Φυσικός Περιορισμός και Άσκηση Εξουσίας. Το παράδειγμα του Κλινοστατικού Περιορισμού στα πλαίσια της Ψυχιατρικής Κλινικής Πράξης

Δρ. Τριανταφύλλου Θεώνη-Φανή, *Κλινικός Ψυχολόγος,* **Δρ. Γιωτάκος Ορέστης,** *Ψυχίατρος,*
Γούλα Παρασκευή, *Ψυχολόγος (ΕΛΑΣ),* **Πανυπέρης Αχιλλέας,***Νευρολόγος*

Σε διάστημα πέντε (5) ετών διενεργήθηκε **έρευνα σε δείγμα ψυχιατρικών ασθενών οι οποίοι, στο ιστορικό των νοσηλειών τους, έχουν υποστεί μηχανική καθήλωση** (κλινοστατικό περιορισμό). **Η έρευνα βρίσκεται σε εξέλιξη σε ό,τι αφορά την επεξεργασία των δεδομένων, αλλά και είναι συνεχιζόμενη καθώς στόχος μας είναι η αύξηση του δείγματος.**

Η **φύση της έρευνας είναι περιγραφική** και πυρηνικοί της **στόχοι** είναι:

α) *η ποιοτική διερεύνηση του βιώματος της μηχανικής καθήλωσης από τους ασθενείς* (πβ. Frueh et al., 2005) και

β) *η γνωσία τους, πλέον, για το συμβάν σε δύο συνθήκες, δηλαδή στην περίπτωση που πραγματοποιήθηκε και στην περίπτωση που δεν πραγματοποιήθηκε γνωστική και συναισθηματική αναπλαισίωση του βιώματος* αυτού (πβ. Wynn, 2004).

Ταυτόχρονα προσδιορίστηκαν: *δημογραφικές μεταβλητές, η διάγνωση εξόδου τους από κάθε νοσηλεία, ο αριθμός νοσηλειών, ο αριθμός καθηλώσεων που υπέστη ο κάθε ασθενής σε συσχέτιση με την κάθε νοσηλεία του, οι συνθήκες και ο χρόνος καθήλωσης, η σχέση με τους φροντιστές τους, η γνωσία της οικογένειάς τους για το συμβάν.*

Η διερεύνηση των παραπάνω πραγματοποιήθηκε *με τη μέθοδο της ημι-δομημένης συνέντευξης και της χρήσης ερωτηματολογίου.*

Το μέχρι στιγμής **δείγμα** αποτελούν 51 ψυχιατρικοί ασθενείς, 48 άνδρες και 3 γυναίκες. Μ.Ο. Ηλικίας: 35,4 έτη. Οι 31 από αυτούς έχουν νοσηλευτεί σε Δημόσιο Ψυχιατρικό Ίδρυμα, οι 8 έχουν νοσηλευθεί στην ψυχιατρική κλινική του 414 Στρατιωτικού Νοσοκομείου Ειδικών Νοσημάτων, και οι 12 έχουν νοσηλευθεί σε Ιδιωτική Ψυχιατρική Κλινική της Αλλοδαπής. Σε μια **ιεράρχηση των διαγνώσεων που έλαβαν** (βάσει δηλαδή της Διάγνωσης Εξόδου του κάθε περιστατικού από την κλινική στην οποία νοσηλεύτηκε): οι 30 έλαβαν ως διάγνωση «σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου», οι 14 «ψυχωτική συνδρομή», οι 5 «διπολική διαταραχή» και 2 πήραν εξιτήριο χωρίς διάγνωση.

Σε ό,τι αφορά συγκεκριμένα την ποιότητα του βιώματος της καθήλωσης και της γνωσίας που έχει πλέον εγκαθιδρυθεί, παραθέτουμε τα ακόλουθα.

