

ΕΝΑΝΤΙΩΜΑΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Μιχόπουλος Ι., Χριστοδούλου Χ., Λύκουρας Ε.

Β' Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Μέρος της εργασίας ανακοινώθηκε σε Στρογγύλη Τράπεζα στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο (Θεσσαλονίκη 8-11 Μαρτίου 2007)

Στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου, για ασθενείς που νοσηλεύονται σε μη ψυχιατρικά τμήματα, ο όρος «εναντιωματική συμπεριφορά» αναφέρεται στο σύνολο των συμπεριφορών του ασθενή που δυσκολεύουν και κάποιες φορές ματαιώνουν την προσπάθεια του ιατρού να προσφέρει και το δικαίωμα του ασθενή να δεχθεί την καταλληλότερη θεραπεία. Συμπεριφορές που μπορούν να συμπεριληφθούν κάτω απ' αυτό τον όρο είναι η βία και η επιθετικότητα, οι συνεχείς αντηρήσεις και η μη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες από ασθενείς που χαρακτηρίζονται ως «δύστροποι» ή «δύσκολοι», και η έξοδος από το Νοσοκομείο αντίθετα από τις συστάσεις των θεραπόντων ιατρών. Στην παρούσα μελέτη θα γίνει αναφορά στην κατηγορία των ασθενών που περιγράφονται ως «δύσκολοι» και σ' αυτούς που εξέρχονται παρά τις ιατρικές συστάσεις. Τα αίτια της εναντιωματικής συμπεριφοράς των ασθενών μπορούν να αναζητηθούν σε ψυχιατρικές διαταραχές (άνοια, σχιζοφρένεια, μανία, διαταραχές σχετιζόμενες με χρήση ουσιών, προκλητή διαταραχή, διαταραχές προσωπικότητας), αλλά και σε σωματικές νόσους (ντελίριο, νευρολογικές παθήσεις), ή και στην μη ειδική αντίδραση των ασθενών απέναντι στον ασθένεια και στη νοσηλεία αυτή καθεαυτή (πόνος, αναπηρία, περιορισμός, δυσμενής πρόγνωση). Η συμβολή του ψυχιάτρου που αναλαμβάνει Διασυνδεδετικό/Συμβουλευτικό ρόλο είναι καθοριστική, τόσο για την πρόβλεψη, όσο και για τη διαχείριση της εναντιωματικής συμπεριφοράς.

Λέξεις ευρετηρίου: Γενικό Νοσοκομείο, Διασυνδεδετική Ψυχιατρική, Δύσκολος ασθενής, Εναντιωματική Συμπεριφορά

Εισαγωγή

Όλοι μας, λίγο-πολύ, έχουμε βρεθεί απέναντι σε νοσηλευόμενους ή μη, ασθενείς που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν πειστικοί, δύσκολοι, επιθετικοί, εναντιωματικοί. Γνωρίζουμε πόσο δύσκολα αισθάνεται ο γιατρός στην προσπάθειά του να βοηθήσει τέτοιους ασθενείς. Γνωρίζουμε, επίσης, ότι ασθενείς με τέτοια συμπεριφορά δέχονται περίθαλψη, χαμηλότερης ποιότητας από αυτή που θα μπορούσαν, καθώς διακινούν εξίσου επιθετικά συναισθήματα από το προσωπικό που αναλαμβάνει την φροντίδα τους, ή στην καλύτερη περίπτωση προκαλούν αδιαφορία και αποφυγή. Θα προσπαθήσω να σκιαγραφήσω το φαινόμενο, το πλαίσιο ένταξής του, τα πιθανά αίτια και κάποια σημεία που θα βοηθούσαν στην αντιμετώπισή του.

Κατά τη νοσηλεία του, ο ασθενής αλληλεπιδρά με το γιατρό στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Ας δούμε πως αυτά τα τρία μέρη: ασθενής, γιατρός, νοσοκομείο αντιμετωπίζουν την ασθένεια^{1,2}.

