

Dr hab. n. med. Piotr Gorczyca

Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach

Wydział Lekarski z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Recenzja pracy na stopień doktora nauk medycznych

lek. Anny Ewy Królickiej - Deręgowskiej

*Ocena częstości i form przymusu bezpośredniego w oddziale stacjonarnym Psychiatrii dla
Dzieci i Młodzieży oraz określenie czynników ryzyka zastosowania przymusu*

(Wrocław 2018, stron 135)

(Promotor: prof. dr hab. n. med. **Andrzej Kiejna**)

Powstanie pracy doktorskiej dotyczącej zagadnieniom stosowania przymusu wśród osób z zaburzeniami psychicznymi jest ważne, zwłaszcza, że problem ten wydawał się być z różnych względów pomijany. Otóż problem ten może być tematem wstydlwym, no bo przecież jest to forma przymusu wobec drugiego człowieka acz prawnie usankcjonowana. Sprzyja dalszej stygmatyzacji pacjenta. Z zadowoleniem przyjąłem umieszczenie w tytule pracy badanie czynników ryzyka zastosowania przymusu. Badanie tych czynników to dążenie do doskonałości, gdzie nie ma przymusów w ogóle. No cóż słowo ułuda zawraca nas do punktu

wyjścia. Ważne jednak jest że Doktorantka podejmuje ten temat, choćby dalej walczyć ze zjawiskiem stygmatyzacji w psychiatrii. Oczywiście przeczytawszy pracę i pisząc recenzje pamiętam, że o tej stygmatyzacji była mowa, ale piszą temat podobnej recenzji, muszę zapytać, dlaczego Doktorantka pominęła mój ulubiony temat, tj. antypsychiatrii. Przecież ten kierunek nie był tylko negatywny i krytykowany.

Doktorantka rozpoczyna rozprawę od streszczenia badań. Chciałoby się to zawrzeć i podsumować pracę. Takie myślenie jest wynikiem wrażenia, że praca jest trudna do prowadzenia analizy. Plan pracy jest typowy dla tego rodzaju prac. Zacznę więc od wstępu.

Doktorantka przytacza badanie Eunomia dotyczące Psychiatrii Dorosłych, w których Polska brała udział. W ogóle tych odniesień do przymusu, zwłaszcza w psychiatrii dziecięcej jest nie wiele. Obserwuje się, że coraz więcej młodych wymaga opieki psychiatrycznej i ich spotkanie z psychiatrią może budzić wiele stresów, zwłaszcza, gdy stosuje się wobec nich przymus. Jak już w niedalekiej przeszłości pisałem-poprzednia recenzja pracy doktorskiej o zbliżonej tematyce, marzeniem jest, że wyleczenie z choroby spowoduje zapomnienie sytuacji przymusu. Może się mylę, jeżeli tak to jest to propozycja nowej pracy doktorskiej. I znowu kapelusze z głów-Doktorantka pisze o destygmatyzacji i tzw. „przymieża terapeutycznego. Może nie rozwija tematu, bo nie mieściło by się to w głównym nurcie pracy.

Następnie mamy wprowadzenie teoretyczne dotyczące psychiatrii dzieci i młodzieży w Polsce. Uważam, że Doktorantka powinna przenieść swoje zebrane dane na papier czy na zwarte informacje w Internecie. Dużo osób może skorzystać z tych zebranych danych. Podobnie zagadnienia prawne, o których nigdy za dużo powinny zaistnieć w podobnej formie. Już na stałe zapamiętaliśmy badania Modrzejewskiej i wsp. o 30 % występowaniu zaburzeń depresyjnych w krakowskich szkołach ponadgimnazjalnych. Następnie poddaje się uwadze badania HBSC., które mogą być ważnym źródłem informacji o sytuacji w psychiatrii dzieci i młodzieży w Europie i w USA. Doktorantka przytacza tu różne zespoły i objawy psychosomatyczne, które współwystępują z innymi zaburzeniami psychicznymi. No cóż, parę słów o używkach. Najczęstszą używaną substancją psychoaktywną było piwo. Tutaj Doktorantka przytacza badania ESPAD. No cóż, znowu te zestawienia i inne mogłyby być przedstawione większej grupie osób zainteresowanych tematem.

Następnie przechodzimy do podstaw prawnych w sytuacji dziecka i młodzieńca. Doktorantka stopniowo przechodzi do sytuacji przymusu w stosunku do dziecka i młodzieńca. I tutaj wyniki są niepokojące., najpierw dotyczących izolacji i potem przymusu mechanicznego. Sama struktura oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży sprzyja wyborze Izolacji jako pierwszej metody z wybranych. Chociaż z własnych obserwacji stopniowo zaczyna przeważać zaburzenie mechaniczne. To może mieć związek z działaniami personelu jak i zachowań pacjentów. I znowu miejsce dla socjologii zaburzeń psychicznych, a szerzej dla socjologii psychiatrii. I tutaj Doktorantka znajduje się znakomicie. Nie można pominąć zagadnienia stosowanych interwencji przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego. Z piśmiennictwa zagranicznego przytacza się jako najczęstsze zastosowanie było terapeutyczne

