podkreślane są zaburzenia neurotransmiterów. Obecnie ważną rolę przypisuje się serotoninie [5, 6]. Zmniejszenie nasilenia zachowań agresywnych uzyskiwano przez dostarczenie z pokarmem prekursora serotoniny – tryptofanu, czynników uwalniających, takich jak fenfluramina, oraz agonistów różnych podklas receptorów serotonergicznych czy selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny [7]. Istotne znaczenie w budzeniu się agresji mają organiczne uszkodzenia centralnego układu nerwowego, szczególnie w zakresie płatów czołowych. Ogniskowe zmiany części czołowo-nadoczodołowej kory mózgu związane są ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia agresji. Uszkodzenie tej okolicy objawia się słabą kontrolą impulsów, nagłymi wybuchami agresji, niewłaściwymi wypowiedziami słownymi, nieadekwatnością emocjonalną oraz brakiem samokrytyki [8].

Oddział psychiatryczny stanowi środowisko potencjalnie niebezpieczne zarówno dla personelu, jak i pacjentów. Ryzyko wystąpienia agresji może wzrastać u chorych, którzy przejawiali zachowania agresywne w przeszłości oraz bezpośrednio przed hospitalizacją; ponadto, co wykazała Mellesdal [9] w trzyletnim prospektywnym badaniu, większość pacjentów hospitalizowanych w stacjonarnych placówkach psychiatrycznych przejawia agresję w ciągu kilku godzin do kilku dni od przyjęcia na oddział.

Celem badania było określenie czynników wpływających na występowanie agresji na oddziałach ogólnopsychiatrycznych oraz ocena rodzaju i częstości zachowań agresywnych z uwzględnieniem procesu psychotycznego oraz nasilenia objawów psychopatologicznych. Badanie dotyczyło pacjentów, którzy byli skierowani do szpitala m.in. z powodu agresji.

## Material

Badanie przeprowadzono na oddziałach ogólnopsychiatrycznych Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Lubiążu. Wzięto pod uwagę wszyst-

kich pacjentów przyjętych do szpitala w ciągu 16 tygodni, u których przed przyjęciem stwierdzono i ujęto w skierowaniu zachowania agresywne przejawiane wobec siebie, innych osób bądź otoczenia ( $n = 107$ ), oraz przyjętych w ciągu 8 tygodni, bez zachowań agresywnych ( $n = 37$ ). Pacjenci, którzy w tym okresie byli przyjmowani na oddział dwukrotnie, za każdym razem traktowani byli jako oddzielny przypadek (3 osoby), zgodnie z założeniem, że zachowania agresywne w przeszłości mogą się powtarzać podczas kolejnych hospitalizacji [10].

Kryteria wykluczające z badania to: brak zgody pacjenta na badanie, ostre zatrucie, obecność choroby somatycznej wymagającej stacjonarnego trybu leczenia, bezpośrednie przeniesienie z innego szpitala psychiatrycznego. Po zweryfikowaniu kryteriów wykluczających pacjent musiał spełnić następujące kryteria włączające: wiek powyżej 18 lat, obecność zaburzeń psychicznych, wyrażenie zgody na udział w badaniu.

### Metoda

Aby zbadać prawdopodobne predyktory agresji, dokonano dwóch podziałów:

- I – pacjentów podzielono w zależności od zachowań agresywnych wyszczególnionych w skierowaniu i przejawianej agresji na oddziałach na trzy grupy:
  - grupę z agresją w skierowaniu i brakiem agresji podczas hospitalizacji ( $n = 62$ )
  - grupę z agresją w skierowaniu i agresją podczas pobytu w szpitalu ( $n = 45$ )
  - grupę bez agresji w skierowaniu ( $n = 37$ )
- II – pacjentów podzielono na dwie grupy:
  - grupę pacjentów, którzy przejawiali zachowania agresywne podczas pobytu w szpitalu ( $n = 49$ )
  - grupę pacjentów, którzy nie przejawiali agresji podczas obecnej hospitalizacji ( $n = 95$ ).

