

Anna Mosiołek<sup>1</sup>, Tytus Koweszko<sup>2</sup>, Jacek Gierus<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinika Psychiatryczna, Wydział Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

<sup>2</sup>Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza

# Agresja w placówkach psychiatrycznych — próba zdefiniowania problemu

*Aggression in psychiatric institutions — an attempt  
to define the problem*

## Abstract

Medical staff working at mental health care facilities believes that patients' aggressive behaviors are relatively rare but also inevitable part of the job. The personnel commonly follow such a belief and accept aggressive episodes due to absence of advance awareness training programs and gaps in the standard operational procedures that could minimize patients violent acts and enhance workplace safety. The systemic solutions how to proceed when facing patient aggression are still weak or missing. The medical staffers should not be left alone with negative emotions or fear after they were confronted with the patients aggression. The co-workers' supporting conversations and professional advice to the victimized personnel can significantly help to cope with difficult emotions, and in the long term prevent frustration and burnout.

*Psychiatry 2014; 11, 2: 87-91*

**Key words:** *psychiatrist, aggression, burnout*

## Wstęp

Problem agresji w szpitalach psychiatrycznych, pomimo braku wiarygodnych danych, jest uznawany za występujący powszechnie. Od osób pracujących z chorymi psychicznie pacjentami oczekiwana jest tolerancja tego typu zachowań, wpisanych niejako w ryzyko zawodowe. Niejasne są statystyki odnośnie do częstości występowania różnych form agresji w stosunku do personelu medycznego pracującego na psychiatrii, natomiast nie stwierdzono różnic statystycznych w narażeniu na agresję, jeśli chodzi o czynniki demograficzne takie jak na przykład płeć czy wiek. W zależności od badań szacunki osiągają ogromną rozbieżność i dochodzą nawet do 71% w badaniach oceniających częstość narażenia na zachowania agresywne wśród psychiatrów [1]. W grupie tej aż 48,4% psychiatrów doświadczyło połączonej napaści fizyczno-słownej [1]. Niestety, pomimo dużego narażenia na zachowania agresywne w grupie osób pracujących na oddziałach psychiatrycznych, nie ma jasnych wytycznych odnośnie do postę-

powania w przypadku ataku ze strony chorego psychicznie (nie zawsze chorego, również pacjentów z zaburzeniami osobowości). Praktycznie nie zgłasza się napastliwości (agresji?) słownej, uważanej za ryzyko zawodowe i stały element związany z pracą w psychiatrii. Według Erdos i Hughes [2] zaledwie około 20% pielęgniarek doświadczających agresji czynnej ze strony pacjentów, raportuje występowanie uszkodzenia ciała w postaci zadrapań, podbiegnięć krwawych, skaleczeń czy złamań. Znane są także przypadki znacznie poważniejszych konsekwencji napaści ze strony pacjenta, skutkujące trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub śmiercią. Jakkolwiek badania pokazują, że narażenie na agresję ze strony pacjentów jest częstym zjawiskiem w psychiatrii, to formalne zgłoszenie takiego zdarzenia dotyczy zaledwie 5% przypadków. Za taki stan rzeczy może odpowiadać przekonanie, że narażenie na przemoc ze strony pacjentów, jest jednym z elementów pracy w psychiatrii i stanowi rodzaj „umowy społecznej”, „swoistego folkloru psychiatrycznego”. Oczywiście, w placówkach szpitali psychiatrycznych agresja może być ukierunkowana również na innych współpacjentów, a niekiedy także na osoby przebywające aktualnie na oddziale (np. odwiedzających). W niniejszym artykule chcielibyśmy się przyjrzeć możliwym strategiom postępowania w przypadku takich sytuacji.