Ζητήθηκε από τους ασθενείς:

1. Να χρησιμοποιήσουν λέξεις που να εκφράζουν τα συναισθήματά τους (στο βαθμό που μπορούν να θυμηθούν) κατά τη διάρκεια της καθήλωσης (πβ. Wynn, 2004· Chien, Chan, Lam, Kam, 2005). Σαφώς και είναι πολύ πιθανές οι ανακατασκευές της μνήμης τους, όμως τους δόθηκε να καταλάβουν ότι χρειάζεται να αναφέρουν με κάποιες λέξεις ή εκφράσεις το «συμπυκνωμένο» συναίσθημα κατά τη διάρκεια της καθήλωσης και όχι, ετεροχρονισμένα, το συναίσθημα που βιώνουν τώρα για το συμβάν. Ας σημειώσουμε εδώ ότι σε συσχέτιση με τις απαντήσεις που έδωσαν στην 4η κατηγορία (βλ. πιο κάτω) φαίνεται ότι όλοι οι εξεταζόμενοι κατανόησαν πλήρως τη διαφορά του να αναφερθούν συμπυκνωμένα στο συναίσθημά τους εκείνη τη στιγμή (όσοι είχαν μνήμη βεβαίως) και στο συναίσθημα που τώρα πλέον ετεροχρονισμένα βιώνουν.
2. Να συμπληρώσουν με όσες εναλλακτικές προτάσεις τους έρχονται στη σκέψη, μια «ανοιχτή» πρόταση του τύπου: «Το να σε δένουν με ιμάντες στο κρεβάτι είναι σαν ...»
3. Να αναφερθούν στη στάση όσων τους φρόντισαν: κατά τη διάρκεια του κλινοστατικού περιορισμού (πβ. Chien, Chan, Lam, Kam, 2005) και μετά την αποκαθήλωση σε σχέση με το συγκεκριμένο γεγονός (αν δηλαδή υπήρξε συζήτηση ή κάποια επεξεργασία του ζητήματος με το προσωπικό ή/και τους άλλους νοσηλευομένους).
4. Να τοποθετηθούν επάνω στο πώς αντιλαμβάνονται και πως αισθάνονται σε αυτή πλέον, την παρούσα φάση της ζωής τους, για το γεγονός ότι υπέστησαν καθήλωση.
5. Να δηλώσουν γενικότερα την προσωπική τους άποψη για την τεχνική της μηχανικής καθηλώσεως μετά από την εμπειρία που είχαν.

Ως πρόδρομα στοιχεία που προκύπτουν μέχρι στιγμής, προεξάρχουν:

1. Για την πρώτη κατηγορία, δηλαδή το συναίσθημα που μπορούν να θυμηθούν και να αναφέρουν κατά τη διάρκεια της καθήλωσης: «τρόμος», «φόβος», «εφιαλτικά», «κατεδάφιση», «ισοπέδωση», «αβοήθητος», «θυμός» (ιεραρχικά, σε συχνότητα εμφάνισης).
2. Στην ανοιχτή πρόταση: «Το να σε δένουν στο κρεβάτι είναι σαν ...», οι εκφράσεις που προεξάρχουν (ιεραρχικά) είναι: «…σαν να πεθαίνεις», «…σαν να σε βιάζουν», «…σαν να γκρεμίζεται το σπίτι σου», «…σαν να καίγεται το σπίτι σου» (αξίζει εδώ να συνδέσουμε σημαίνον και σημαινόμενο: το σπίτι είναι ο εαυτός!)
3. Στην ερώτηση αν υπήρχε επεξεργασία μετά το συμβάν, οι 26 από τους ερωτώμενους, αναφέρουν ότι δεν βοηθήθηκαν στην επεξεργασία του βιώματος αυτού.

Αναπλαισίωση, είχαμε σε 25 περιπτώσεις (7 από τους 8 ασθενείς οι οποίοι έχουν νοσηλευθεί στην ψυχιατρική κλινική του 414 ΣΝΕΝ και 18 από τους 31 ασθενείς που έχουν νοσηλευθεί σε Δημόσιο Ψυχιατρικό Ίδρυμα).

Κατά την συνέντευξη με τους συγκεκριμένους ασθενείς, προέκυψε ότι με τη συνδρομή των θεραπόντων ιατρών, των ψυχολόγων και του νοσηλευτικού προσωπικού, πραγματοποιήθηκε επεξεργασία του βιώματος της «καθήλωσης» και επιτεύχθηκε γνωστική και συναισθηματική αναπλαισίωση. Η καταλυτική σημασία των θεραπευτικών ομάδων τονίστηκε ιδιαίτερα από τους ασθενείς που είχαν νοσηλευθεί στο 414 ΣΝΕΝ, όπου λειτουργούσαν ομαδικές συνεδρίες στα πλαίσια θεραπείας περιβάλλοντος (Millieu Therapy).