Każdy akt agresji podczas hospitalizacji był rejestrowany przez personel zgodnie ze skalą OAS – Overt Aggression Scale [11, 12]. Skala OAS została opublikowana w USA przez Yudofskiego i wsp. [12] w 1986 r. Jest ona szczególnie przydatna do oceny liczby, rodzaju i ciężkości aktów agresji pacjenta. Uwzględnia cztery rodzaje zachowań, które mogą być obecne podczas aktu agresji: 1 – agresja słowna, 2 – agresja wyładowywana na przedmiotach, 3 – agresja fizyczna wobec siebie, 4 – agresja fizyczna wobec innych osób. Każdy akt jest oceniany pod względem nasilenia. Stwierdzając agresję słowną, należy zaznaczyć, czy było to tylko mówienie podniesionym głosem, wykrzykiwanie czy, punktowane najwyżej, formułowanie wyraźnych gróźb (np.: „zabiję cię!”). Podobnie, w przypadku agresji fizycznej wobec innych osób, należy zaznaczyć, czy było to grożenie gestami, wymachiwanie rękami, chwytywanie za ubranie, czy atak powodujący poważne obrażenia (złamania, głębokie rany, wewnętrzne obrażenia), któremu była przypisywana wartość najwyższa. Ponadto skala zawiera 11 rodzajów interwencji podejmowanych przez personel, uszeregowanych wg ich wagi: od bardziej łagodnej – rozmowy z pacjentem, aż do najpoważniejszej – natychmiastowej

interwencji medycznej u ofiar napaści. Każdy akt agresji notowały osoby należące do personelu medycznego, które były świadkami agresji.

W celu oszacowania nasilenia objawów psychopatologicznych zastosowano rozszerzoną 24-punktową wersję skali BPRS 4,0 (The Brief Psychiatric Rating Scale) według Ventury i wsp. [13], o wysokim współczynniku rzetelności [13, 14]. Nasilenie objawów ocenia się według następującej skali: 1 – nieobecne, 2 – bardzo łagodne, 3 – łagodne, 4 – umiarkowane, 5 – umiarkowanie ciężkie, 6 – ciężkie, 7 – bardzo ciężkie. Istnieje również możliwość zaznaczenia „nie oceniane”, np. w razie braku informacji. Skalowanie można sumować do średniej całkowitej i średniej dla różnych podskal. W badaniu wykorzystano również średnie wartości punktowe podskal „manii/pobudzenia”, „objawów negatywnych”, „objawów pozytywnych” oraz „depresji/lęku”. Ocena objawów psychopatologicznych odbywała się w trzech punktach czasowych dla każdego pacjenta:  $t_1$  – w dniu przyjęcia na oddział lub przed upływem pierwszej doby,  $t_2$  – po tygodniu hospitalizacji,  $t_3$  – w dniu wypisania ze szpitala.

Przed interpretacją wyników skali BPRS wykonano badania statystyczne dla zmiennych zależnych dla trzech punktów czasowych w poszczególnych grupach pacjentów, a następnie dokonano analizy objawów w podskalach.

Normalność rozkładu zmiennych badano za pomocą testu Shapiro–Wilka. W obliczeniach statystycznych wykorzystano test niezależności zmiennych  $\chi^2$ , jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, a w przypadku braku normalności rozkładu stosowano test Kruskala–Wallisa. Poziom istotności statystycznej  $\alpha$  ustalono na 0,05.

## Wyniki

Tabela 1. Liczba pacjentów agresywnych w poszczególnych grupach diagnostycznych

Rozpoznanie ICD-10	Liczba pacjentów	Liczba (%) agresywnych pacjentów w grupie
F20-F29 bez F25	51	19 (37)
F25	14	5 (35)
F00-F09	36	8 (22)
F30-F33	11	5 (45)
F10.2, F10.4	21	11 (52)
F40-F48, F60-F62	11	1 (9)

Wśród pacjentów, u których stwierdzono i ujęto w skierowaniu do szpitala zachowania agresywne wobec siebie, innych osób bądź otoczenia ( $n = 107$ ), 42% (45 osób) przejawiało agresję podczas hospitalizacji. Natomiast w grupie pacjentów bez agresji w skierowaniu ( $n = 37$ ) 11% (4 osoby) przejawiało zachowania agresywne. Stwierdzono, że pacjenci skierowani do szpitala z powodu zachowań agresywnych znacznie częściej przejawiają agresję podczas hospitalizacji niż pacjenci bez agresji w skierowaniu ( $p < 0,01$ ).