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Anna Mosiołek  
Klinika Psychiatryczna NOZ WUM  
Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia  
im. prof. Jana Mazurkiewicza  
ul. Partyzantów 2/4, 05-802 Pruszków  
tel.: 22 758 63 71, faks: 22 758 75 70  
e-mail: manitka@tlen.pl

### Podział zachowań agresywnych

Określenie „agresja” oznacza działanie ukierunkowane na zewnątrz lub w stosunku do własnej osoby, mające na celu wyrządzenie szkody fizycznej lub psychicznej. Agresja jest też definiowana jako czynności podejmowane intencjonalnie przez ludzi, stanowiące zagrożenie bądź powodujące szkody w fizycznym, psychicznym i społecznym dobrostanie innych osób, tj. wywołujące ból, cierpienie, destrukcję, prowadzące do utraty cenionych wartości [3]. Czynniki, które zwiększają ryzyko napaści ze strony osoby z zaburzeniami psychicznymi, to przemoc w rodzinie, podobne zachowania w przeszłości, niedawne rozstanie z partnerem, brak pracy, impulsywność, niski status socjoekonomiczny. Warto także dodać, że stres, lęk, brak poczucia bezpieczeństwa, wrazenie (poczucie?) utraty autonomii, często związane z początkiem hospitalizacji psychiatrycznej, zwiększają ryzyko wystąpienia ataku ze strony pacjenta. Należy również podkreślić, że w etiologii agresji istotną rolę mogą odgrywać organiczne uszkodzenia centralnego układu nerwowego, szczególnie w zakresie płatów czołowych głównie części czołowo-nadczodołowej kory. Uszkodzenie tej okolicy objawia się słabą kontrolą impulsów, nagłymi wybuchami agresji oraz dużą labilnością emocjonalną [4]. Najbardziej podstawowy podział zachowań agresywnych dzieli agresję na słowną (werbalną) oraz fizyczną, przy czym rozróżnia się agresję fizyczną skierowaną przeciw przedmiotom, agresję fizyczną skierowaną przeciw sobie i agresję fizyczną skierowaną przeciw innym.

*Clinical Classification of Agression* wyróżnia zachowanie agresywne popełniane w afekcie — agresja defensywna, impulsywna („*hot-blooded*” *agression*) oraz zachowania agresywne podejmowane w celu kontrolowania sytuacji — agresja instrumentalna, prewencyjna („*cold-blooded*” *agression*). Agresja impulsywna stanowi niekontrolowaną, podejmowaną pod wpływem emocji odpowiedź osoby na skierowane na nią fizyczne lub werbalne zachowania agresywne otoczenia, natomiast prewencyjna jest reakcją kontrolowaną, inicjowaną w określonym celu, na przykład zastraszenia, zdominowania i kontroli osób z otoczenia. Ze względu na nasilenie zachowań agresywnych dzieli się je umownie na te o: nieznacznym, umiarkowanym i poważnym nasileniu. Do zachowań agresywnych o nieznacznym nasileniu zaliczane są groźby, przekleństwa, wyzywanie, wulgaryzmy i plucie. Do agresji czynnej o umiarkowanym nasileniu zalicza się: niszczenie przedmiotów, szarpanie się, popychanie, gryzienie, kopanie. Niestety, zdarzają się również poważne formy agresji niosące za sobą uszkodzenie ciała, podpalenia, duszenie, okaleczenia, usiłowanie zabójstwa. Grassii i wsp. ocenili, że aż 80,7% pacjentów przejawiających agresję, miało podobne zachowania w przeszłości [5]. Pracując

w instytucji, zdarzenie takie zgłaszamy jej dyrektorowi. Nieco inaczej sytuacja wygląda, jeśli mamy do czynienia z nękaniami, wypowiedzianiem gróźb karalnych, czy agresją, jeśli ma to miejsce po opuszczeniu zatrudniającej nas instytucji.