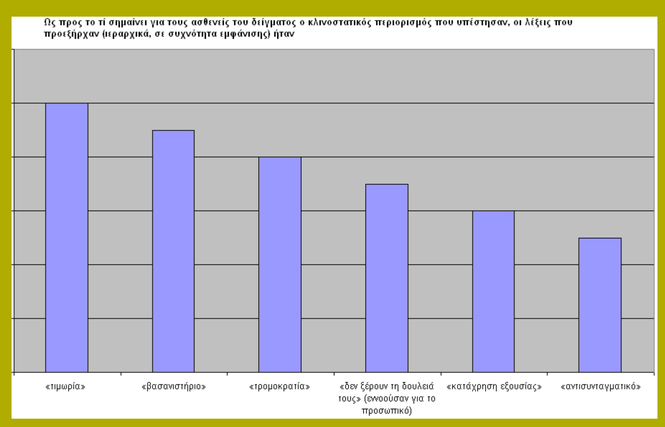
4. Ως προς το τί σημαίνει για τους ασθενείς του δείγματος ο κλινοστατικός περιορισμός που υπέστησαν, οι λέξεις που προεξήρχαν (ιεραρχικά, σε συχνότητα εμφάνισης) ήταν: «τιμωρία», «βασανιστήριο», «τρομοκρατία», «δεν ξέρουν τη δουλειά τους» (εννοούσαν για το προσωπικό), «κατάχρηση εξουσίας», «αντισυνταγματικό».

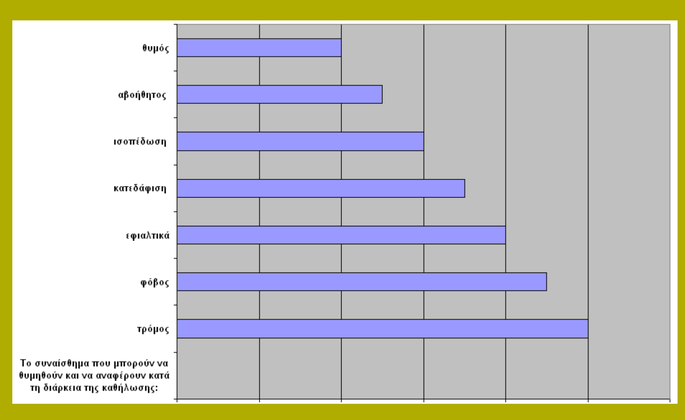
Για τις 25 περιπτώσεις ασθενών που έλαβαν υποστήριξη μετά το συμβάν και επεξεργάστηκαν το βίωμά τους, οι εκφράσεις που προεξήρχαν (ιεραρχικά) ήταν: «αναγκαίο κακό», «δεν μπορούσαν να κάνουν αλλιώς», «παραβίαση του συντάγματος», «απόλυτη παραβίαση».

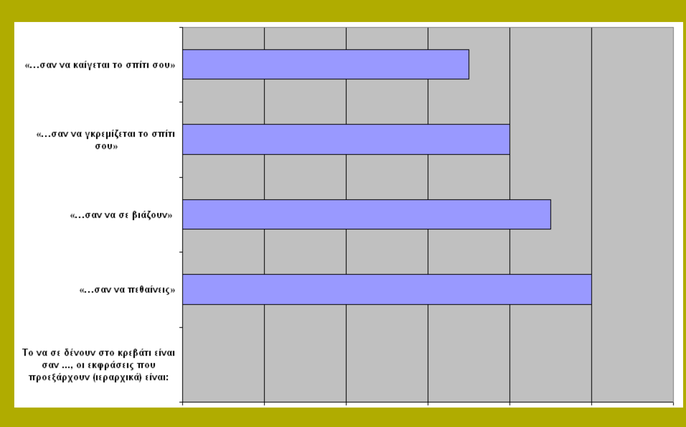
Οι 6 από τους 25 αυτούς ασθενείς και οι 13 από τους υπολοίπους 26 δηλώνουν ότι φοβούνται μια νέα νοσηλεία. Από την οικογένειά τους λαμβάνουν την απειλή της νοσηλείας, υπενθυμίζοντας την καθήλωση («θέλεις να σε ξαναδέσουν;»), σαν μέσο εκφοβισμού, προς συμμόρφωση!