## I. Podział na grupy z uwzględnieniem agresji w skierowaniu

Pod względem wiekowym tylko grupa pacjentów bez agresji w skierowaniu (śr. wiek = 49 lat) różniła się istotnie statystycznie od grupy z agresją w skierowaniu i jej brakiem na oddziale (śr. wiek = 43 lata;  $p = 0,027$ ). W grupie pacjentów z agresją w skierowaniu i na oddziale średnia wiekowa wynosiła 43 lata i nie różniła się istotnie statystycznie od średniej w dwóch powyższych grupach. Grupy nie różniły się istotnie ze względu na płeć. Pod względem wykształcenia tylko grupa z agresją w skierowaniu i jej brakiem na oddziale różniła się istotnie statystycznie od grupy bez agresji w skierowaniu (w pierwszej z nich osoby z wykształceniem zawodowym stanowiły 43,5%, w drugiej 29,7%,  $p = 0,035$ ). Nie wykazano różnic pod względem innych poziomów wykształcenia (wyższe, średnie, podstawowe, bez wykształcenia).

Pacjenci z agresją w skierowaniu, a następnie również na oddziale ( $n = 45$ ), częściej przejawiali agresję podczas poprzednich hospitalizacji (83%) niż pacjenci z grupy bez agresji w skierowaniu ( $n = 37$ ; 32% z nich przejawiało agresję podczas poprzednich hospitalizacji,  $p < 0,01$ ) oraz pacjenci z agresją w skierowaniu i jej brakiem na oddziale ( $n = 62$ ; 62% przejawiało agresję w przeszłości). Powyższe grupy nie różniły się natomiast liczbą hospitalizacji w poprzednich latach ( $p = 0,7$ ). Również obecność osób z procesem psychiatrycznym była w powyższych trzech grupach podobna i wynosiła odpowiednio w grupie pacjentów z agresją w skierowaniu i jej brakiem na oddziale – 65%, w grupie z agresją w skierowaniu i na oddziale – 69%, w grupie bez agresji w skierowaniu – 68% ( $p = 0,89$ ). Czas hospitalizacji pacjentów w grupie z agresją w skierowaniu i na oddziale (śr. = 47 dni) był dłuższy od czasu hospitalizacji pacjentów z grupy z agresją w skierowaniu i jej brakiem na oddziale (śr. = 32,4 dni;  $p = 0,043$ ), i nie różnił się istotnie od czasu pobytu w szpitalu pacjentów bez agresji w skierowaniu. Również czas trwania zaburzeń psychicznych nie różnił się pomiędzy poszczególnymi grupami ( $p = 0,13$ ).

97,3% osób bez agresji w skierowaniu wyraziło zgodę na hospitalizację. W grupie pacjentów z agresją w skierowaniu i bez agresji na oddziale odsetek ten wynosił 79%, natomiast tylko 60% pacjentów z agresją w skierowaniu, którzy następnie przejawiali agresję podczas hospitalizacji, wyraziło zgodę na przyjęcie do szpitala ( $p < 0,01$ ).

### Wyniki skali BPRS

W punkcie  $t_1$  najwyższe wartości skali BPRS wykazano w grupie z agresją w skierowaniu i na oddziale; różniły się one istotnie statystycznie od pozostałych ( $p < 0,01$ ). Podobne wyniki uzyskano w  $t_2$ ; średni wynik skali BPRS w grupie z agresją w skierowaniu i na oddziale był wyższy od pozostałych ( $p < 0,01$ ). W  $t_3$  średnie wyniki skali BPRS w grupie z agresją w skierowaniu i na oddziale były wyższe w porównaniu z wynikami grupy pacjentów bez agresji w skierowaniu ( $p < 0,01$ ), natomiast różnicy nie wykazano w porównaniu z grupą z agresją w skierowaniu i jej brakiem na oddziale ( $p = 0,82$ ). We wszystkich trzech grupach wykazano tendencję spadkową nasilenia objawów psychopatologicznych pomiędzy poszczególnymi punktami czasowymi, co świadczy o poprawianiu się stanu psychicznego pacjentów każdej z grup w miarę pobytu w szpitalu.

