

Ο ΚΛΙΝΟΣΤΑΤΙΚΟΣ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Λχίας(ΥΓ) Γεώργιος Χατζάρας, Κοινωνιολόγος

Ψυχιατρική Κλινική 414 ΣΝΕΝ

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση της συχνότητας, των αιτιών και των συνθηκών κατά τις οποίες εφαρμόστηκε ο κλινοστατικός περιορισμός στη ψυχιατρική κλινική του 414 ΣΝΕΝ.

Υλικό της εργασίας αποτέλεσε το σύνολο των νοσηλευθέντων ασθενών στους οποίους εφαρμόστηκε ο κλινοστατικός περιορισμός κατά τη διάρκεια ενός έτους. Έγινε ποσοτική αξιολόγηση της συχνότητας και της διάρκειας του κλινοστατικού περιορισμού αλλά και ποιοτική έρευνα του προφίλ κάθε νοσηλευόμενου.

Τα αποτελέσματα δείχνουν τη σχέση ψυχοπαθολογίας και κλινοστατικού περιορισμού καθώς και τις ιδιαίτερες συνθήκες υλοποίησής του.

Ένα από τα μεγάλα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε στην καθημερινή πρακτική μας είναι η βίαιη συμπεριφορά κάποιου ασθενούς. Η βία είναι συμπεριφορά και όχι διάγνωση. Η βίαιη συμπεριφορά ανευρίσκεται σε πολλές διαγνωστικές κατηγορίες και είναι συχνή σε άτομα που δεν έχουν κάποια διάγνωση ψυχικής διαταραχής. Η βία δεν είναι νόσος αλλά σε μερικές περιπτώσεις είναι ένα σύμπτωμα κάποιας υποκείμενης νόσου. Ο ταραξίας και ο επικίνδυνος ψυχιατρικός ασθενής απαιτούν ειδικό χειρισμό. Πολλές φορές ο κλινοστατικός περιορισμός είναι το μόνο διαθέσιμο μέσο για να ελεγχθεί ο ταραγμένος ασθενής.

Οι κύριες ψυχιατρικές αιτίες βίαιης συμπεριφοράς είναι:

1. Ψυχωτική διαταραχή (Σχιζοφρένεια-Παραληρητική διαταραχή).
2. Μανία.
3. Μείζων καταθλιπτική συνδρομή.
4. Επιλόχεια ψύχωση.
5. Τοξίκωση από ουσίες(αλκοόλ, οπιούχα, αμφεταμίνες, βαρβιτουρικά, η κάνναβη, η κοκαΐνη, κ.λ.π.).
6. Διαταραχές προσωπικότητας (Παρανοειδής, Μεταιχμιακή, Αντικοινωνική, Ψυχαναγκαστική).
7. Οργανικό ψυχοσύνδρομο (Κροταφική επιληψία, τραυματικές βλάβες εγκεφάλου, παραλήρημα, άνοια).

Έχει παρατηρηθεί ότι σε άτομα που εμφανίζουν βία είναι ιδιαίτερα συχνοί οι παρακάτω παράγοντες:

1. Το άτομο έχει προβλήματα με μορφές εξουσίας: προβληματική σχέση με πατέρα, δασκάλους, εργοδότες, αξιωματούχους.
2. Υπάρχει συχνά ιστορικό γονεϊκής παραμέλησης, εγκατάλειψης ή και κακοποίησης.
3. Το άτομο παρουσιάζει συχνές εκρήξεις θυμού και συχνά μαλώματα.
4. Στην οικογένεια υπήρχε συναισθηματική αστάθεια.
5. Υπάρχει συχνά κατάχρηση από ψυχοτρόπες ουσίες.

Όταν ερχόμαστε αντιμέτωποι με ένα δυνητικά βίαιο ασθενή πρέπει να προσπαθήσουμε να απαντήσουμε τα παρακάτω ερωτήματα:

1. Είναι ο ασθενής επιφυλακτικός, εχθρικός, παρανοϊκός ή διεγερτικός;
2. Εμφανίζει απειλητική γλώσσα, συμπεριφορά ή σκέψεις;
3. Έχει ο ασθενής πρόσφατο ή παλαιότερο ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς ή επίθεσης;
4. Έχει ο ασθενής πρόσφατο ή παλαιότερο ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας ή αυτοακρωτηριασμού;
5. Έχει ποτέ πέσει ο ασθενής θύμα βίας;

6. Έχει παρουσιάσει ποτέ προβλήματα με το νόμο;
7. Υπάρχει κάποια διάγνωση διαταραχής προσωπικότητας ή συμπεριφοράς;
8. Υπάρχει ιστορικό κατάχρησης ουσιών;

Οι ερωτήσεις που μπορούν να ερωτηθούν στα πλαίσια της ιατρικής διερεύνησης είναι:

1. Τι συνέβη; Που και με ποιον συνέβη; Γιατί βρίσκεσαι εδώ; Ποιος αποφάσισε ότι χρειάζεσαι βοήθεια;
2. Αυτή την εποχή σε βασανίζουν σκέψεις βίας; Υπάρχει κανείς που θα ήθελες να βλάψεις; Μήπως σε απασχολεί έντονα με ποιο τρόπο θα τις ελέγξεις;
3. Είχες ποτέ προβλήματα στον έλεγχο του θυμού; Βρίσκεσαι μπλεγμένος σε καυγάδες;
4. Έχεις ποτέ τη διάθεση να πληγώσεις κάποιον; Πώς αντιδράς όταν σε προσβάλλουν;
5. Φέρθηκες ποτέ βίαια σε κάποιον; Για ποια αιτία; Προξένησες τραυματισμό; Τι ένιωθες πριν από αυτό; Πώς ένιωσες μετά;
6. Έχεις τραυματίσει ποτέ κάποιο άτομο; Με ποιο τρόπο;
7. Έχεις όπλο; Έχεις σκεφτεί ποτέ να αγοράσεις όπλο; Για ποιο λόγο;
8. Έχεις συλληφθεί ποτέ;
9. Έχεις ποτέ νοσηλευτεί επειδή παρουσίαζες βίαιη συμπεριφορά; Σου χορηγήθηκε θεραπεία για το πρόβλημα αυτό; Πόσο διάστημα πήρες τη θεραπεία;
10. Βλέπεις στα όνειρά σου σκηνές βίας; Κάνε περιγραφή κάποιων βίαιων θεμάτων που έχεις δει.
11. Νομίζεις ότι χρησιμοποιείς βίαιη συμπεριφορά για να επιλύεις τα προβλήματά σου;
12. Πιστεύεις ότι οι άλλοι σε θεωρούν επικίνδυνο άτομο;

Επειδή οι ασθενείς συχνά είναι απρόθυμοι να δώσουν ειλικρινείς πληροφορίες χρειάζεται να παίρνουμε πληροφορίες από άλλες πηγές. Έτσι παρατηρούμε την ψυχοκινητικότητά του: την έκφραση του προσώπου του, τη στάση του σώματός του, τη θέση του σώματός στο χώρο, πόσο αντέχει το πλησίασμα των άλλων, πώς επικοινωνεί με τους άλλους κ.λ.π.. Από άτομα του οικείου περιβάλλοντος αναζητούμε πληροφορίες για τη συμπεριφορά του και για την ύπαρξη λεκτικών απειλών. Χρήσιμες πληροφορίες παίρνουμε επίσης από το προηγούμενο ιστορικό του ασθενούς.