1. Προσδοκίες από την πλευρά του ασθενή

Να θυμηθούμε ότι η ασθένεια διαταράσσει το συνηθισμένο ρυθμό της ζωής κάθε ανθρώπου, τον κάνει να υποφέρει, να αγωνιά και του υπενθυμίζει την ευαλωτότητα και κάποιες φορές την ματαιότητα της ύπαρξής του. Η αναζήτηση βοήθειας από κάποιον ειδικό εμπεριέχει συμβι-

βασμούς ως προς τα όρια της προσωπικής ζωής αλλά και της κυριότητας του ατόμου. Όταν η αντιμετώπιση της ασθένειας απαιτεί νοσοκομειακή περίθαλψη, οι συμβιβασμοί αυτοί γίνονται ιδιαίτερα φανεροί και αρκετά δυσβάσταχτοι. Ο ασθενής φεύγει από το περιβάλλον του και καλείται να συμβιώσει με αγνώστους σε ένα άγνωστο και ενοχλητικό μέρος, όπως είναι το νοσοκομείο και όχι μόνο οι επιλογές του, αλλά και η ίδια του η ζωή δεν ορίζονται από τον ίδιο, αλλά από τον γιατρό που «αναλαμβάνει την ευθύνη του», όπως λέγεται και στην ιατρική γλώσσα. και όλα αυτά, συμβαίνουν κάτω από το καθεστώς πόνου και αγωνίας. Ο ασθενής έτσι, πολύ συχνά, «παλινδρομεί» σε προηγούμενα στάδια της ζωής του, οπότε άλλοι είχαν την ευθύνη για εκείνον. Προσδοκά ότι αυτοί οι άλλοι θα τον καταλαβαίνουν, θα τον αγαπούν, θα δέχονται τις αδυναμίες του και θα κάνουν τα πάντα για να διώξουν τον πόνο του και αν γίνεται να κάνουν αυτό που χρειάζεται για να μην αρρωστήσει ποτέ ξανά. Οι ασθενείς που, για διάφορους λόγους, οι οποίοι θα εξηγηθούν παρακάτω, δεν μπορούν να εμπιστευθούν την τύχη τους σε κάποιον άλλο, βιώνουν την ασθένεια και τη νοσηλεία σαν μια μεγάλη απειλή, και τον γιατρό και το νοσοκομείο ως εχθρικά και έτσι συμπεριφέρονται αναλόγως.

2. Προσδοκίες από την πλεύρα του γιατρού

Γνωρίζουμε ότι η πρόοδος στις βασικές επιστήμες αλλά και στις τεχνολογικές εφαρμογές έχει βοηθήσει την ιατρική να δώσει λύσεις σε πολλές καταστάσεις που παλαιότερα φαινόταν δύσκολες ή και ανίατες. Από την άλλη μεριά, η βελτίωση της ποιότητας ζωής για τους περισσότερους ανθρώπους που ζουν στις λεγόμενες ανεπτυγμένες κοινωνίες, έχει ανεβάσει και τις προσδοκίες του κοινού από την Ιατρική. Ο γιατρός σήμερα παρουσιάζεται πολύ λιγότερο ανίσχυρος απέναντι στις ασθένειες, σε σχέση με λίγες, μόλις, δεκαετίες πριν. Παρά το γεγονός ότι γνωρίζει καλύτερα από τους ασθενείς του ότι τα πράγματα δεν είναι πάντα ρόδινα, οι προσδοκίες του για βοήθεια προς αυτούς και κατ' επέκταση για επαγγελματική ικανοποίηση είναι πολύ μεγαλύτερες σε σχέση με το παρελθόν. Αλλά, ακόμα και γιατροί χωρίς την απαραίτητη εκπαίδευση σε θέματα ψυχικής υγείας, αναγνωρίζουν ότι η σχέση γιατρού-ασθενούς παίζει σημαντικό ρόλο στην προσπάθειά τους αυτή να δώσουν βοήθεια.

3. Προσδοκίες του συστήματος και της οργάνωσης

Ο ασθενής και ο γιατρός συναντώνται σ' ένα περιβάλλον που διαμορφώνεται και από το εκάστοτε Σύστημα Υγείας. Οι «προσδοκίες» του συστήματος συνήθως συνοψίζονται στο «να είναι όλοι ευχαριστημένοι, αλλά να μην ξοδεύονται χρήματα», κάτι που όπως θα δούμε παρακάτω επιδρά με διάφορους τρόπους στην εμφάνιση δυσκολιών στη σχέση γιατρού-ασθενούς.