Wartość podskali „objawy negatywne” była wyższa w grupie z agresją w skierowaniu i jej brakiem na oddziale w  $t_2$  ( $p = 0,033$ ) i  $t_3$  ( $p = 0,018$ ) w porównaniu z grupą pacjentów bez agresji w skierowaniu; nie różniła się natomiast od wartości w grupie z agresją w skierowaniu i na oddziale ( $p = 0,35$  w  $t_1$ ,  $p = 0,88$  w  $t_2$  i  $p = 0,77$  w  $t_3$ ). W podskalach: „mania/pobudzenie”, „objawy pozytywne” oraz „depresja/lęk” nie wykazano różnic między grupami w poszczególnych punktach czasowych.

## II. Podział na agresywnych i nieagresywnych

Wykazano, że wśród wszystkich pacjentów, którzy przejawiali agresję w szpitalu ( $n = 49$ ), 84% przejawiało agresję podczas poprzednich hospitalizacji, natomiast wśród pacjentów, którzy jej nie przejawiali ( $n = 95$ ), ten odsetek był niższy 50% ( $p < 0,01$ ). Wykształcenie pacjentów nie miało wpływu na wystąpienie agresji na oddziałach ( $p = 0,88$ ). Nie wykazano różnicy wiekowej pomiędzy pacjentami agresywnymi i nieagresywnymi ( $p = 0,62$ ). Średni wiek pacjentów agresywnych wynosił 44 lata, natomiast pacjentów nie przejawiających agresji – 45 lat. Także czas trwania zaburzeń psychicznych w obydwu grupach był podobny i wynosił odpowiednio 10,1 i 8,9 roku ( $p = 0,58$ ).

W grupie pacjentów nieagresywnych 85,3% wyraziło zgodę na hospitalizację, w grupie pacjentów agresywnych odsetek ten był niższy – wynosił 63,3% ( $p < 0,01$ ). Pacjenci obydwu grup mieli podobną liczbę hospitalizacji w poprzednich latach ( $p = 0,21$ ) – pacjenci agresywni byli hospitalizowani średnio 6,15 razy, nieagresywni 6,86 razy.

Pacjenci z procesem psychotycznym stanowili w obu grupach podobny odsetek, który wynosił w grupie agresywnych pacjentów 71% i 64% w grupie pacjentów nieagresywnych ( $p = 0,49$ ). Nie wykazano różnicy w długości hospitalizacji, która wśród pacjentów agresywnych trwała 44,49 doby i 35,75 doby wśród pacjentów nieagresywnych ( $p = 0,47$ ). Nie stwierdzono zależności pomiędzy przejawianą agresją a płcią – 34% mężczyzn i 33% kobiet przejawiało agresję podczas hospitalizacji ( $p = 0,94$ ).

## BPRS

Wynik ogólny skali BPRS w  $t_1$  i  $t_2$  był wyższy w grupie pacjentów agresywnych niż w grupie osób nie wykazujących agresji ( $p < 0,01$ ). W  $t_3$  różnic nie stwierdzono ( $p = 0,29$ ). W obydwu grupach wykazano redukcję nasilenia objawów psychopatologicznych w kolejnych punktach czasowych. W podskalach nie zauważono różnic w poszczególnych punktach czasowych.