Κατά την αντιμετώπιση του βίαιου ασθενούς πάντα δίνουμε προτεραιότητα στην αντιμετώπιση της βίαιης συμπεριφοράς. Αφού εξασφαλίσουμε την ασφάλεια του ασθενούς και του νοσηλευτικού προσωπικού συνεχίζουμε μετά τη θεραπεία του ασθενούς με βάση τη νόσο που παρουσιάζει.

Το πρώτο μέλημα του γιατρού που βρίσκεται αντιμέτωπος με ένα βίαιο, επιθετικό ασθενή είναι να ελέγξει απόλυτα την κατάσταση του ασθενή και του περιβάλλοντος ώστε να προφυλαχθούν οι άλλοι ασθενείς και το προσωπικό και να αποφευχθεί η επιπλέον εκδήλωση της βίαιης συμπεριφοράς. Η φυσική παρουσία ανδρών νοσηλευτών στρατιωτών ή στρατονόμων που μπορούν να ενεργήσουν κατασταλτικά συντελεί στην αποφυγή των εκδηλώσεων βίας.

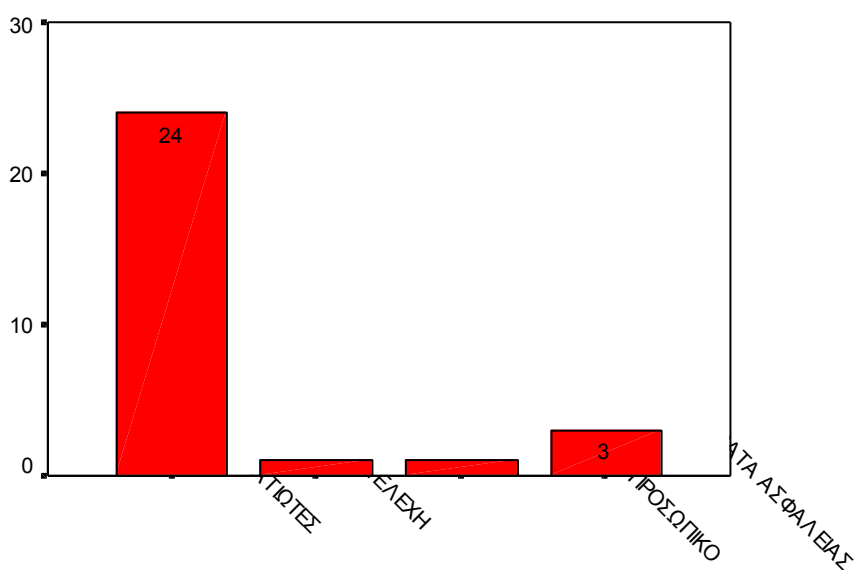
Ο γιατρός φροντίζει να μην δίνει υποσχέσεις στον ασθενή, διατηρεί όμως μια θέση κατανόησης, συνεργασίας και διαλλακτικότητας. Κρατά ικανοποιητική απόσταση από τον ασθενή, αφήνοντας ελεύθερο τον ζωτικό χώρο που απαιτείται ώστε να αισθάνεται ασφαλής τόσο ο ασθενής όσο και ο ίδιος. Αφήνει μια διέξοδο για τον ασθενή πάντα ανοιχτή και ποτέ δεν φράζει την έξοδο του από το δωμάτιο συνέντευξης. Αποφεύγει την άμεση οπτική επαφή με το βλέμμα και είναι αποφαστικός, κατηγορηματικός στις υποδείξεις του, αποφεύγοντας την προκλητικότητα και την αντιπαράθεση.

Η παρούσα εργασία προσπαθεί να δώσει απαντήσεις για τα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Ποιο είναι το προφίλ του ασθενή που υποβάλλεται σε κλινοστατικό περιορισμό (Ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς, ιστορικό στράτευσης, διάγνωση εισαγωγής και εξιτηρίου).
2. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της νοσηλείας (τρόπος εισαγωγής, χρόνος έναρξης καθήλωσης, τρόπος αποκαθήλωσης, ημέρες νοσηλείας και συνολικό αριθμό ημερών σε κλινοστατικό περιορισμό, θεραπευτική αντιμετώπιση).
3. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά της βίαιης συμπεριφοράς που οδήγησε στον κλινοστατικό περιορισμό.

Μέθοδος

Κατά τη διάρκεια ενός έτους από τον Μάιο 1999 έως τον Μάιο 2000 συνέβησαν 29 επεισόδια κλινικοστατικού περιορισμού στη ψυχιατρική κλινική του 414 ΣΝΕΝ από τους 778 νοσηλευθέντες (ποσοστό 3,7%). Το δείγμα αποτελείται κατά κύριο λόγο από στρατιώτες ($f=24$) και δευτερευόντως από στελέχη, πολιτικό προσωπικό και προσωπικό σωμάτων ασφαλείας ($f=5$), όπως φαίνεται στο Σχήμα 1. Η πλειοψηφία των στρατιωτών ήταν ηλικίας 19 - 22 ετών ενώ η διάμεσος της ηλικίας για το σύνολο του δείγματος ήταν 20,0. Οι περισσότεροι ασθενείς του δείγματος είχαν συμπληρώσει ένα μήνα θητείας.