### Agresja w miejscu pracy

Z racji wykonywanego zawodu zarówno psychiatry, jak i personel pracujący na oddziałach i w poradniach psychiatrycznych stosunkowo często narażeni są na agresję słowną i czynną ze strony pacjentów. Z nieco inną sytuacją mamy do czynienia w przypadku, gdy napastnikiem nie jest sam pacjent, tylko jego bliscy. Czy jednak pacjent ze względu na sam fakt leczenia psychiatrycznego zwolniony jest z odpowiedzialności za popełnione czyny? Często usprawiedliwiamy osoby przebywające oddziałach psychiatrycznych, znając specyfikę ich choroby czy zaburzeń. Czasami czujemy się współodpowiedzialni za przejawiane przez pacjentów zachowania agresywne, uważając je za wynik naszego nieskutecznego leczenia. Często też musimy pomimo przejawianej przez naszych pacjentów agresji leczyć ich nadal. W badaniu Altinbas (2010) obejmującym 200 psychiatrów pracujących w Turcji agresję słowną ze strony pacjentów relacjonowało 19,9% z nich, pobicia 2,7%, a połączoną agresję werbalną i fizyczną 48,4%. Spośród nich 26% poniosło szkody co najmniej umiarkowanego stopnia [1]. Z badań Dubin i wsp. [6] oraz Matthews [7] wynika, że 40–70% psychiatrów doświadczyło ataku ze strony pacjenta, z czego aż 59% kontynuuje leczenie swoich agresorów. Przerażające są statystyki dotyczące pracowników psychiatrycznej „hospitalizacji domowej”, badania pokazują, że aż do 98% przejawia cechy PTSD (*post-traumatic stress disorder*). W badaniu Adamowskiego i wsp. [8] wykazano, że wśród wszystkich pacjentów, którzy zachowywali się napastliwie w szpitalu, 84% przejawiało agresję podczas poprzednich hospitalizacji [5]. Dane z wywiadu potwierdzające występowanie pobudzenia i agresji w przeszłości mogłyby się zatem stać swoistym predyktorem świadczącym o możliwości wystąpienia podobnych zachowań w przyszłości.

Pobudzenie oraz agresja występują głównie w początkowym okresie hospitalizacji, kiedy oprócz zaostrzenia stanu psychicznego, pojawiają się stresory związane z ograniczeniem prywatności, nadmiarem bodźców, poczuciem bycia uwięzionym i często wbrew woli wpasowanym w ramy jakiegoś regulaminu. Szczególnie ważny jest początkowy okres hospitalizacji, w którym najczęściej dochodzi do zachowań agresywnych. Pomimo bardzo dużej liczby aktów agresji i przemocy wobec psychiatrów, około 50% z nich postrzega ją jako normalną część swojej pracy [1]. Prawdopodobnie za

taki stan rzeczy, przynajmniej częściowo, odpowiadają błędy organizacyjne występujące w służbie zdrowia oraz brak wiedzy o sposobie postępowania w przypadku wystąpienia tego typu sytuacji. Często towarzyszy nam uczucie bezradności związane ze zderzeniem się z systemem. Agresja ze strony pacjentów może nieść za sobą znaczące konsekwencje, zarówno krótko jak i długoterminowe. 65% pracowników, którzy doświadczyli fizycznej agresji ze stron pacjentów w szpitalu psychiatrycznym przebywało na zwolnieniu lekarskim, z tego część z nich wymagało wielomiesięcznego zwolnienia z pracy [3]. Nie do oszacowania są konsekwencje psychologiczne związane z narażeniem na atak ze strony pacjenta. Po ekspozycji na agresję u części osób rozwija się PTSD, zespół wypalenia zawodowego, reakcje lękowe, zaburzenia snu czy depresja [9]. Próby poradzenia sobie z zachowaniami agresywnymi najczęściej prowadzą do dystansowania się od problemu, racjonalizacji, intelektualizacji, zachowań altruistycznych i posłanniczych oraz projekcji [10]. Zadaniem klinicysty jest zidentyfikowanie czynników ryzyka i dokonanie sprawnej oceny z uwzględnieniem danych z wywiadu dotyczących wcześniejszych aktów przemocy, klinicznego stanu zdrowia psychicznego pacjenta, poziomu jego przystosowania społecznego i zdolności radzenia sobie ze stresem. Pomocne narzędzie może stanowić skala HCR-20, będąca formą wywiadu pozwalającego na ocenę ryzyka napaści z użyciem przemocy [11].