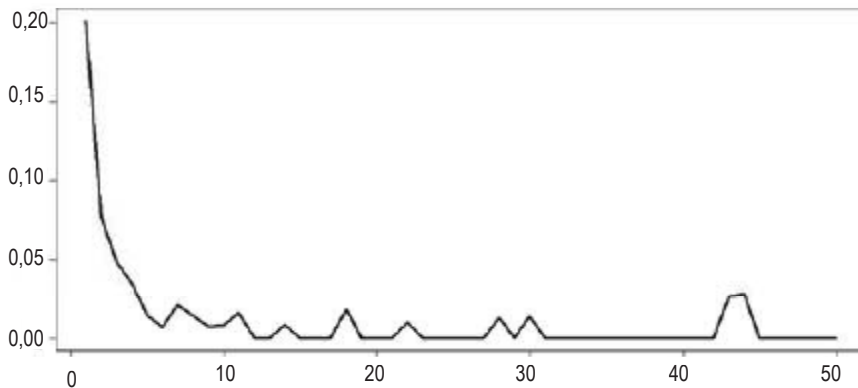
## Typ oddziału a agresja

Nie dostrzeżono zależności pomiędzy agresją a typem oddziału psychiatrycznego. Wszyscy badani pacjenci mieli podobne nasilenie agresji ( $p = 0,92$ ), zarówno na oddziale męskim – 35%, żeńskim – 32%, jak i koedukacyjnym – 36%.

Podczas pierwszej doby pobytu wystąpiło najwięcej epizodów agresji – łącznie 29, w drugiej dobie – 11, trzeciej – 7, czwartej – 5. Łącznie w ciągu pierwszego tygodnia hospitalizacji wystąpiło 80,5% aktów agresji. W kolejnych dobach hospitalizacji liczba epizodów agresji stopniowo malała. Liczbę aktów agresji w kolejnych dobach hospitalizacji przedstawia rysunek 1.

#### Liczba agresji w kolejnych dniach pobytu na oddziale

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
liczba aktów agresji	29	11	7	5	2	1	3	2	1	1	2	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	0
liczba osób na oddziale	144	144	144	144	144	144	144	142	136	133	125	126	123	122	117	115	111	111	109	107	106	105	97	92	66
	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
liczba aktów agresji	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0
liczba osób na oddziale	86	82	79	78	74	73	70	65	64	62	54	50	47	44	41	41	41	38	36	35	35	34	31	30	29



#### Rodzaj agresji

53% osób ( $n = 26$ ) przejawiało agresję słowną. Najczęściej (38% agresji słownej) pacjenci mówili podniesionym głosem lub krzyčeli, natomiast 14% agresji słownej stanowiły wyraźne groźby dotyczące przemocy w stosunku do innych lub siebie.

24,5% osób ( $n = 12$ ) wyładowywała swoją agresję na przedmiotach. W 52% było to strącanie wszystkiego lub kopanie mebli, bez ich uszkodzenia. Nie odnotowano skrajnych przypadków najcięższego rodzaju agresji fizycznej wobec przedmiotów według skali OAS, czyli rozpalania ognia lub niebezpiecznego rzucania przedmiotami.

24,5% ( $n = 12$ ) osób przejawiało agresję fizyczną w stosunku do siebie. 50% epizodów nie powodowało obrażeń lub tylko niewielkie, natomiast w 19% były to głębokie rany, wewnętrzne obrażenia lub złamania.

67% osób ( $n = 33$ ) przejawiało agresję wobec innych. W 60,4% były to uderzenia, kopanie, ciągnięcie za włosy, które jednak nie powodowały obrażeń u ofiar napadci. Nie odnotowano żadnego ataku na innych pacjentów, który mógłby spowodować poważne obrażenia (złamania, wewnętrzne obrażenia lub głębokie rany).

Podsumowując, najczęstszym rodzajem przejawianej agresji była agresja fizyczna wobec innych. Druga pod względem częstości występowania była agresja słowna (bez zliczania jej poszczególnych typów występujących w danym epizodzie, co doprowadziłoby do przesunięcia jej na miejsce pierwsze). Najrzadziej wyładowywano agresję na sobie oraz przedmiotach.

Należy zaznaczyć, że 40% epizodów agresji przejawianej przez pacjentów stanowiły epizody mieszane, podczas których występowała jednocześnie np. agresja fizyczna z towarzyszącą agresją słowną.