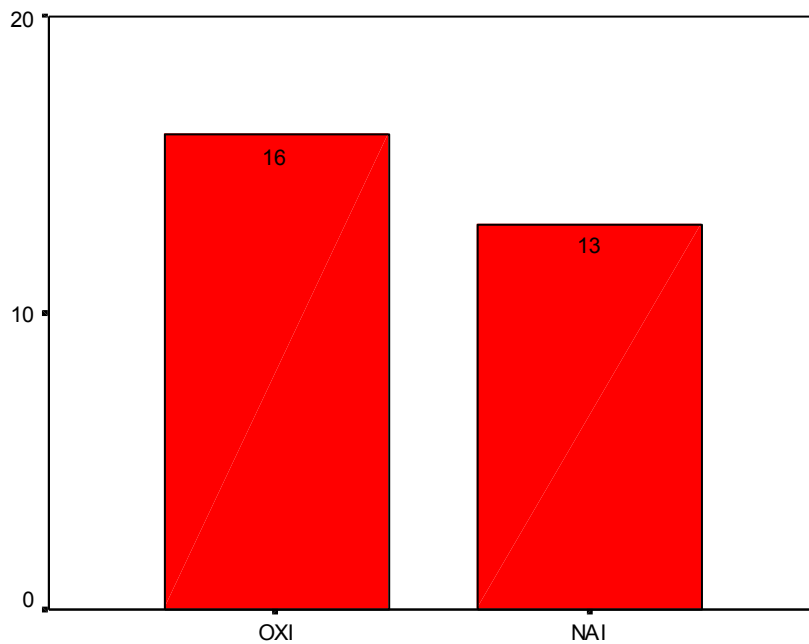


ΣΧ. 1. ΙΔΙΟΤΗΤΑ

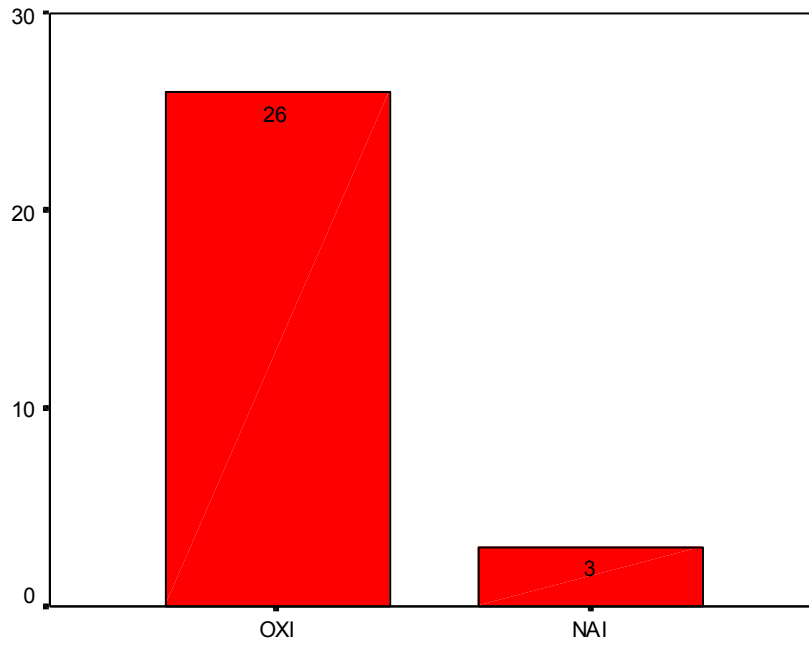
Τα δεδομένα αντλήθηκαν από το υλικό των ασθενών της ψυχιατρικής κλινικής όπως έχει καταγραφεί στο βιβλίο εισόδου-εξόδου, στο βιβλίο νοσηλείας και στους ατομικούς φακέλους με τη χρήση αυτοσχέδιας μήτρας με τα ζητούμενα στοιχεία. Τα δεδομένα συνελλέγησαν καθ'όλο το διάστημα της παρατήρησης και υποβλήθηκαν σε ανάλυση με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή.

Ευρήματα - Ερμηνεία ευρημάτων

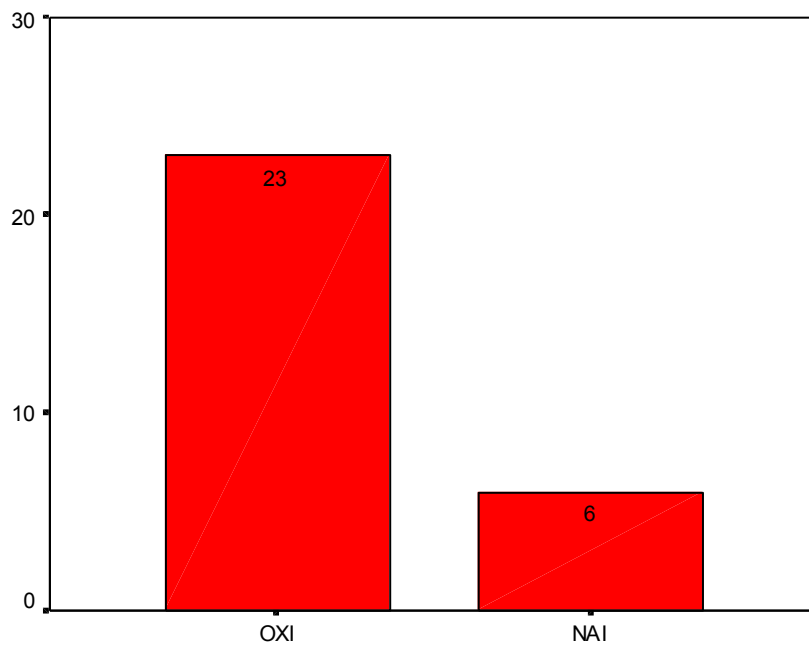
Στο Σχήμα 2 παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στοιχεία που αφορούν την ύπαρξη βίαιας ή παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς στο ατομικό ιστορικό. Τέτοια συμπεριφορά διαπιστώθηκε στο 45% των εξετασθέντων περιπτώσεων. Αναλυτικότερα: η ύπαρξη στο ιστορικό κλοπών, βίαιων εκδραματίσεων και χρήσης αλκοόλ εμφανίζονται σε χαμηλή συχνότητα(βλ. Σχήματα 3,5,6) ενώ κάπως αυξημένη φαίνεται να είναι η συχνότητα της χρήσης ουσιών(βλ. Σχήμα 4). Η ύπαρξη βίας στην οικογένεια εμφανίζει ακόμη χαμηλότερη συχνότητα(βλ. Σχήμα 7).