Κάτι που χρειάζεται ακόμη να θίξουμε είναι οι διαφαινόμενες αλλαγές στο **μοντέλο σχέσης γιατρού – ασθενή**. Το κλασικό πατερναλιστικό μοντέλο δίνει τη θέση του σιγά-σιγά σε μία σχέση πιο συνεργατική. Τις τελευταίες δεκαετίες πολλοί παράγοντες έχουν επηρεάσει τη σχέση γιατρού-ασθενή. Ένας απ' αυτούς είναι η άμβλυνση των διαφορών σε κοινωνικό, οικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδο μεταξύ των ιατρών και των ασθενών τους. Ιδιαίτερα κατά τα τελευταία χρόνια, μέσω της πληροφοριακής επανάστασης που φέρνει η ευρεία χρήση του Διαδικτύου, ο ασθενής παρουσιάζεται πιο πληροφορημένος και ισότιμος προς τον γιατρό, παρά ποτέ. Το πατερναλιστικό μοντέλο, κατά το οποίο ο γιατρός κατείχε μία θέση μάγου-ιερού θεραπευτή και αργότερα εξιδανικευμένου επιστήμονα, σιγά-σιγά μπαίνει στο περιθώριο. Κάποιες φορές, μάλιστα, όπως στις Η.Π.Α., ο γιατρός, όχι μόνο δεν κατέχει ανώτερη θέση, αλλά πολύ εύκολα γίνεται αντίδικος ή και υπόδικος. Η «τυφλή εμπιστοσύνη» που έδειχναν οι αδαείς ασθενείς του παρελθόντος, έχει δώσει τη θέση της στην εμπιστοσύνη που βασιζέται στην πληροφόρηση και στη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και στην πρακτική της θεραπείας. Ο γιατρός δεν χρειάζεται να κρύβεται πίσω από την υποτιθέμενη αυθεντία, αλλά καθιστά συμμετοχο, όσο είναι κατά περίπτωση αυτό εφικτό, τον ασθενή².

Περιγραφή

Μέσα σ' αυτό το καθεστώς, που από τη μια η σχέση γιατρού-ασθενή μεταβάλλεται, αλλά από την άλλη η ψυχολογική θέση του ασθενή απέναντι στην ασθένεια παραμένει ίδια με το πέρασμα των χρόνων, μπορεί να δημιουργηθούν μικρές ή και μεγάλες ρήξεις στη θεραπευτική συμμαχία. Αυτές εμφανίζονται ως δυσκολίες στην επικοινωνία γιατρού-ασθενή, με αποτέλεσμα να εμποδίζεται, και κάποιες φορές να ματαιώνεται η ομαλή θεραπευτική πορεία. Ο ασθενής παρουσιάζεται «δύσκολος», εξαρτητικός, εναντιωματικός, επιθετικός ή βίαιος. Κάποιες φορές, παρά το γεγονός ότι η ανάγκη για συνέχιση της θεραπείας είναι φανερή, εγκαταλείπει το νοσοκομείο παρά τις αντίθετες συστάσεις του θεράποντα. Η συμπεριφορά ενός τέτοιου «γκρινιάρη» και «κακότροπου» ασθενή, πέρα από το γεγονός ότι βάζει σε κίνδυνο την ίδια του την υγεία και δοκιμάζει την αντοχή και την ικανότητα του θεράποντα ιατρού, φέρνει αντιμέτωπη όλη τη θεραπευτική ομάδα με θέματα συνοχής και επικοινωνίας μεταξύ των μελών της. Πώς, όμως, θα μπορούσε να περιγραφεί καλύτερα η συμπεριφορά του «δύσκολου», εναντιωματικού ασθενή; Η βιβλιογραφία συνοψίζει και κατατάσσει τον δύσκολο ασθενή στις παρακάτω κατηγορίες^{2,3}:

1. Ο προσκολλημένος εξαρτητικός

Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν μια έντονη ανάγκη για προσοχή και φροντίδα, απαιτούν το γιατρό συνέχεια δίπλα τους, χρειάζονται συνεχείς διαβεβαιώσεις κι επεξηγήσεις που δεν είναι ποτέ αρκετές. Οι ανάγκες τους αυτές δεν είναι δυνατόν να καλυφθούν από τον θεράποντα και κάποιες φορές διασπούν τα όρια της θεραπευτικής σχέσης και εισβάλλουν στην προσωπική ζωή του γιατρού. Ακόμα και για τους γιατρούς, που αρχικά ίσως κολακευτούν από έναν τόσο υπάκουο και εξιδανικευτικό ασθενή, στην πορεία, η προσκόλληση και οι συνεχείς απαιτήσεις για φροντίδα, έχουν σαν αποτέλεσμα να αισθάνονται δύσκολα με έναν τέτοιο ασθενή και τελικά να τον αποφεύγουν και να τον αγνοούν. Αυτό με τη σειρά του κάνει τον ασθενή να αισθάνεται απόρριψη και να ζητάει ακόμα πιο έντονα την προσοχή του γιατρού και ο τελευταίος να νιώθει κούραση και να απομακρύνεται ακόμα περισσότερο. Αυτός ο φαύλος κύκλος οδηγεί τελικά σε λύση της θεραπευτικής συμμαχίας. Ο ασθενής, παρά το ότι δεν εμφανίζεται άμεσα εναντιωματικός, τείνει να κάνει τη θεραπευτική σχέση δύσκολη και τελικά αδύνατη.

2. Ο απαιτητικός εχθρικός

Οι ασθενείς αυτοί εγκαθιστούν ανταγωνιστική σχέση με τον γιατρό τους, προσπαθούν δε να πάρουν τον πλήρη έλεγχο της θεραπείας. Μπορεί να εκφράσουν υποτίμηση ή να προσπαθήσουν να εκφοβίσουν το γιατρό. Απαιτούν πεισματικά συγκεκριμένες εξετάσεις ή θεραπεία και ειδι-

κή μεταχείριση. Είναι αρκετά πιθανό να στραφούν τελικά, με ανοιχτό τρόπο εναντίον του θεράποντα, λεκτικά, χρησιμοποιώντας βία ή καταφεύγοντας στα δικαστήρια. Η συμπεριφορά αυτή καταλύει τη θεραπευτική σχέση και φέρνει στο γιατρό αισθήματα απελπισίας, κάνοντάς τον να φέρεται είτε αμυντικά, είτε επιθετικά κι αυτός από τη μεριά του.

3. Ο χειριστικός απορριπτικός

Οι ασθενείς αυτοί ζητούν βοήθεια, συνήθως για χρόνιες καταστάσεις (όπως ο σακχαρώδης διαβήτης ή σύνδρομο χρόνιου πόνου) και προβληματίζονται με την έλλειψη συμμόρφωσης με τη θεραπευτική αγωγή. Παρά το γεγονός ότι η κατάστασή τους καθιστά αναγκαία τη θεραπεία και αναζητούν βοήθεια, οι ίδιοι σαμποτάρουν τη θεραπεία, δεν ακολουθούν τις οδηγίες και συνήθως επιρρίπτουν την ευθύνη για την επιδείνωση της υγείας τους σε κάποιον άλλο. Ακολουθώντας αυτό το παθητικό-επιθετικό μοντέλο στη σχέση τους με το θεράποντα και όχι μόνο, φέρνουν αισθήματα ματαιώσης και θυμού. Είναι σαν η απαλλαγή από τα συμπτώματα της ασθένειας να μην είναι ο κύριος στόχος τους, αλλά περισσότερο να επιζητούν να βρίσκονται σε ένα συνεχιζόμενο και ατετέσφορο πάρε-δώσε με το γιατρό τους, ο οποίος κουράζεται, θυμώνει ή αδιαφορεί.

4. Ο αυτοκαταστροφικός

Οι ασθενείς αυτοί επιτίθενται ανοιχτά στη θεραπευτική σχέση και το νοσοκομειακό πλαίσιο. Αρνούνται τη θεραπεία, ακόμα και αν η ανάγκη γι' αυτή είναι εμφανής ή ίσως και επείγουσα⁴⁻⁶. Είναι αυτοί που συχνότερα θα φύγουν από το νοσοκομείο παρά τις αντίθετες συστάσεις των γιατρών, οι οποίοι από τη μεριά τους αισθάνονται εχθρικά ή αδιάφορα απέναντι τους.