### Omówienie wyników

Pacjenci kierowani do szpitala psychiatrycznego z powodu zachowań agresywnych znacznie częściej przejawiają agresję podczas hospitalizacji niż pacjenci bez agresji w skierowaniu. Podobnie jak w naszym, w badaniu Melleedal [9] też stwierdzono, że większość pacjentów hospitalizowanych w stacjonarnych placówkach psychiatrycznych przejawia agresję w ciągu kilku pierwszych dni od przyjęcia na oddział. Grassi i wsp. [10], w pięcioletnim badaniu przeprowadzonym we Włoszech, stwierdzili, że 80,7% pacjentów agresywnych przejawiało zachowania agresywne w przeszłości. Podobny wynik uzyskano w niniejszym badaniu – 84% pacjentów agresywnych przejawiało agresję podczas poprzednich hospitalizacji. W grupie pacjentów przejawiających agresję było istotnie więcej osób przyjętych do szpitala bez ich zgody, w porównaniu z grupą pacjentów nieagresywnych. Również McNiel i Binder [15] stwierdzili częstsze występowanie zachowań agresywnych wśród pacjentów przyjmowanych bez zgody w porównaniu z pacjentami przyjmowanymi za ich zgodą. W naszym badaniu najczęstszym rodzajem agresji była agresja fizyczna wobec innych, ale np. w badaniu przeprowadzonym przez Bowersa i wsp. [16] w trzech europejskich ośrodkach psychiatrycznych wyniki dotyczące typów przejawianej agresji znacząco się różniły pomiędzy krajami.

Nie stwierdzono zależności pomiędzy ryzykiem wystąpienia agresji a takimi czynnikami, jak czas trwania zaburzenia i liczba hospitalizacji w poprzednich latach. Nie wydaje się również, że rozmieszczenie pacjentów na oddziałach pod względem płci ma wpływ na ograniczenie zjawiska agresji.

### Wnioski

Oddział psychiatryczny to środowisko potencjalnie niebezpieczne zarówno dla personelu, jak i pacjentów. Agresja w szpitalu psychiatrycznym – niezależnie od jej rodzaju – jest zjawiskiem częstym. Nie możemy wskazać jej pewnych predyktorów. Istotną rolę w prognozowaniu ujawnienia się agresji odgrywa informacja o zachowaniach agresywnych zawarta w skierowaniu oraz, pomimo konieczności, brak zgody pacjenta na jego szpitalne leczenie. Cenną wskazówkę stanowi dokumentacja medyczna zawierająca uwagi o zachowaniach agresywnych przejawianych przez pacjenta podczas poprzednich hospitalizacji. Szczególnie ważny jest początkowy okres hospitalizacji, w którym najczęściej dochodzi do zachowań agresywnych. W literaturze zwracano ponadto uwagę na związek między warunkami socjalnymi panującymi na oddziale a częstością raportowanych zachowań agresywnych wśród pacjentów. Jego ocena stanowiłaby interesujące uzupełnienie przedstawionego badania.



### Оценка частоты и типа агрессии у пациентов, госпитализированных по-поводу агрессивных поведений

#### Содержание

**Задание.** Целью исследования была оценка типа и частоты появления агрессивного поведения у пациентов психиатрической больницы. Агрессия была у них одним из поводов направления на лечение.

**Метод.** Исследовано 107 больных, принятых в Воеводскую больницу для нервных и психически больных в г. Любенж, у которых в направлении было указано на симптомы агрессии или же аутоагрессии, а также 37 больных без агрессивного поведения. Анализ пациентов, квалифицированных на исследование проведен на два способа: первый из них учитывал разделение их на три группы, в зависимости от содержащихся (или нет) в направлении агрессивного поведения. Учтено также последующее агрессивное поведение во время госпитализации в больнице. Второй способ учитывал разделение пациентов на две группы – пациентов агрессивных и не агрессивных во время их пребывания в больнице, независимо от данных, содержащихся в направлении в больницу. В каждой из групп для оценки психопатологических симптомов использована „Краткая психиатрическая шкала оценки” BPR 5). Для оценки типа, тяжести и числа агрессивных поведений использована „Шкала явной агрессии” (OAS).