przytrzymanie przez krótki czas. Doktorantka opisała sytuację wielokrotnego przymusu bezpośredniego w stosunku do jednego pacjenta. Jak łatwo się domyślić, z jednym z rozpoznań było upośledzenie umysłowe. Można by już zbliżyć do podsumowania a tu jeszcze cele, hipotezy badawcze i materiał i metoda. No i oczywiście wyniki, dyskusja i podsumowanie. I wymieniam co istotniejsze. Podstawowa jednostka organizacyjna lub funkcjonalna będąca przedmiotem oceny jest w tej klasyfikacji nazwana modułem opieki, tj. formą świadczenia opieki psychiatrycznej charakteryzującą się określonymi celami oraz działaniami niezbędnymi do ich osiągnięcia. W ICMHC (Międzynarodowej Klasyfikacji Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej) wyodrębniono 10 modalności opieki: nawiązywanie i podtrzymywanie kontaktu, ocena problemów i funkcjonowania, koordynacja opieki, ogólna opieka medyczna, przejmowanie obowiązków dnia codziennego, farmakologiczne leczenie psychiatryczne i inne metody biologiczne, interwencje psychologiczne, edukacja umiejętności podstawowych, interpersonalnych i społecznych, interwencje związane z codziennymi aktywnościami i interwencje podejmowane wobec rodziny, krewnych i innych osób. Określono wysokość specjalizacji od wysokiego, poprzez średni do niskiego. Dochodzimy do grupy badanej Badanie objęło 587 pacjentów, w tym 349 dziewcząt, 238 chłopców w wieku od 5 do 18 lat. Określono zasady refundacji ze strony NFZ. Następnie Doktorantka przedstawiła Plan Badania. Oczywiście było przedstawienie odniesień pacjentów do klasyfikacji ICD 10. Przeanalizowano dokumentację medyczną z grupy badanej i z grupy kontrolnej. Analiza ta była związana z pytaniami badawczymi Doktorantki. Analiza statystyczna przedstawiona została prawidłowo. Wyniki badań zostały przedstawione w sposób przejrzysty z towarzyszącymi tabelami i rycinami. Jako dowód szerokiego zakresu badań i wyników przedstawię wybrane. Średni okres czasu pomiędzy przyjęciem do szpitala a zastosowaniem przymusu wynosił 17,8 dnia. Wykazano, że czas ten w grupie chłopców był istotnie krótszy niż w grupie dziewcząt. Najczęstszymi lekami stosowanymi przymusowo były leki z grupy neuroleptyków, następnie z grupy benzodiazepin, a najrzadziej podawano hydroksyzynę. Najczęstszą przyczyną zastosowania przymusu bezpośredniego była agresja czynna, kolejne były: agresja słowna, niszczenie mienia i niedostosowanie się pacjenta do poleceń personelu, a najrzadszymi – zakłócenie pracy oddziału i groźby samobójcze. Odnotowano tutaj w większości istotności statystyczne. Doktorantka przechodzi do poszczególnych rozpoznań a sytuacjami zastosowania przymusu bezpośredniego. Jak można było przypuszczać dominują rozpoznania F90-99, następnie F20-29, F 80-89 i co zastanawiające F40-49 (8,1%). Charakterystyka pacjenta, wobec którego stosowano wielokrotnie przymus bezpośredni może być przydatny do codziennej praktyki psychiatrycznej. Przymus bezpośredni był stosowany istotnie częściej wśród pacjentów z dodatnim wywiadem w kierunku podejmowania prób samobójczych, spożywania alkoholu o zażywaniu narkotyków. Nie wykazano związku częstości zastosowania przymusu z występowaniem zachowań agresywnych, autoagresywnych czy używaniem papierosów, dopalaczy, przyjmowaniem leków poza wskazaniami lekarza. W dalszym ciągu pracy Doktorantka przedstawia jednoczynnikową analizę stosowanego przymusu bezpośredniego. I tak najczęstszą przyczyną przymusowego podania leku była agresja czynna wobec


personelu, dalej agresja czynna wobec drugiego pacjenta oraz pobudzenie i agresja słowna. Interesujące dla lekarza praktyka może być wybór leku uspokajającego i tak kolejno: lewomepromazyna, clonazepam, haloperidol i w końcu hydroxyzyna. Oczywiście, ale potrzebne jest wskazanie równoczesnego przytrzymania i przymusowego podania leku.

W podrozdziale „Predyktory zastosowania przymusu” Doktorantka przedstawia różne sytuacje z socjologii zachowań, patologii i itp.

Z przekonaniem formułuję wniosek o dopuszczenie

lek. **Anny Ewy Królickiej – Deregowskiej** do dalszych etapów postępowania doktorskiego oraz publicznej obrony rozprawy.

Wnioskuje o wyróżnienie rozprawy doktorskiej.


KIEROWNIK
Katedry i Oddziału Klinicznego Psychiatrii
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

dr hab. n. med. Piotr Gorczyca