Αίτια

Ας προσπαθήσουμε να διερευνήσουμε τα αίτια εμφάνισης του φαινομένου του «εναντιωματικού» ασθενή σε σχέση με:

- τον ασθενή
- τον γιατρό
- το Σύστημα Υγείας

1. Αίτια σε σχέση με τον ασθενή

Συνύπαρξη ψυχιατρικών διαταραχών⁷: Οι συχνότερες αιτίες για τις οποίες οι ασθενείς εγκαταλείπουν το νοσοκομείο παρά τις συστάσεις των ιατρών είναι η κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες^{4,7-9}, (όλοι έχουμε εμπειρία από τις δυσκολίες που παρουσιάζει η περίθαλψη ασθενών που βρίσκονται σε τοξίκωση ή στέρηση από ουσίες: συμπεριφορά αναζήτησης της ουσίας, χειριστική συμπεριφορά για να κερδηθεί ο οίκτος από το προσωπικό, λεκτική ή έργω επιθετικότητα, αδυναμία να τηρηθούν στοιχειώδεις κανόνες πειθαρχίας, απαίτηση για προνομιακή μεταχείριση).

Κάποιες άλλες φορές συνυπάρχει μία ψυχωτικού τύπου διαταραχή, όπως η σχιζοφρένεια ή ένα μανιακό επεισόδιο σε εξέλιξη (είναι ευνόητο ότι ασθενείς που βρίσκονται υπό το κράτος παραληρητικών ιδεών, παρουσιάζουν ψυχοκινητική ανησυχία, έντονο φόβο ή αρνητισμό, δύσκολα μπορούν να φτιάξουν θεραπευτική συμμαχία και να τηρήσουν οδηγίες).

Η αυτοκτονική διάθεση που εμφανίζεται σε καταθλιπτικό υπόβαθρο ή σε ασθενείς τελικού σταδίου συχνά κάνει τους ασθενείς να αρνούνται ιατρικές οδηγίες ή να φεύγουν πρόωρα από το νοσοκομείο.

Ένα άλλο μεγάλο κεφάλαιο αποτελούν τα ζητήματα προσωπικότητας των ασθενών¹⁰, είτε ως τυπικές διαταραχές προσωπικότητας (όπως η οριακή), είτε ως στοιχεία (traits) προσωπικότητας: παρανοειδή, δραματικά, παρορμητικά και παθητικο-επιθετικά στοιχεία, όταν κυριαρχούν στη γενικότερη εικόνα καθιστούν δύσκολη τη συνεργασία και πολύ συχνά οδηγούν σε διάσπαση (splitting) μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας.

Λιγότερο συχνές, αλλά ιδιαίτερα δύσκολες καταστάσεις, τόσο στη διάγνωση, όσο και στη διαχείρισή τους αποτελούν η προκλητή (factitious) διαταραχή και η υπόκριση. Σ' αυτές τις καταστάσεις η έλλειψη συνεργασίας και η εναντιωματική συμπεριφορά σχεδόν υπαγορεύονται από τη φύση της διαταραχής και το συνειδητό, ή λιγότερο συνειδητό κίνητρο του ασθενή για ανάληψη «ρόλου ασθενή» και αντίδραση στη θεραπεία.

Σωματικές νόσοι που έχουν ως σύμπτωμα μειωμένη ικανότητα αντίληψης και επικοινωνίας καθιστούν πολύ πιθανή την εναντιωματική ή βίαιη συμπεριφορά. Τυπική κατάσταση με πολύ μεγάλες δυσκολίες αποτελεί το ντελίριο: είτε ως επιδείνωση προϋπάρχουσας ή λανθάνουσας άνοιας, είτε ως σύμπτωμα πολλών και ποικίλων σωματικών νόσων. Το ντελίριο αποτελεί πολύ συχνή αιτία επιθετικότητας ή εναντιωματικής συμπεριφοράς σε ηλικιωμένους ασθενείς. Αν λάβουμε υπ' όψιν μας ότι οι περισσότεροι ασθενείς στα Γενικά Νοσοκομεία είναι ηλικιωμένοι, γίνεται φανερό το μέγεθος του ζητήματος. Σπανιότερες νευρολογικές καταστάσεις, όπως τα σύνδρομα λοβών, ιδιαίτερα του μετωπιαίου και οι μεταβολές της προσωπικότητας που προκαλούν, καθιστούν τη συμπεριφορά των ασθενών δύσκολη και τη συνεργασία προβληματική.