**Результаты.** Агрессия отмечена у 34% исследованных. Более 80% атак агрессии проявилось в течение первой недели госпитализации. У 84% пациентов, проявляющих агрессию во время анализированного пребывания, такие поведения присутствовали в периоде перед госпитализацией.

**Выводы.** Исследование подтверждает гипотезу, что агрессивные поведения в психиатрическом отделении среди пациентов, направляемых в больницу по-поводу агрессии частые и появляются, как правило, в начальном периоде госпитализации. Существенную роль в предвидении появления агрессии играет информация о ее наличии в направлении в больницу, отсутствие согласия, несмотря на необходимость лечения в стационаре и медицинская документация, содержащая сведения о агрессивных поведении, проявляются у больных во время предыдущих госпитализациях.

### Die Beurteilung der Häufigkeit und Type der Aggression bei Patienten, die wegen Aggressionsverhalten hospitalisiert wurden

#### Zusammenfassung

**Ziel.** Ziel der Studie war die Beurteilung des Types und der Häufigkeit von aggressiven Verhaltensweisen bei Patienten des psychiatrischen Krankenhauses, bei denen die Aggression eine der Ursachen für Hospitalisierung war.

**Methode.** 107 Personen, die ins Krankenhaus für Nerven- und psychisch Kranke Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychicznie Chorych in Lubiąż aufgenommen wurden, wurden untersucht. Bei den Personen wurden Aggressionsverhalten oder autoaggressives Verhalten diagnostiziert und in die Einweisung ins Krankenhaus eingetragen. Außerdem wurden 37 Patienten ohne aggressives Verhalten in der Einweisung untersucht. Die Analyse der zur Studie eingestuft Patienten wurde nach zwei Methoden durchgeführt: die erste Methode berücksichtigte die Einteilung in drei Gruppen abhängig von den in der Einweisung enthaltenen (oder nicht) aggressiven Verhaltensweisen und auch von der später gezeigten Aggression während der Hospitalisierung im Krankenhaus; die zweite Methode berücksichtigte die Einteilung in zwei Gruppen – aggressive Patienten und nicht aggressive Patienten während des Aufenthalts im Krankenhaus, unabhängig von den in der Einweisung enthaltenen Angaben. In jeder der Gruppen wurde zur Beurteilung der psychopathologischen Symptome die Skala BPRS „Brief Psychiatric Rating Scale“ angewandt. Zur Beurteilung des Types, Ernsthaftigkeit und Zahl der aggressiven Verhaltensweisen wurde die OAS – Skala angewandt (Overt Aggression Scale).

**Ergebnisse.** Die Aggression zeigten 34% der Untersuchten. Über 80% der Aggressionsvorgänge trat in der ersten Hospitalisierungswoche auf. Bei 84% der Personen, die die Aggression während des analysierten Aufenthalts zeigten, traten ähnliche Verhalten bei den früheren Hospitalisierungen auf.

**Schlussfolgerungen.** Die Studie bestätigt die Hypothese, dass Aggressionsverhalten in der psychiatrischen Abteilung bei den wegen Aggression ins Krankenhaus eingewiesenen Patienten oft und meist am Anfang der Hospitalisierung vorkommen. Eine signifikante Rolle bei der Prognose der Aggression spielt die Information über aggressivem Verhalten, die in der Einweisung enthalten ist, Mangel an Einwilligung trotz der Notwendigkeit der stationären Behandlung und medizinische Dokumentation mit den Angaben über aggressives Verhalten, das der Patient während der früheren Hospitalisierungen zeigt.

### L'analyse des types d'agression et de leur fréquence chez les patients hospitalisés à cause des comportements agressifs

#### Résumé

**Objectif.** Analyser les types d'agression et de leur fréquence des patients hospitalisés à cause des comportements agressifs.