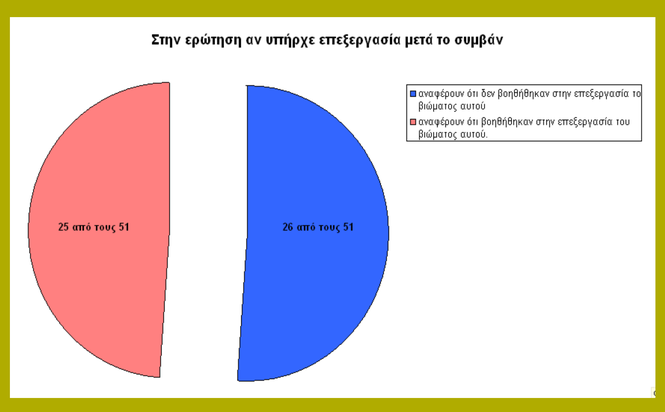
5. Όλοι οι ερωτώμενοι δηλώνουν απολύτως αρνητικοί στην χρήση της τεχνικής του κλινοστατικού περιορισμού και εκφράζουν την άποψη ότι αποτελεί καταπάτηση των δικαιωμάτων του ατόμου και «βασανιστήριο».

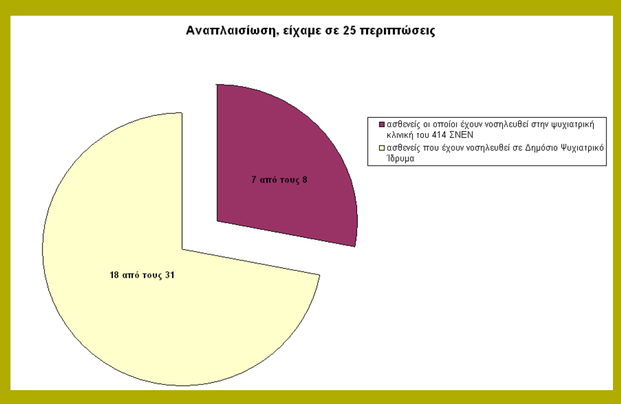
Αναδύθηκε ιδιαίτερος προβληματισμός: Φτάνουμε λοιπόν στο σημείο μέσα από τη γνωστική και συναισθηματική αναπλαισίωση, για τους συγκεκριμένους ασθενείς βέβαια του δείγματός μας, να βλέπουμε ότι εκ των υστέρων δίδεται «άφεση» στην τεχνική που τους «άλωσε»;. Οφείλουμε να πούμε ότι από τις 25 περιπτώσεις που προαναφέρθηκαν είναι ιδιαίτερα σημαντική η απόκριση των 11 που φαίνεται ότι κρίνουν την τεχνική ως «αναγκαίο κακό» (εφόσον, καθώς αναφέρουν, «δεν υπάρχουν ακόμη τα μέσα και το ειδικό προσωπικό») αλλά δεν παύουν ταυτόχρονα, χωρίς πλέον να κατακλύζονται από σφοδρά συναισθήματα (χάρη στην αναπλαισίωση), να δηλώνουν πως πρόκειται για «απόλυτη παραβίαση» των δικαιωμάτων τους και κακοποίηση.