Τέλος, αρκετά συχνή αιτία εμφάνισης εναντιωματικής συμπεριφοράς αποτελεί η **μη-ειδική αντίδραση των ασθενών** απέναντι στην ασθένεια και τη νοσηλεία αυτή καθεαυτή, καθώς και σε όλα τα δεινά που αυτές συνεπάγονται (πόνος, αναπηρία, περιορισμός, δυσμενής πρόγνωση). Η ασθένεια και η νοσηλεία αποτελούν απειλητικούς παράγοντες για την ακεραιότητα του ασθενή και μπορεί να οδηγήσουν σε ασυνήθιστη για εκείνον και τους οικείους του συμπεριφορά. Σ' αυτήν την κατάσταση, η έλλειψη σταθερών συναισθηματικών στηριγμάτων από κοντινά

και αγαπητά πρόσωπα (φαινόμενο που συνεχώς αυξάνεται στις σημερινές κοινωνίες) είναι πιθανό να ενισχύσει την έκφραση εξαρτητικής συμπεριφοράς ή καχυποψίας και εχθρότητας και κάποιες φορές οργής και βίας.

2. Αίτια σε σχέση με τον ιατρό

Εντατική απασχόληση, υπερκόπωση, μεγάλος αριθμός ασθενών, ελλείμματα στις επικοινωνιακές δεξιότητες, μικρή εμπειρία-ανεπαρκής ελπίδα, δυσκολία να δεχθεί την αβεβαιότητα (είτε αυτή αφορά την άσκηση της Ιατρικής, είτε αφορά τις ανθρώπινες σχέσεις). Τα παραπάνω καθιστούν το γιατρό έναν δυσλειτουργικό δέκτη, ο οποίος είτε δεν προλαβαίνει, είτε δεν προσέχει, είτε δεν γνωρίζει ή δεν θέλει να μάθει τον κατάλληλο τρόπο για να αναγνωρίσει τα πρόδρομα σημάδια δυσπιστίας και ενόχλησης που εκπέμπει ο ασθενής. Ακόμα και αν ο γιατρός αναγνωρίσει αυτά τα σημάδια στην επικοινωνία, ενδέχεται να τα αγνοήσει, αν εξ αιτίας ζητημάτων της δικής του προσωπικότητας, δεν μπορεί να τα διαχειριστεί κατάλληλα. Η εμμονή στο πατερναλιστικό μοντέλο και στην αντιμετώπιση των ασθενών ως ανυπάκουα παιδιά, αυξάνει τις πιθανότητες οι ασθενείς να εναντιωθούν και να θεωρήσουν το γιατρό αντίπαλο^{2,11}.

3. Αίτια σε σχέση με το Σύστημα Υγείας

Παράγοντες που διαμορφώνουν τις συνθήκες μέσα στις οποίες αλληλεπιδρούν ο γιατρός και ο ασθενής: χαμηλό επίπεδο συνθηκών νοσηλείας (ξενοδοχειακή υποδομή), οικονομικά ζητήματα (επηρεάζουν το περιβάλλον του νοσοκομείου, τον αριθμό και το επίπεδο εκπαίδευσης και εξειδίκευσης των εργαζομένων), εξωγενείς πιέσεις για αποδοτικότητα (περιορισμός του χρόνου νοσηλείας, θεώρηση του νοσοκομείου ως μια οικονομική επιχείρηση που θα έπρεπε να αποφέρει κέρδη), μικρή χρονική διάρκεια της εξέτασης, εξωγενής πληροφόρηση του ασθενή που έρχεται σε αντίθεση με αυτά που υποστηρίζει ο γιατρός (π.χ. Διαδίκτυο, Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας).

Αντιμετώπιση – Ο ρόλος του ψυχιάτρου

Υπάρχει τρόπος να περιοριστεί το φαινόμενο της εναντιωματικής συμπεριφοράς, η οποία μπορεί να συνεπάγεται λύση της θεραπευτικής συμμαχίας, μη τήρηση σωστής θεραπευτικής αγωγής ή και πρόωρο εξιτήριο; Σημαντικό ρόλο παίζει η έγκαιρη αναγνώριση, τόσο των πρώιμων σημείων αυτής της συμπεριφοράς, όσο και των μηχανισμών που ευθύνονται για τη δημιουργία και διατήρησή της. Ο κλινικός γιατρός καλείται να αναπτύξει ή και να καλλιεργήσει μεθόδους που τον βοηθούν να σταθεί απέναντι σε δύσκολους ασθενείς^{2,12}. Βασικό στοιχείο στην προσπάθεια να κατανοήσει τον ασθενή του, αποτελεί, κατά πρώτο λόγο, η **ενσυναίσθηση (empathy)**, η ικανότητα του να καταλάβει πως ακριβώς νιώθει ο ασθενής

του στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή και κάτω απ' τις συγκεκριμένες συνθήκες. Όσο πιο ανεπτυγμένη είναι η ικανότητα του γιατρού να βάλει τον εαυτό του στη θέση του ασθενή του, τόσο λιγότερο πιθανό είναι ο ασθενής να εμφανίσει εναντιωματική συμπεριφορά.