### **Etiologia zachowań agresywnych**

Etiologia zachowań agresywnych obejmuje zarówno czynniki biologiczne i psychologiczne, jak też uwarunkowania społeczne i środowiskowe. Z biologicznego punktu widzenia do przemocy szczególnie predysponują: niska inteligencja, zaburzenia równowagi hormonalnej, organiczne zaburzenia mózgu, neurologiczne i systemowe zmiany natury psychiatrycznej, choroby somatyczne, zażywane środki psychoaktywne oraz urazy głowy [11]. Za psychologiczne przyczyny należy uznać: trudności sytuacyjne, problemy osobowościowe oraz afektywne i psychotyczne zaburzenia psychiczne [12]. Indywidualna skłonność do agresji jest dodatkowo uzależniona od społecznego kontekstu, w którym żyje jednostka. Gotowość do przejawiania przemocy może się wiązać z odtwarzaniem określonych norm zachowania nabytych w rodzinie, grupie rówieśniczej lub w środowisku stanowiącym grupę odniesienia [13]. Czynniki spustowe agresji mogą mieć swoje źródło w środowisku zewnętrznym. Wysoka temperatura, nadmierne zatłoczenie w miejscu pobytu lub trudności w komunikacji z personelem medycznym mogą zwiększać subiektywny dyskomfort pacjenta, a tym samym powodować zniekształcenia poznawcze sprzyjające wzbudzeniu agresji [14].

W celu unifikacji różnorodnych konstruktów teoretycznych Anderson i Bushman zaproponowali ogólny model agresji (GAM, *General Aggression Model*), podejmując tym samym próbę kompleksowego wyjaśnienia fenomenu zachowań agresywnych. Badacze położyli szczególny nacisk na znaczenie czynnika ludzkiego i sytuacyjnego w procesie powstawania agresji. Czynniki ludzkie obejmuje wszystkie indywidualne właściwości jednostki, związane z cechami osobowości, płcią, przekonaniami, postawą wobec otoczenia i samego siebie, uznawanymi wartościami, długoterminowymi celami oraz uwewnętrznionymi skryptami zachowań. Wszystkie te elementy składają się na indywidualną gotowość jednostki do przejawiania agresji. Czynniki sytuacyjne stanowią wszelkie istotne elementy otoczenia i sytuacje, które mogą nasilać skłonność do agresji. Należy zaliczyć do nich: przedmioty kojarzone z agresją, zachowania prowokacyjne ze strony innych osób, frustrację, odczucie bólu i dyskomfortu, a także skutki oddziaływania substancji psychoaktywnych. Czynniki ludzkie i czynniki sytuacyjne, wspólnie lub niezależnie, odgrywają istotną rolę w procesie wzbudzania agresji wpływając na poznanie, afekt i pobudzenie. W efekcie generują one specyficzny dla danej jednostki stan wewnętrzny mogący predysponować do powstania zachowania agresywnego [15].

### **Czynniki ryzyka wystąpienia zachowań agresywnych w szpitalach psychiatrycznych**

W wielu przypadkach pacjenci postrzegają i przeżywają leczenie jako przymus, opresję i zagrożenie. Autorytarne nastawienie ze strony personelu pozbawia ich poczucia wpływu na swoje życie oraz kontroli, co niejednokrotnie może skłaniać do odczucia, że zachowanie agresywne stanowi jedyną realną formę zakomunikowania własnych potrzeb [16] lub reakcją na nieprofesjonalny i prowokujący według pacjenta sposób bycia lekarza, którego on sam może nie być świadomy [17]. W rozumieniu pacjenta zachowanie agresywne może być postrzegane jako odpowiedź na przemoc ze strony personelu, utożsamianą: ze stosowaniem środków przymusu bezpośredniego, bagatelizowaniem potrzeby pacjenta do współuczestniczenia w procesie leczenia lub z arbitralnym pozbawianiem przywilejów.

Za przykład może posłużyć sytuacja, w której pacjent jest poddawany nieakceptowanemu przez niego leczeniu, subiektywnie ocenianemu jako szkodliwe. W tej niekomfortowej sytuacji jego frustracja, złość, poczucie zagrożenia i wrogie nastawienie wobec lekarza są dodatkowo nasilane przez opresyjne, w rozumieniu pacjenta, warunki oddziaływania — kraty w oknach, drzwi bez klamek, stosowanie środków przymusu bezpośredniego. W efekcie może to powodować większą dostępność poznawczą agresywnych myśli [18], wzbudzić agresywny afekt, tj. spotęgować złość i wrogość i w końcu spowodować fizjologiczne i psychologiczne wzbudzenie agresji [19]. W zależności