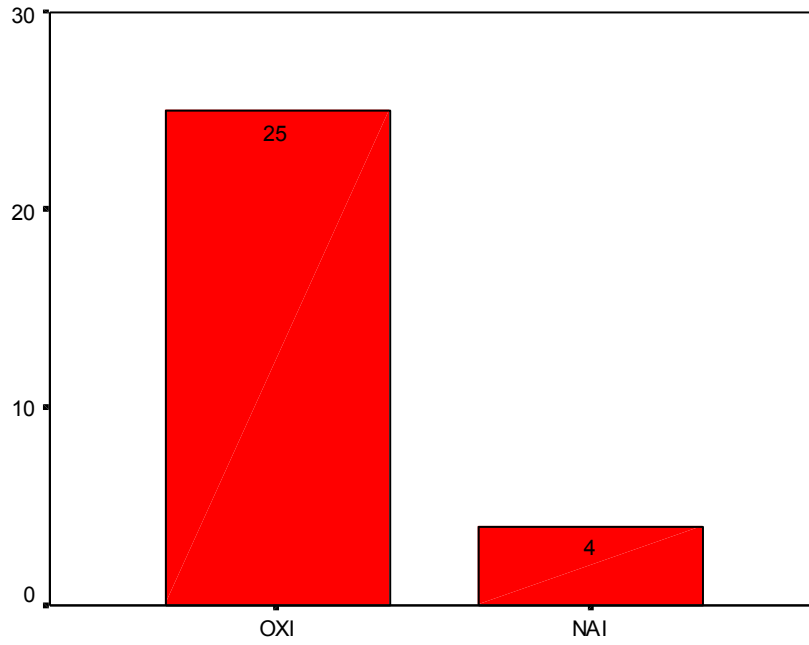
ΣΧ. 2. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΒΙΑΙΩΝ - ΠΑΡΕΚΚΛΙΝΟΥΣΩΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ



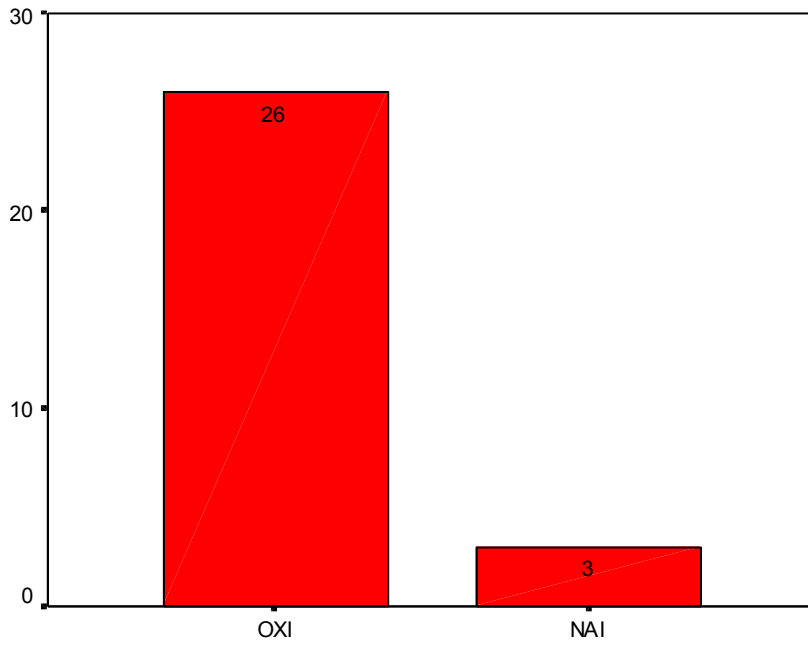
ΣΧ. 3. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ



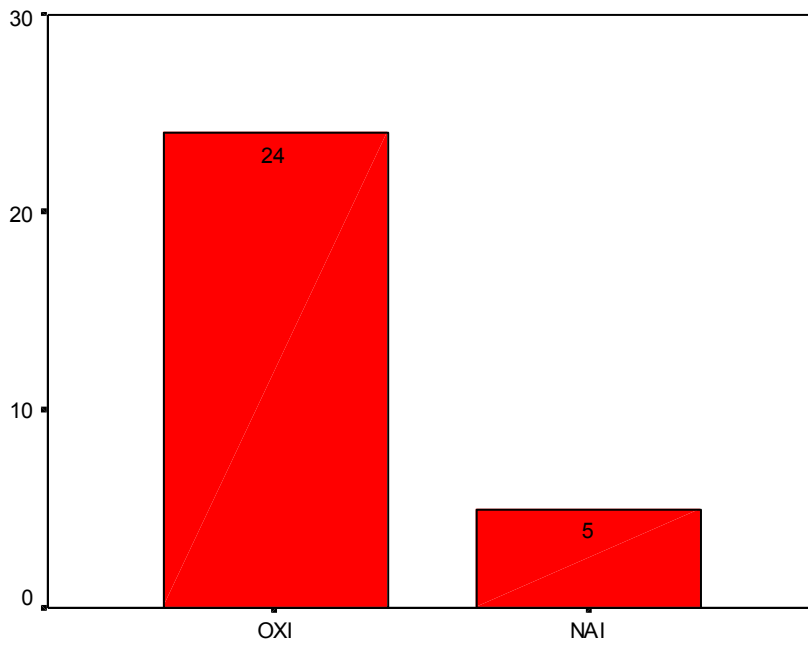
ΣΧ. 4. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΧΡΗΣΗΣ ΟΥΣΙΩΝ