Το επόμενο βήμα είναι να μπορεί ο γιατρός να ελέγξει, σε πρώτο επίπεδο, τα συναισθήματα του και, σε δεύτερο χρόνο, τη συμπεριφορά που αυτά υπαγορεύουν προς τον ασθενή του. Δανειζόμενοι τον όρο από την ψυχαναλυτική θεωρία, θα λέγαμε ότι χρειάζεται να χρησιμοποιεί ο γιατρός ένα **αντιμεταβιβαστικό φίλτρο**. Κατά πόσο αυτά που νιώθει και κάνει προς τον ασθενή, προέρχονται από τη δική του αντίδραση απέναντι στη δύσκολη συμπεριφορά του ασθενή του; Υπάρχει ένας μόνιμος τρόπος με τον οποίο ο ασθενής διαχειρίζεται το περιβάλλον του, υπάρχουν συγκεκριμένες συμπεριφορές που ο ασθενής προκαλεί τους άλλους να έχουν απέναντι του; Να τον μισούν, να τον απεχθάνονται, να τον λυπούνται, να τον υιοθετούν, να χωρίζονται σε ομάδες υποστηρικτών και αντιπάλων; Έχει ανάγκη ο ασθενής να μεταδώσει και σε άλλους τα άσχημα συναισθήματα που νιώθει για τον εαυτό του; Πόσο αυτά που γίνονται γύρω από αυτόν, προέρχονται από το περιβάλλον και πόσο έχουν **προβληθεί** από εκείνον στο περιβάλλον; Κατανοώντας τα παραπάνω, ο κλινικός γιατρός θα είναι σε θέση να παρέμβει συμπεριφορικά στη θεραπευτική σχέση και να δώσει πρακτικές και άμεσες λύσεις, κάτι που άλλωστε καλείται να κάνει για να αντιμετωπιστεί και η βασική αιτία νοσηλείας. Έτσι ο γιατρός θα μπορέσει από τη μια μεριά να **πλησιάσει τον ασθενή του**, να επικοινωνήσει με αμεσότητα και σαφήνεια μαζί του, καθιστώντας τον συμμετοχο και ενεργό μέλος στην θεραπευτική προσπάθεια, θα μπορέσει να κατανοήσει τις αυξημένες του ανάγκες για φροντίδα, όχι μόνο με την κλινική έννοια του όρου, αλλά κυρίως με την σημασία της κάλυψης των αυξημένων συναισθηματικών αναγκών λόγω του stress που συνεπάγεται η ασθένεια και η νοσηλεία.

Από την άλλη μεριά θα χρειαστεί να φέρει αντιμετώπιση τον ασθενή με την δύσκολη συμπεριφορά του, δείχνοντας του πόσο αυτή εμποδίζει την εξέλιξη της θεραπείας του, θα χρειαστεί ο γιατρός να **βάλει τα σταθερά όρια** της θεραπευτικής σχέσης και της συμπεριφοράς του ασθενή στο περιβάλλον του νοσοκομείου. Συγχρόνως χρειάζεται να φροντίσει για τη συνοχή της θεραπευτικής ομάδας, συζητώντας ανοιχτά με όλα τα μέλη της, εμποδίζοντας τη διάσπαση (splitting) που προκαλούν οι ιδιαίτερα δύσκολοι – οριακοί ασθενείς¹³.