od dalszych procesów decyzyjnych wzbudzenie może spowodować ponowną ocenę sytuacji prowadzącą do próby alternatywnego rozwiązania frustrującej sytuacji lub wywołać impuls, którego wyrazem będzie faktyczny wybuch agresji. Odnosząc przedstawioną teorię do praktyki klinicznej, należy zwrócić uwagę na wpływ zachowania i nastawienia personelu medycznego oraz warunków, w jakich dochodzi do kontaktu z pacjentem. Znaczący czynnik ryzyka w powstawaniu zjawiska agresji może stanowić poczucie przeciążenia i stresu, jakie są wnoszone do relacji z pacjentem przez personel medyczny. Powody mogą być różne: niejasny zakres obowiązków lub zła organizacja pracy, brak jednolitej koncepcji terapeutycznej, wymuszone braki kadrowe, nieregularne godziny pracy, złe warunki lokalowe [20]. Naturalne wydaje się, że przeżywana frustracja znajduje odzwierciedlenie i wpływa na jakość relacji lekarza z pacjentem. Niejasna i niestabilna struktura organizacyjna może prowokować niektórych pacjentów do sprawdzania, do jakich granic mogą się posunąć. Gdy w obliczu powstającego chaosu personel autorytarnie próbuje egzekwować utrzymanie stosownych zasad współpracy, może dochodzić do gwałtownej i agresywnej reakcji ze strony pacjentów [21].

#### **Próba rozwiązania problemu**

Stworzenie przez personel medyczny atmosfery zrozumienia i bezpieczeństwa wynikającej z właściwej pragmatyki połączonej ze spójną strukturą organizacyjną pozwala na skontenerowanie i rozładowanie napięcia, z którym pacjent sam nie jest w stanie sobie poradzić. Zachowania agresywne pacjentów nierzadko są formą kompensowania przez nich własnej bezradności, zagubienia i bezsilności w obliczu przeżywanego lęku przed chorobą. Agresja często rodzi się w chaosie. Dlatego tak ważne są spokój i zaangażowanie lekarza, jego adekwatna do wypowiedzianych treści mowa ciała, właściwa modulacja głosu oraz jasne i zrozumiałe komunikaty dostosowane do możliwości poznawczych pacjenta. Stosowanie się do tych prostych wskazówek oraz unikanie krytycznych uwag i ocen wobec pacjenta, może pozwolić na zmniejszenie jego pobudzenia emocjonalnego i tym samym zapobiec wystąpieniu aktów przemocy. Wybuch agresji jest zazwyczaj poprzedzony pojawieniem się u pacjenta specyficznych sygnałów motorycznych. Uważna obserwacja ze strony lekarza może pozwolić na zidentyfikowanie zbliżającego się zagrożenia i zapobieżenie mu w odpowiednim momencie [22]. Do sygnałów ostrzegawczych należy zaliczyć: wzmożone napięcie i drgania mięśni, unikanie kontaktu wzorkowego lub usilne wpatrywanie się w rozmówcę, zwarta, obronna postawa ciała, rozbiegany wzrok, drżenie powiek i palców. O zagrożeniu może świadczyć również pozornie

chaotyczne zbliżanie się i odsuwanie od lekarza, będące w istocie wyrazem zewnętrznych wątpliwości i rozterek. Agresja niejednokrotnie jest wyrazem poczucia zagrożenia. Dlatego nadmierna wrażliwość pacjenta na naruszanie jego przestrzeni osobistej powinna być obserwowana i interpretowana przez lekarza w kontekście sytuacyjnym. Istotnym elementem przeciwdziałania zachowaniom agresywnym jest nie tylko obserwowanie rozmówcy, ale również kontrolowanie własnych odczuć i emocji pojawiających się w relacji z pacjentem. Silny niepokój i lęk stanowią niewątpliwie sygnał ostrzegawczy, którego nie należy ignorować ani bagatelizować. Najbardziej ewidentnymi sygnałami ostrzegawczymi są komunikaty słowne ze strony pacjenta. Wypowiedzi wulgarne, zawierające groźby, wypowiedziane podwyższonym tonem powinny być uznawane za ewidentny sygnał alarmowy. Warto pamiętać, że im konkretniejsze są groźby co do miejsca, osoby i sposobu realizacji, tym większe istnieje ryzyko ich spełnienia [20]. Przekraczająca standardowe granice tolerancji i wyczerpująca znamiona przestępstwa wielokrotna agresja słowna powinna być oceniona pod kątem ewentualnego złożenia zawiadomienia do Policji lub Prokuratury. Taka forma reakcji jest też możliwa w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi. Zadaniem lekarza jest udzielanie pomocy, ale powinno się to odbywać wyłącznie w warunkach poszanowania jego godności osobistej. Informacje o zachowaniach agresywnych należy przekazać przełożonym oraz zamieścić o nich stosowną informację w dokumentacji medycznej.