ΣΧ. 5. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΛΟΠΩΝ

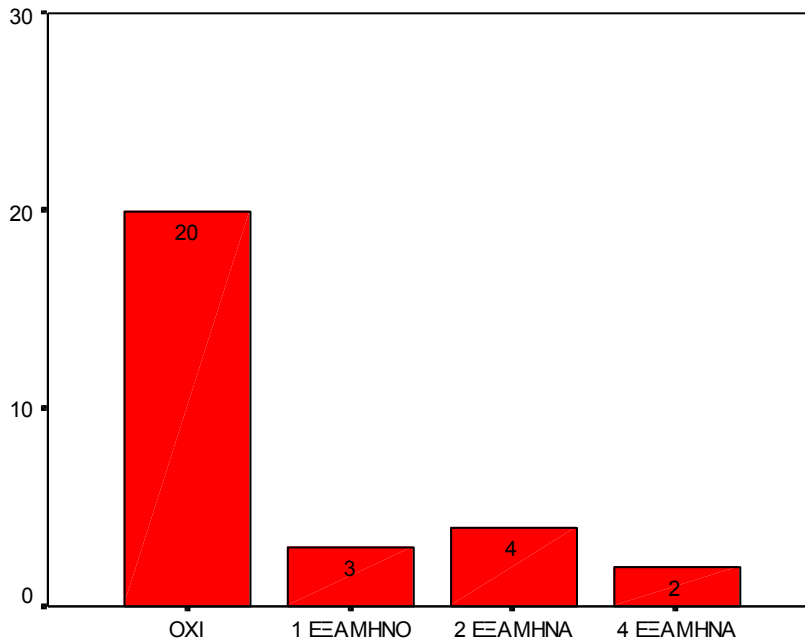


ΣΧ. 6. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΒΙΑΙΩΝ ΕΚΔΡΑΜΑΤΙΣΕΩΝ

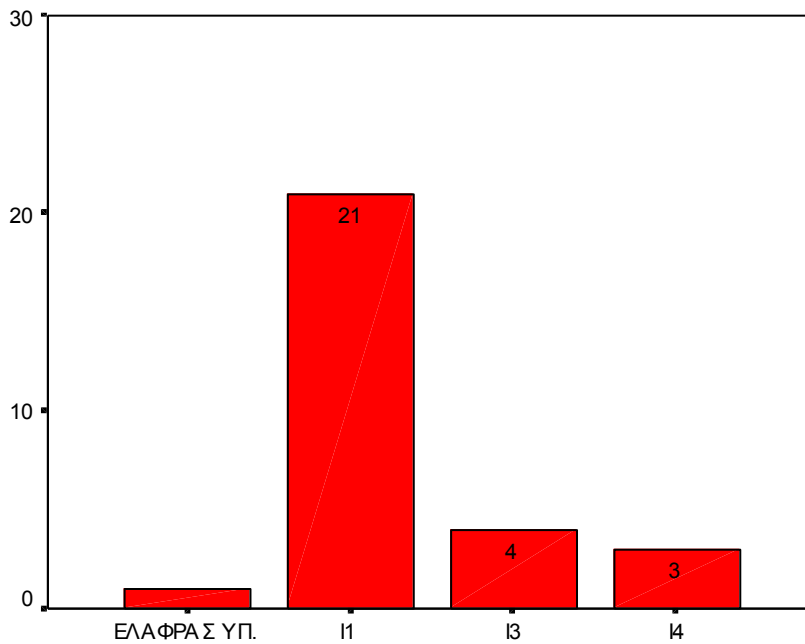


ΣΧ. 7. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΒΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Από το ιστορικό στράτευσης φαίνεται ότι η πλειοψηφία των ασθενών που υπεβλήθησαν σε κλινοστατικό περιορισμό δεν είχαν λάβει αναβολή (βλ. Σχήμα 8) και είχαν κριθεί ικανοί πρώτης κατηγορίας ως προς τη σωματική τους ικανότητα (βλ. Σχήμα 9).

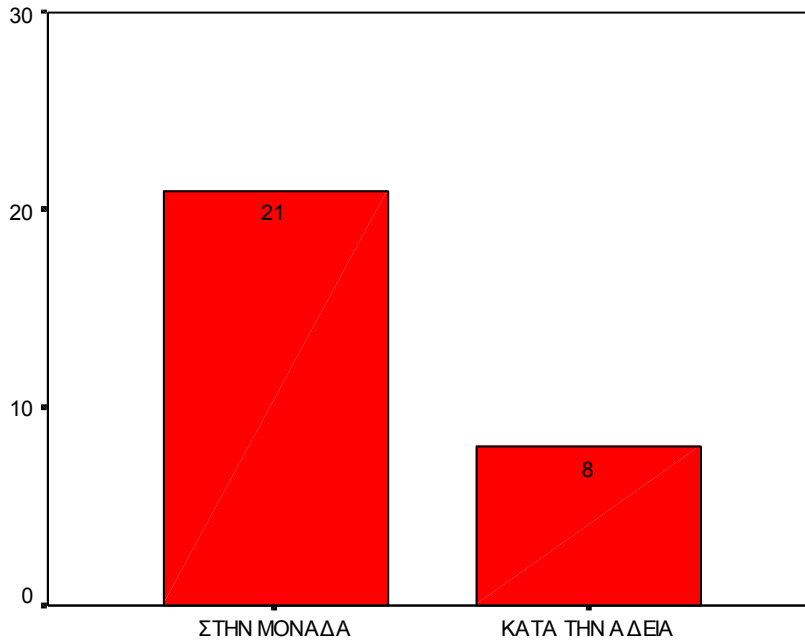


ΣΧ. 8. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΝΑΒΟΛΩΝ

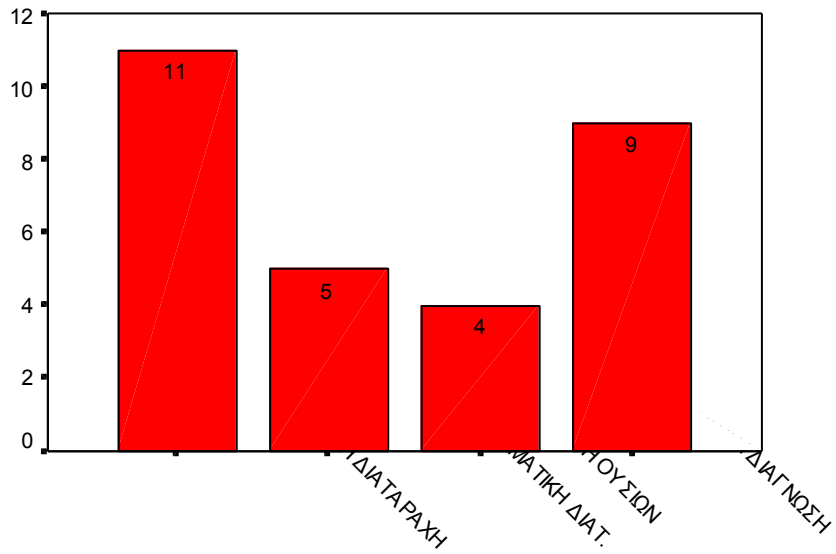


ΣΧ. 9. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

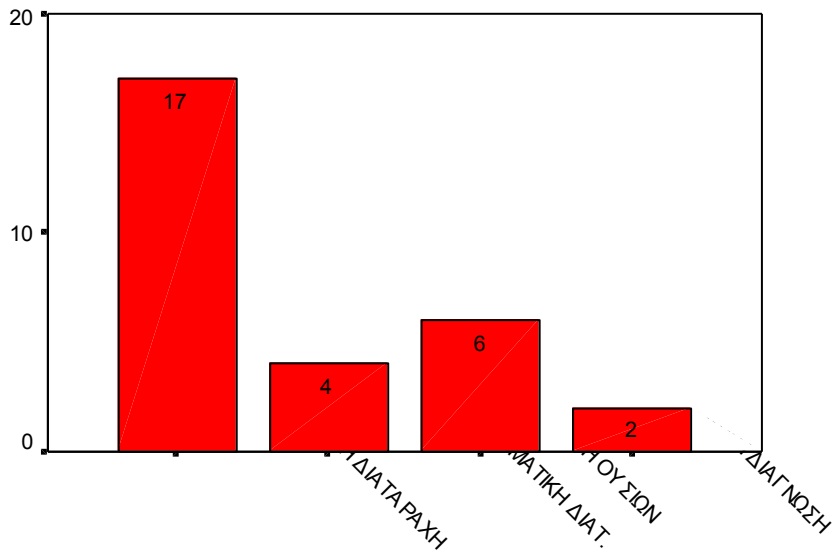
Τα εκλυτικά αίτια αποδίδονται κυρίως στις συνθήκες διαβίωσης στη Μονάδα όπου εκδηλώθηκε η όποια ψυχοπαθολογία (βλ. Σχήμα 10). Στα Σχήματα 11 και 12 φαίνονται οι κατηγορίες διαγνώσεων εισαγωγής και εξιτηρίου αντίστοιχα. Η ψυχωτική διαταραχή δείχνει να είναι το συχνότερο αίτιο εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς και ακολουθούν με μικρότερη συχνότητα η χρήση ουσιών και οι συναισθηματικές διαταραχές.