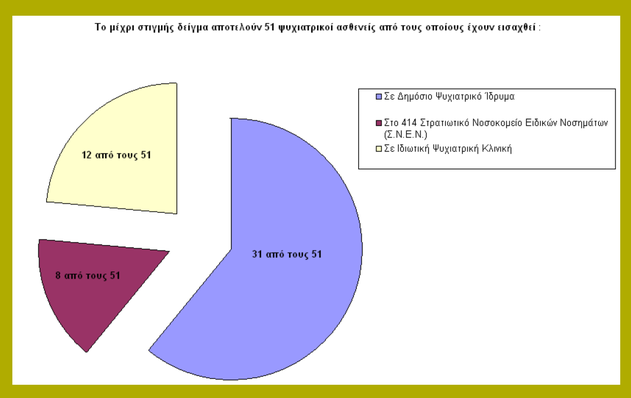


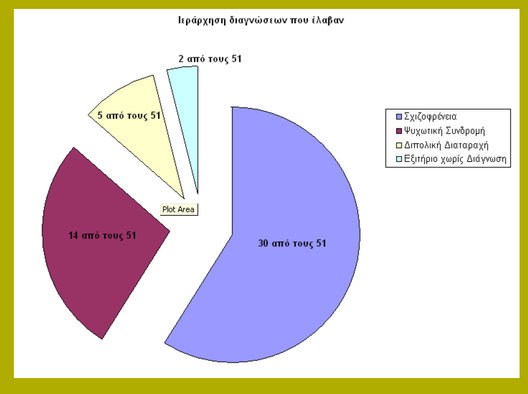












Η ένδειξη για την εφαρμογή της «τεχνικής» του κλινοστατικού περιορισμού δίδεται, συνοπτικά, για περιστατικά που παρουσιάζουν ψυχοκινητική διέγερση και επιθετικότητα και συνακόλουθα απειλείται η σωματική ακεραιότητα του πάσχοντος, ή και άλλων ανθρώπων γύρω του, συμπεριλαμβανομένου βέβαια και του προσωπικού (πβ. Soloff, 1978· Fisher, 1994· Sailas & Wahlbeck, 2005).

Τα τελευταία χρόνια, επιχειρούνται μεταρρυθμίσεις σε ό,τι αφορά τα περιοριστικά μέτρα στα πλαίσια της ψυχιατρικής νοσηλείας καθώς έχουν προκύψει σημαντικά δεδομένα όπως:

1. Θάνατοι καθηλωμένων ασθενών (πβ. Pinninti & Rissmiller, 2001),
2. αυξημένη χρήση της τεχνικής του κλινοστατικού περιορισμού (ακόμη και σε περιπτώσεις που θα μπορούσε να αποφευχθεί) (πβ. Μεγαλοοικονόμου, 2008· Metzner et al., 2007),
3. θεσμοθέτηση των βασικών αρχών τόσο για την προστασία των ατόμων με ψυχικές νόσους (Ψήφισμα 46/119 της Γενικής Συνόδου του Ο.Η.Ε., 17/12/1991), όσο και για την βελτίωση ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ψυχικής υγείας (WHO resource Book on mental health, human rights and legislation, Geneva, 2005· The CPT Standards / European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Strasbourg, 2003),
4. ανάπτυξη οδηγών αντιμετώπισης ασθενών με επικίνδυνη συμπεριφορά (πβ. ενδεικτικά τους οδηγούς για τα ελληνικά δεδομένα : Βαγγελή και συν., 2000· Τετράδια Ψυχιατρικής, 98α, 2007) και
5. απαρτίωση των πρωτοκόλλων εφαρμογής του κλινοστατικού περιορισμού (πβ. ενδεικτικά για τα ελληνικά δεδομένα: Κοκκινάκος, 2007· Τομαράς, 2007).