#### **Podsumowanie**

Wśród personelu opieki zdrowotnej istnieje przekonanie, że zachowania agresywne pacjentów stanowią rzadki, lecz nieunikniony element pracy. Czy tak jest rzeczywiście? Madden i wsp. [23] przeanalizowali wywiady z psychiatrami, którzy zostali ofiarami napaści. Okazało się, że ponad połowa z zaistniałych incydentów była możliwa do przewidzenia, bowiem ich przyczyną było subiektywne przekonanie lekarzy o niskim prawdopodobieństwie skierowanych przeciwko nim zachowań agresywnych pacjentów. Stosowanie przemocy często jest postrzegane przez sprawców jako reakcja na prowokację ze strony personelu medycznego [9]. Przyjęcie formuły komunikacji narzuconej przez pacjenta, opierającej się na irytacji i wzajemnych pretensjach, prowadzi do eskalacji napięcia i może wzbudzać silne negatywne emocje u pacjenta, i pracownika opieki zdrowotnej. Wskazuje to na potrzebę stałego budowania przez personel medyczny atmosfery konstruktywnego porozumienia się z pacjentami z bezwzględnym poszanowaniem ich własnego bezpieczeństwa [24]. Warto zadbać o to, aby miejsce, w jakim prowadzona jest rozmowa z pacjentem, zapewniało poczucie obopólnego bezpieczeństwa i możliwość uzyskania pomocy w sytuacji

krzysu. W przypadku wystąpienia zachowań agresywnych ze strony pacjenta nie należy pozostawać samemu z trudnymi emocjami. Wsparcie i rozmowy ze współpracownikami mogą w znaczącym stopniu ułatwić poradzenie sobie z trudnymi emocjami, a w dłuższej perspektywie przeciwdziałać frustracji i wypaleniu zawodowemu [9]. Warto wnioskować również o rozwiązania systemowe. Brak procedur postępowania w sytuacjach narażenia na agresję ze strony pacjentów, niejasne przepisy prawa regulujące możliwość obrony przed napaścią, brak zasad odnośnie do

możliwych strategii postępowania po wystąpieniu agresji (np. po pobiciu lekarza) sprzyjają wypaleniu zawodowemu. Dotychczas najczęściej stosowaną ścieżką administracyjną jest napisanie notatki służbowej i ewentualne zgłoszenie zdarzenia do komórki BHP. Nie jest jasne, czy lekarz/pracownik medyczny powinien sam zawiadomić policję, czy też obowiązek ten powinien spoczywać na pracodawcy. Ta niejasność powoduje tak niską zgłaszalność tego typu zdarzeń, a w konsekwencji przekonanie społeczne, że jest to nasz wewnętrzny problem psychiatryczny.

### Streszczenie

*Wśród personelu placówek opieki psychiatrycznej panuje przekonanie, że agresja ze strony pacjentów jest stosunkowo rzadkim, ale nieuniknionym elementem pracy. Pracownicy medyczni tolerują tego typu zachowania ze względu na brak zaawansowanych procedur i programów szkoleń, które umożliwiłyby ograniczenie agresywnych zachowań i poprawiły bezpieczeństwo pracy. Brakuje spójnych rozwiązań systemowych dotyczących postępowania, gdy już dojdzie do napaści ze strony pacjenta. Personel medyczny nie powinien pozostawać sam z trudnymi emocjami doświadczanymi po agresywnych zachowaniach pacjentów. Wsparcie i rozmowy ze współpracownikami mogą w znaczącym stopniu ułatwić poradzenie sobie z trudnymi emocjami, a w dłuższej perspektywie przeciwdziałać frustracji i wypaleniu zawodowemu.*