ΣΧ. 10. ΕΝΤΟΠΙΣΗ ΕΚΛΥΤΙΚΟΥ ΑΙΤΙΟΥ

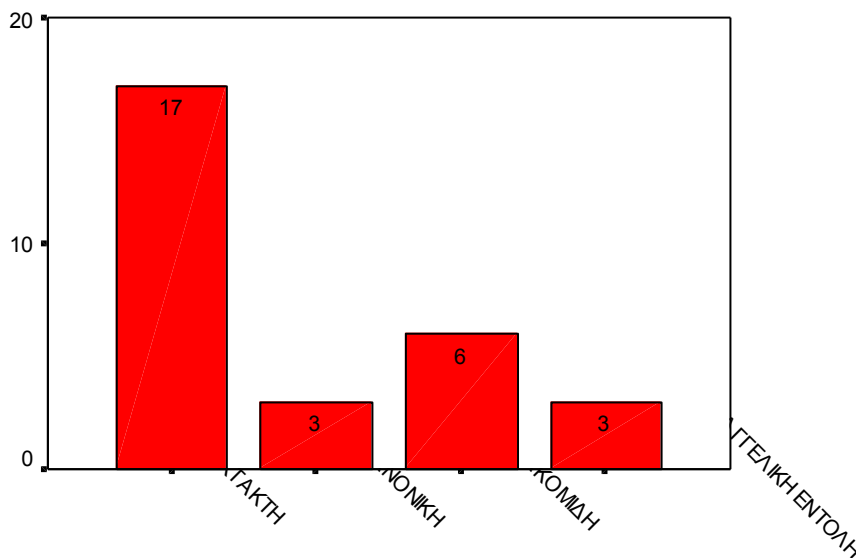


ΣΧ. 11. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

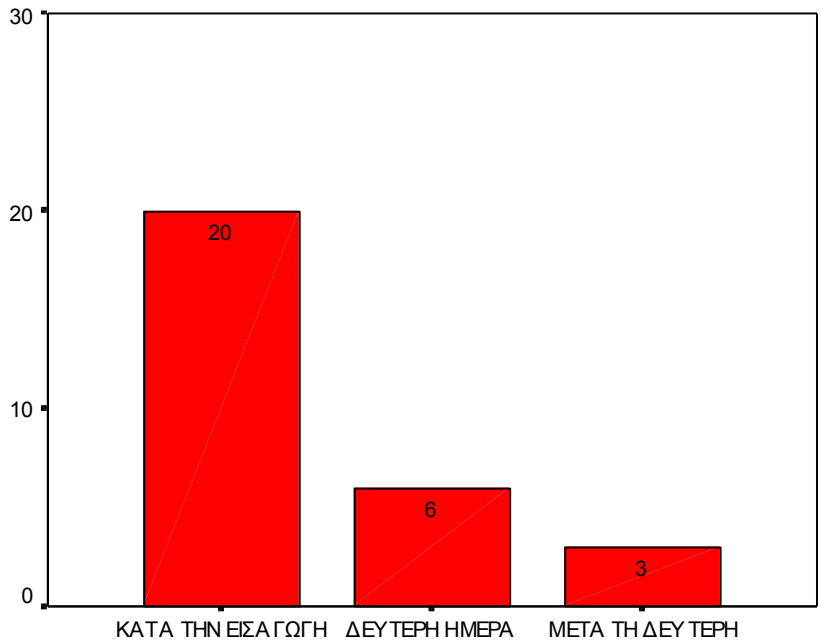


ΣΧ. 12. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΕΞΙΤΗΡΙΟΥ

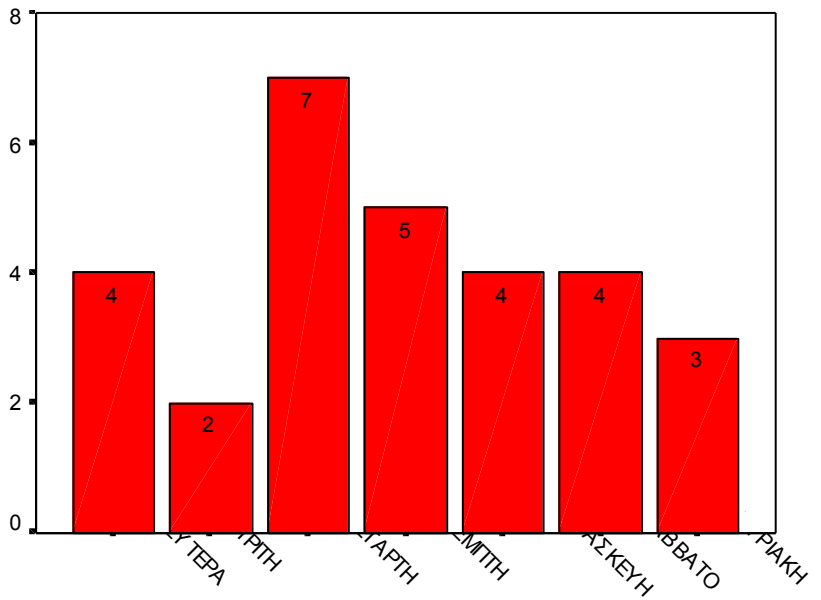
Αναφορικά με τον τρόπο εισαγωγής ο πιο συχνός τρόπος είναι η έκτακτη εισαγωγή (βλ. Σχήμα 13). Οι περισσότεροι κλινοστατικοί περιορισμοί εφαρμόστηκαν κατά την ημέρα εισαγωγής (βλ. Σχήμα 14). Σε σχέση με την ημέρα της εβδομάδας δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια ιδιαίτερη σχέση (βλ. Σχήμα 15). Ως προς τον τρόπο αποκαθίλωσης ο προοδευτικός τρόπος αποκαθίλωσης φαίνεται να είναι ο πιο συχνός (βλ. Σχήμα 16). Σχετικά με τη διοικητική αντιμετώπιση πιο συχνά χορηγήθηκε εξαμηνιαία αναβολή και με μικρότερη συχνότητα ετήσια αναβολή και αλλαγή σωματικής ικανότητας με ταυτόχρονη χορήγηση αναρρωτικής άδειας (βλ. Σχήμα 17). Ο μέσος όρος της συνολικής διάρκειας της νοσηλείας για τους ασθενείς του δείγματος ήταν 15,1 ημέρες, ενώ ο μέσος όρος των ημερών σε κλινοστατικό περιορισμό ήταν 5,5.