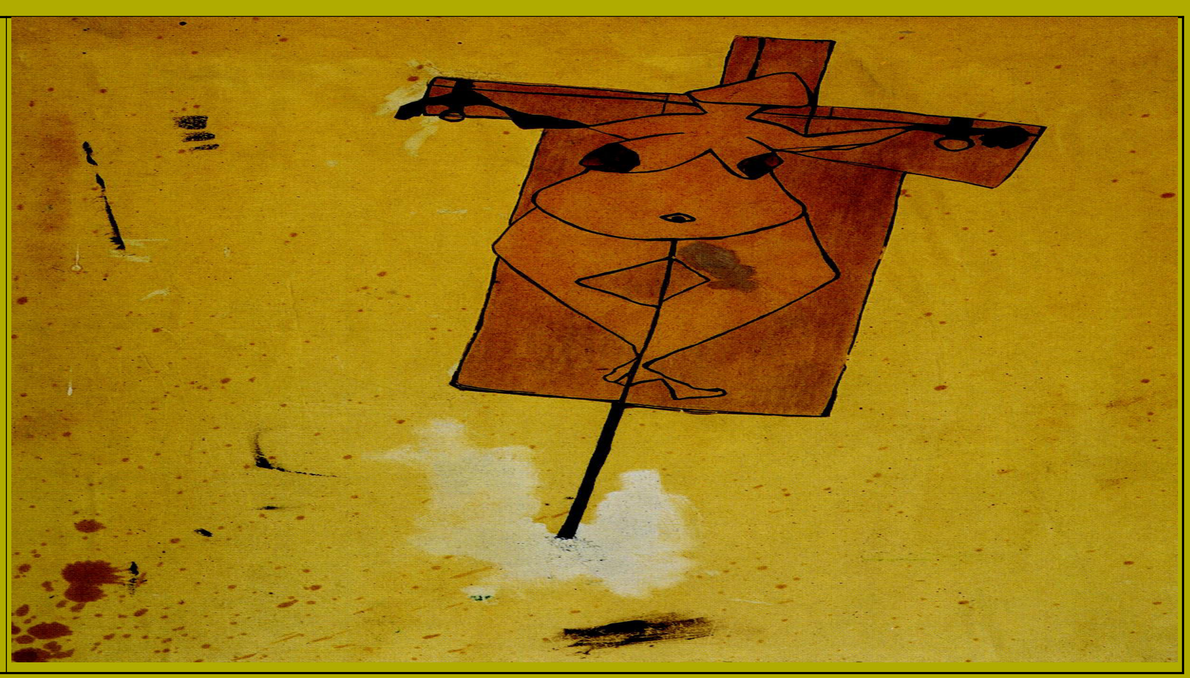
Προβληματίζεται σαφώς κανείς, εφόσον πρόκειται για μεταρρυθμίσεις και οδηγούς που βέβαια ως πρόλογο χρησιμοποιούν «τσιτάτα» περί δικαιωμάτων του ασθενούς, αλλά μπαίνοντας στο κύριο θέμα, «νομιμοποιούν» την ορθή χρήση της τεχνικής του κλινοστατικού περιορισμού, με λεπτομερείς οδηγίες για την «δίκαιη» και «ασφαλή» εξάσκηση της καταστολής, της καταπάτησης των δικαιωμάτων ενός ανθρώπου. Κάτι τέτοιο συνιστά διπλό μήνυμα (πβ. Μεγαλοοικονόμου 2008).

Στο «1ο Ψυχιατρικό Συνέδριο Ανατολικής Ευρώπης και Βαλκανίων» (Θεσ/νίκη, 21-23 Σεπτ. 2007) η Πανελλαδική Συσπείρωση για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση πρότεινε την διακήρυξη της μηχανικής καθήλωσης ως «ποινικό αδίκημα» και όχι τον χαρακτηρισμό της ως «ιατρική πράξη», εφόσον θα μπορούσε να θεωρηθεί από ποινικής πλευράς «βασανιστήριο» και να ενταχθεί στην κατηγορία αδικημάτων τύπου «κακοποίησης» (τόσο σωματικής όσο και ψυχικής).

Ας ελπίσουμε ότι σύντομα θα αναδυθούν οδηγοί και πρωτόκολλα που να αφορούν την οργάνωση και λειτουργία των δομών ψυχικής υγείας (από το επίπεδο της υλικοτεχνικής υποδομής, έως το επίπεδο της σχεσιοδυναμικής του πλαισίου), έτσι, ώστε να καλύπτουν τις βασικές ανάγκες και να ανταποκρίνονται στα δικαιώματα του ασθενούς. Εάν φτάσουμε στο σημείο οι ανάγκες του ασθενούς και οι κανόνες της δομής να συνηχούν, έχουμε πολύ περισσότερες πιθανότητες να μειωθεί η ιδρυματική βία (πβ. Sailas & Wahlbeck, 2005).

Συμπερασματικά: Ο κλινοστατικός περιορισμός δεν αποτελεί θεραπευτική τεχνική, κι όμως, στην πράξη βλέπουμε να αποτελεί (στις καλύτερες συνθήκες χρήσης και όχι κατάχρησης) έσχατη επιλογή σε περιπτώσεις επικινδυνότητας.