**Psychiatria 2014; 11, 2: 87–91**

**Słowa kluczowe:** *psychiatra, agresja, wypalenie zawodowe*

### Piśmiennictwo

- Altinbas K., Altinbas G., Türkcan A., Oral E.T., Walters J. A survey of verbal and physical assaults towards psychiatrists in Turkey. *Int. J. Soc. Psychiatry* 2010; 57: 631–636.
- Erdos B.Z., Hughes D.H. Emergency psychiatry: a review of assaults by patients against staff at psychiatric emergency centers. *Psychiatr. Serv.* 2001; 52: 1175–7.
- Frączek A., Pufal-Struzik I. Agresja wśród dzieci i młodzieży. PWN, Kielce 1986: 28.
- Brower M.C., Price B.H. Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 14: 87–91.
- Grassi L., Biancosino B., Marmai L. i wsp. Violence in psychiatric units: a 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2006; 41: 698–703.
- Dubin W.R., Wilson S.J., Mercer C. Assaults against psychiatrists in outpatient settings. *J Clin Psychiatry.* 1988; 49: 338–345.
- Matthews L.R. Effect of staff debriefing on posttraumatic stress symptoms after assaults by community housing residents. *Psychiatric Services* 1998; 49: 207–212.
- Adamowski T., Piotrowski P., Trizna M., Kiejna A. Ocena częstotliwości i rodzaju agresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu zachowań agresywnych. *Psychiatria Polska* 2009; XLIII: 739–750.
- Benson A., Secker J., Balfe E., Lipsedge M., Robinson S., Walker J. Discourses of blame: accounting for aggression and violence on an acute mental health inpatient unit. *Soc. Sci. Med.* 2003; 57: 917–926.
- Kucharski A., Groves J.E. The so-called “inappropriate” psychiatric consultation request on a medical or surgical ward. *Int. J. Psychiatry Med.* 1976–1977; 7: 209–220.
- James R.K., Burl G.E. Strategie interwencji kryzysowej. Parpamedia, Warszawa 2008: 373–383.
- McNeil D.E., Binder R.L., Greenfield T.K. Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry* 1998; 145: 965–970.
- Buss D.M., Shackelford T.K. Human aggression in evolutionary psychological perspective. *Clinical Psychology Review* 1997; 17: 605–619.
- Anderson C.A., Huesmann L.R. Human aggression: a social-cognitive view. W: Hogg M.A., Cooper J. (red.). *Handbook of Social Psychology.* Sage Publications, London 2003: 296–323.
- Anderson C.A., Bushman B.J. Human aggression. *Annu. Rev. Psychol.* 2002; 53: 27–51.
- Blair R.J.R. Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2001; 71: 727–731.
- Schneider H.D. Bewohner und Personal als Quellen und Ziele von Gewalttatigkeit in Altersheimen [Elderly and staff as sources and objects of violence in homes for the elderly]. *Zeitschrift für Gerontologie* 1990; 23: 186–196.
- Anderson C.A. Effects of violent movies and trait irritability on hostile feelings and aggressive thoughts. *Aggress. Behav.* 1997; 23: 161–178.
- Bushman B.J. Moderating role of trait aggressiveness in the effects of violent media on aggression. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1995; 69: 950–960.
- Blumenreich P.E., Lewis S.J. (red.). *Managing the violent patient: a clinician's guide.* Psychology Press 1993; 42–44.
- Piercy D. Violence: the drug and alcohol patient. W: Turner J.T. (red.). *Violence in the medical care setting: a survival guide.* Aspen Systems, Rockville 1984: 123–152.
- Kurlowicz L. Violence in the emergency department. *American Journal of Nursing* 1990; 474: 35–40.
- Madden D.J., Lion J.R., Penna M.W. Assaults on psychiatrists by patients. *Am J Psychiatry.* 1976; 133: 422–425.
- Caplan C.A. Nursing staff and patient perceptions of the Ward Atmosphere in a maximum security forensic hospital. *Arch. Psychiatr. Nurs.* 1993; 7: 23–29.