**Méthode.** On examine 107 patients hospitalisés à Lubiąż (Hôpital Central des Maladies Mentales) avec les comportements agressifs et 37 personnes sans ces comportements agressifs. Les patients sont divisés premièrement en 3 groupes : sans comportement agressif, avec ce comportement et avec le comportement agressif manifesté pendant l'hospitalisation. Ensuite ils sont divisés en deux groupes : patients agressifs et non agressifs pendant leur hospitalisation. Tous ces groupes sont examinés avec le questionnaire BPRS (The Brief Psychiatric Rating Scale) pour décrire les symptômes psychopathologiques et avec le questionnaire OAS (The Over Aggression Scale) pour définir les types, le nombre et la gravité des comportements agressifs.

**Résultats.** On observe l'agression chez 34% de patients examinés. Pendant la première semaine d'hospitalisation on note 80 % d'actes agressifs. Chez 84 % de patients les comportements agressifs se sont manifestés avant l'hospitalisation.

**Conclusions.** Cet article atteste la thèse que les comportements agressifs sont très souvent notés chez les patients hospitalisés à cause de l'agression et qu'ils sont les plus fréquents pendant la première semaine d'hospitalisation. Le rôle principal dans la prévision des actes agressifs joue l'information préliminaire concernant les comportements agressifs au passé avant les hospitalisations et pendant les hospitalisations suivantes et le manque de consentement du patient à la thérapie antérieure – tout cela vient de la documentation médicale du patient.

#### Piśmiennictwo

1. Brodniak W. *Spoleczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych*. Warszawa: PZWL; 1985.
2. Pervin AL. *Psychologia osobowości*. Gdańsk: GWP; 2002.
3. Ranschburg J. *Lęk, gniew, agresja*. Warszawa: WSiP; 1980.
4. Skorny Z. *Psychologiczna analiza agresywnego zachowania się*. Warszawa: PWN; 1968.
5. Insel TR, Winslow JT. *Serotonin and neuropeptides in affiliative behaviors*. Biol. Psychiatry 1998; 44: 207–219.
6. Stanley B, Molcho A, Stanley M, Winchel R, Gameraoff MJ, Parsons B, Mann JJ. *Association of aggressive behavior with altered serotonergic function in patient who are not suicidal*. Am. J. Psychiatry 2000; 157: 609–614.
7. Miczek AK, Maxson S, Fish WE, Faccidomo S. *Aggressive behavioral phenotypes in mice*. Behav. Brain Res. 2001; 125: 167–181.
8. Brower MC, Price BH. *Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behavior: a critical review*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry 2001; 71: 720–726.

9. Mellesdal L. *Agression on a psychiatric acute ward: a three-year prospective study*. Psychol. Rep. 2003; 92: 1229–1248.
10. Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A. *Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study*. Acta. Psychiatr. Scand. 2001; 104 (4): 273–279.
11. Rzewuska M. *Farmakoterapia chorych z zaburzeniami psychicznymi przejawiających zachowania agresywne*. Farmak. Psychiatr. Neurol. 2004; 3: 293–323.
12. Yudofski SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. *The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression*. Am. J. Psychiatry 1986; 143: 35–39.
13. Ventura J, Lukoff D, Nuechterlein KH, Liberman R P, Green MF, Shaner A. *Manual for the expanded Brief Psychiatric Rating Scale*. Int. J. Meth. Psychiatr. Res. 1993; 3: 227–243.
14. Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, Fallon IR, Morosini PL, Chiaravalle E, Casacchia M. *Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs. low clinical experience*. Acta. Psychiatr. Scand. 1999; 100 (3): 229–236.
15. McNiel DE, Binder RL. *Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients*. Am. J. Psychiatry 1988; 145: 965–970.
16. Bowers L, Douzenis A, Galeazzi GM, Forghieri M, Tsopelas C, Simpson A, Allan T. *Disruptive and dangerous behaviour by patients on acute psychiatric wards in three European centres*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 40 (10): 822–828.

Adres: Tomasz Adamowski  
Katedra i Klinika Psychiatrii  
Akademii Medycznej  
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 9.03.2009  
Zrecenzowano: 24.06.2009  
Otrzymano po poprawie: 2.07.2009  
Przyjęto do druku: 30.07.2009

## **Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych**

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

### **Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”**

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany dochód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.