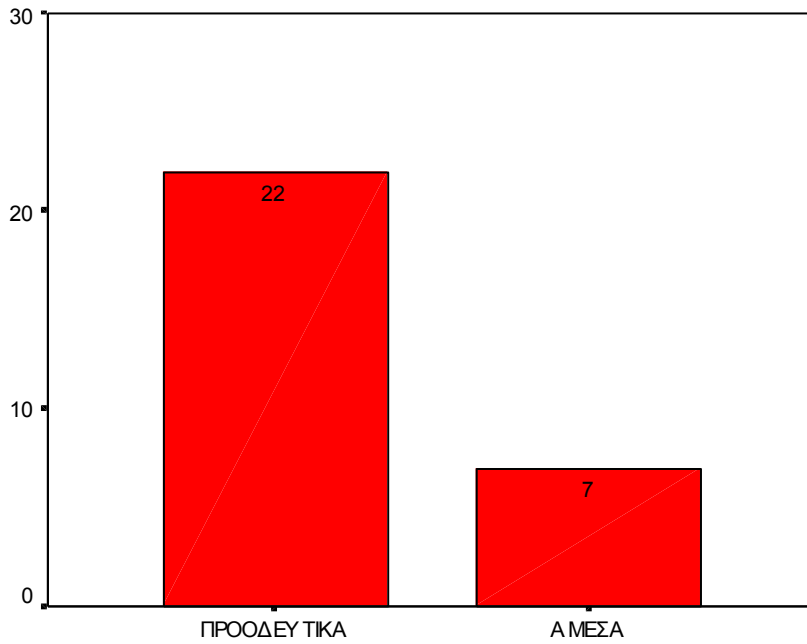
ΣΧ. 13. ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ



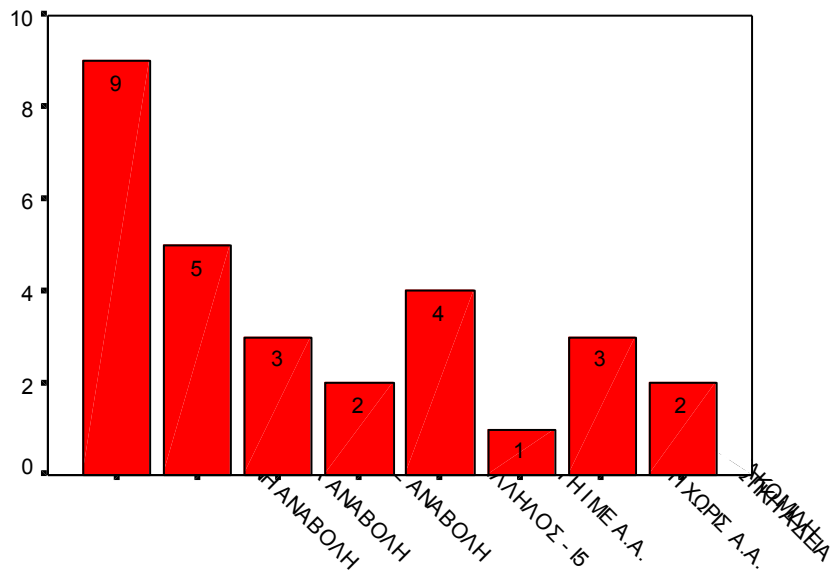
ΣΧ. 14. ΕΝΑΡΞΗ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ - ΗΜΕΡΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ



ΣΧ. 15. ΗΜΕΡΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ

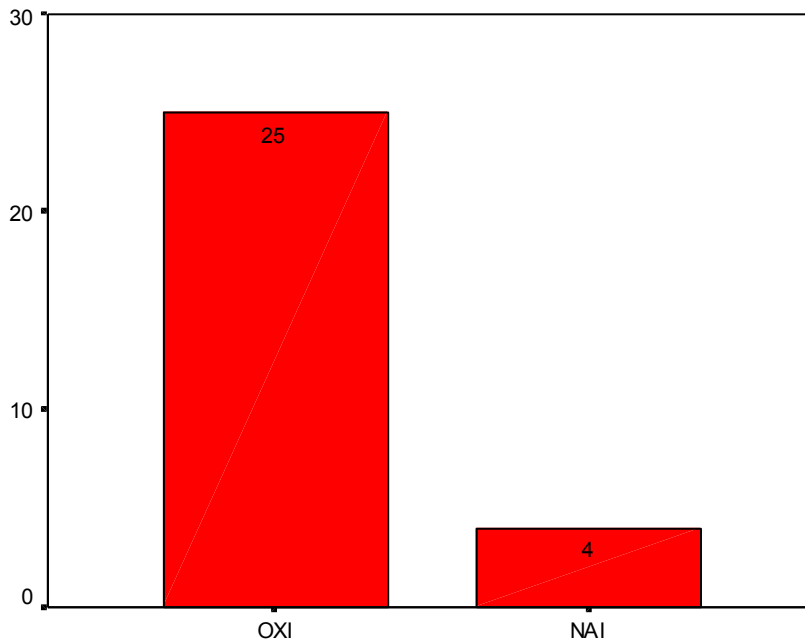


ΣΧ. 16. ΤΡΟΠΟΣ ΑΠΟΚΑΘΗΛΩΣΗΣ

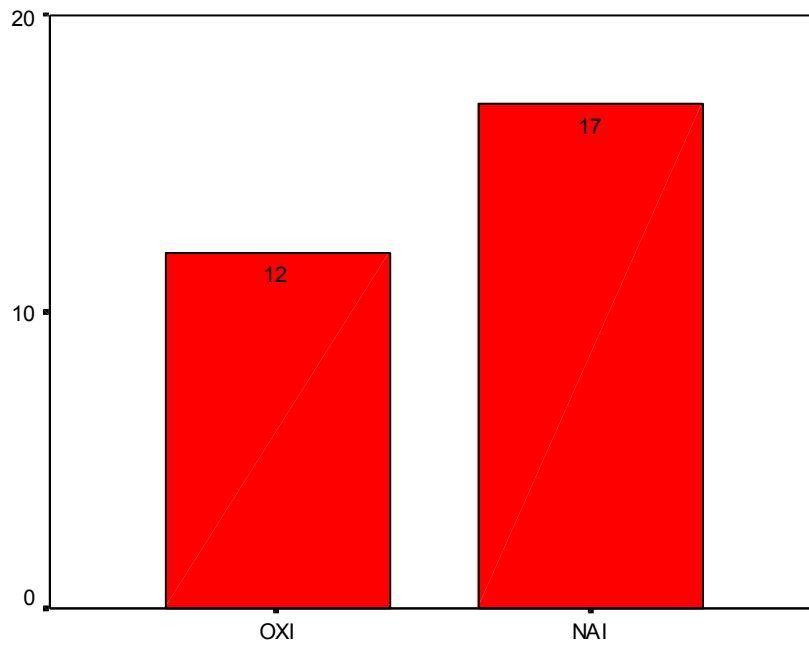


ΣΧ. 17. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

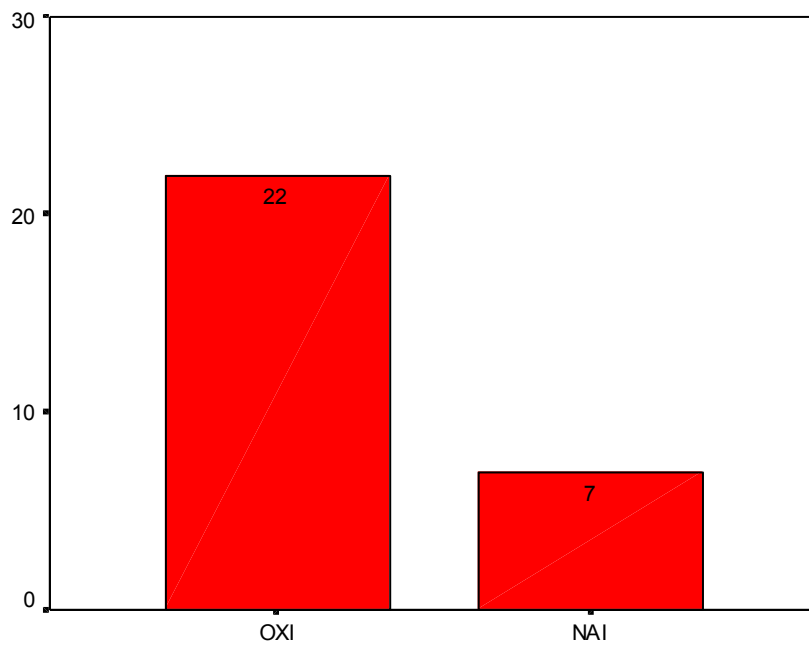
Ως προς τα χαρακτηριστικά της βίαιης συμπεριφοράς που οδήγησαν στον κλινοστατικό περιορισμό καταγράφηκαν τα εξής: Στην πλειονότητα των περιπτώσεων υπήρχε λεκτική επιθετική συμπεριφορά (βλ. Σχήμα 19). Σε λιγότερες περιπτώσεις εμφανίστηκε βίαιη συμπεριφορά (βλ. Σχήμα 20), αυτοκαταστροφική πράξη (βλ. Σχήμα 18) και άλλη αιτία (βλ. Σχήμα 21).



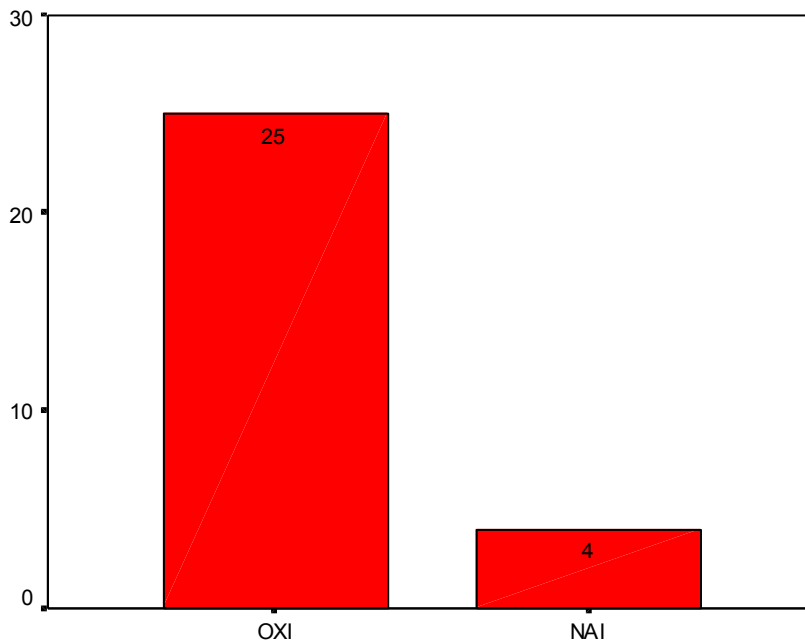
ΣΧ. 18. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ - ΑΥΤΟΚΑΤΑΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ



ΣΧ. 19. ΛΕΚΤΙΚΗ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ



ΣΧ. 20. ΒΙΑΙΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ



ΣΧ. 21. ΑΛΛΗ ΑΙΤΙΑ ΚΑΘΗΛΩΣΗΣ

Με βάση τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε τα εξής:

1. Η ψυχωτική διαταραχή ήταν το συχνότερο αίτιο εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς και ακολούθως η χρήση ουσιών και οι συναισθηματικές διαταραχές. Επομένως η διάγνωση είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας και προσδιορίζει ποιοι ασθενείς δυνητικά μπορεί να παρουσιάσουν εκδηλώσεις βίας.
2. Οι περισσότεροι κλινοστατικοί περιορισμοί έγιναν εκτάκτως, κατά την εισαγωγή, σε άτομα που δεν είχαν πάρει κατά το παρελθόν αναβολή και ήταν πρώτης κατηγορίας σωματικής ικανότητας. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι το στρατιωτικό δείγμα ήταν επιλεγμένο καθώς άτομα με ήδη διαγνωσμένες ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις είχαν απομακρυνθεί από το Στρατό αμέσως μετά την κατάταξή τους.
3. Η σημασία της προϋπαρξής βίαιης ή παρεκκλίνουσας συμπεριφοράς για την πρόρρηση βίας περιορίζεται κατά κάποιο τρόπο (45%) λόγω ακριβώς του ποιοτικά από ψυχικής απόψεως ξεκαθαρισμένου υλικού μετά την κατάταξη.

Διαφαίνεται τελικά ότι η βραχυπρόθεσμη πρόρρηση "επικινδυνότητας" είναι δυνατή σε μια οξεία θεραπεία όταν δίδεται προσοχή σε μεταβλητές διαγνωστικές, στρατολογικές και από το ιστορικό.