Η γνωστική και συναισθηματική αναπλαισίωση του συμβάντος κρίνεται αναγκαία για την μετα-τραυματική φάση του ασθενούς που καθηλώθηκε, του ανθρώπου που βίωσε την «άλωση του εαυτού του». Φαίνεται ότι για πολλούς ασθενείς υπερισχύει η αίσθηση ότι «δεν είδαν εμένα αλλά την αρρώστια μου». Κάτι που μας παραπέμπει στο περίφημο «ιατρικό βλέμμα» που «δεν συναντά τον άρρωστο αλλά την αρρώστια του, στο σώμα του δεν διαβάζει μια βιογραφία αλλά μια παθολογία» (Galimberti, 2001).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βαγγελή, Β. και συν., (2000) Οδηγός βραχείας αντιμετώπισης ασθενών με βίαιη ή και επικίνδυνη συμπεριφορά σε ψυχιατρικές δομές, Τετράδια Ψυχιατρικής, 99, 1-28.
Beer, M.D./ Pereira, S.M./ Paton, C., (2001) Psychiatric Intensive Care, Greenwich Medical Media Limited, London.
Blumenreich, P./ Lippmann, S./ Bacani-Oropilla, T., (1991) Violent Patients: Are you prepared to deal with them?, Postgrad Med, 90, 201-206.
Cannon, M.E./ Sprivulis, P./ McCarthy, J., (2001) Restraint Practices in Australasian emergency departments, Australasian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35(4), 464-467.
Chien, W.-T./ Chan, C.W.H./ Lam, L.-W./ Kam, C.-W., (2005) Psychiatric Inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint, Patient Education and Counselling, 59(1), 80-86.
Donovan, A./ Plant, R./ Peller, A./ Siegel, L./ Martin, A., (2003) Two-Year Trends in the Use of Seclusion and Restraint Among Psychiatrically Hospitalized Youths, Psychiatric Services, 54, 987-993.
Fisher, W.A., (1994) Restraint and Seclusion: a review of the Literature, American Journal of Psychiatry, 151, 1584-1591.
Frueh, B.C. et al., (2005) Special Section on Seclusion and Restraint: Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting, Psychiatric Services, 56, 1123-1133.
Galimberti, U., (2001) Τοπία ψυχής, Καλλιφατίδη Ε. (μεταφρ.), Εκδ. Ίταμος, Αθήνα.
Grenshaw, W.B./ Francis, P.S., (1995) A national survey on seclusion and restraint in state psychiatric hospitals, Psychiatric Services, 46, 1026-1031.
Κοκκινάκος, Γ., (2007) «Πρωτόκολλο καθηλώσεων» και θεραπεία στην Ψυχιατρική, Τετράδια Ψυχιατρικής, 98α, 5-8.
Kuosmanen, L./ Hatonen, H./ Malkavaara, H./ Kylma, J./ Valimaki, M., (2007) Deprivation of Liberty in Psychiatric Hospital Care: The patient's Perspective, Nursing Ethics, 14 (5), 597-607.
Μεγαλοοικονόμου, Θ., (2008) Οι συστάσεις για την «ορθή» εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων. Προστασία δικαιωμάτων ή άλλοθι για την καταπάτησή τους. Τετράδια Ψυχιατρικής, 101, 16-22.
Metzner, J.L. et al., (2007) Resource Document on the Use of Restraint and Seclusion in Correctional Mental Health Care, J. Am Acad Psychiatry Law, 35 (4), 417-425.
Miller, D./ Walker, M.C./ Friedman, D., (1989) Use of a Holding Technique to Control the Violent Behaviour of Seriously Disturbed Adolescents, Hosp Community Psychiatry, 40, 520-524.
Miller, J.A./Hunt, D.P./Georges, M.A., (2006) Reduction of Physical Restraints in Residential Treatment Facilities, Journal of Disability Policy Studies, 16 (4), 202-208.
Moshonas, D./ Triantafillou, Th.-F., (2008) Therapeutic Community Principles and Inpatient Care in the Greek Army Psychiatric Service, Therapeutic Communities (υπό δημοσίευση).
O' Grady, J.C., (2007) Commentary: A British perspective on the use of Restraint and Seclusion in Correctional Mental Health Care, J. Am Acad Psychiatry Law, 35(4), 439-443.
Pinninti, N.R./ Rissmiller, D., (2001) Incidence of Restraint-Related Deaths, Psychiatric Services, 52 (7), 975.
Sailas, E./ Wahlbeck, K., (2005) Restraint and Seclusion in psychiatric inpatient wards. Services research and outcomes, Current Opinion in Psychiatry, 18 (5), 555-559.
Soloff, P.H., (1978) Behavioral participants of restraint in the modern milieu, Comprehensive Psychiatry, 19 (2), 179-184.
Τομαράς, Β., (επιμ.) (2007) Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. Πεπραγμένα Διετίας: Σεπτέμβριος 2005-Σεπτέμβριος 2007, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα.
Wynn, R., (2004) Psychiatric inpatients' experiences with restraint, Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 15 (1), 124-144.