Όλα τα παραπάνω, ίσως να φαίνονται κατανοητά από την οπτική ενός ψυχιάτρου. Από την μεριά, όμως, ενός γιατρού άλλης ειδικότητας, ίσως να φαίνονται δυσνόητα. Κάτω από την πίεση, μάλιστα, του μεγάλου αριθμού περιστατικών και των δύσκολων συνθηκών που επικρατούν στα περισσότερα νοσοκομεία, ίσως να παίρνουν και το χαρακτήρα πολυτέλειας. Σ' αυτό το σημείο διαφαίνεται ο πολύ

σημαντικός ρόλος του ψυχιάτρου της Διασυνδετικής-Συμβουλευτικής Υπηρεσίας. Η συμβολή του στην εκπαίδευση των συναδέλφων στο βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο θα βοηθήσει, τόσο τους γιατρούς να προσεγγίσουν καλύτερα τους ασθενείς τους, όσο και τους τελευταίους στην καλύτερη και πιο σύντομη νοσηλεία τους. Η εκπαίδευση αυτή νοείται λιγότερο σε θεωρητικό – ακαδημαϊκό επίπεδο, άλλωστε οι πιο πολλοί γιατροί βαριούνται ή στην καλύτερη περίπτωση δεν προλαβαίνουν να προσεγγίσουν θεωρητικά θέματα άλλων ειδικοτήτων, ακόμα και της ψυχιατρικής που παρουσιάζει μια πιο συνολική και μερικές φορές «εξωτική» γι' αυτούς οπτική. Η εκπαίδευση αυτή γίνεται περισσότερο και πιο αποδοτικά μέσα από την καθημερινή επαφή και τη διαχείριση συγκεκριμένων θεμάτων που αφορούν συγκεκριμένους ασθενείς. Έχει δείχθει ότι η έγκαιρη συμμετοχή του ψυχιάτρου σε περιστατικά ασθενών που, από την αρχή της νοσηλείας, είχαν παρουσιάσει προβλήματα, όχι μόνο μετρίασε τα παράπονά τους, αλλά βοήθησε να παραμείνουν για νοσηλεία όσο απαιτούσε η διερεύνηση και θεραπεία τους⁴. Πρόδρομα συμπτώματα, όπως η αϋπνία, η ανησυχία και τα ξεσπάσματα θυμού ή απελπισίας, ειδικά σε ασθενείς με ψυχιατρικό ιστορικό ή ενεργά προβλήματα με ουσίες και αλκοόλ, είναι που θα πρέπει να κινητοποιήσουν το θεράποντα για αναζήτηση ψυχιατρικής συμβολής⁹. Αρκετές φορές, παρεμβάσεις που δεν είναι επίπονες ή εντυπωσιακές είναι αρκετές για να αποφορτίσουν την κρίση και να αποκαταστήσουν τη θεραπευτική συμμαχία: ανοιχτή συζήτηση για τα ζητήματα, υποστήριξη, μικρές αλλαγές στο περιβάλλον του θαλάμου ή το πρόγραμμα της νοσηλείας, δουλειά με τους συγγενείς ή και φαρμακευτική παρέμβαση. Κάποιες φορές ο ρόλος του ψυχιάτρου, ως ενδιάμεσος κρίκος στη ρήξη ασθενούς και προσωπικού είναι αρκετός για να αρχίσει ξανά η θεραπευτική διαδικασία.

Abstract

DEFIANT BEHAVIOUR IN GENERAL HOSPITAL

Michopoulos I., Christodoulou Ch., Lykouras L.

2nd Department of Psychiatry, Athens University Medical School, "Attikon" General Hospital, Athens, Greece

In General Hospital settings, medical patients sometimes appear as defiant and "difficult". Such behaviour comes in opposition with doctor's efforts and patient's rights for proper medical care. Violence and aggression, continuous objections, non-compliance and leaving hospital against medical advice are included under the term "defiant behaviour". Psychiatric disorders (dementia, schizophrenia, mania, substance abuse, factitious disorder, personality disorders), medical conditions (delirium, neurological diseases) but also non specific response to illness and hospitalization (pain, restriction, disability) are some of the causes for defiant behaviour. The liaison psychiatrist holds decisive role in prediction and management of defiant behaviour.

Key words: General Hospital, Liaison Psychiatry, Difficult Patient, Defiant Behaviour

Σύνοψη

Στο πλαίσιο του Γενικού Νοσοκομείου, για ασθενείς που νοσηλεύονται σε μη ψυχιατρικά τμήματα, ο όρος «εναντιωματική συμπεριφορά» αναφέρεται στο σύνολο των συμπεριφορών του ασθενή που δυσκολεύουν και κάποιες φορές ματαιώνουν την προσπάθεια του γιατρού να προσφέρει και το δικαίωμα του ασθενή να δεχθεί την καταλληλότερη θεραπεία. Η εναντιωματική συμπεριφορά αποτελεί πρόκληση για τη θεραπευτική συμμαχία και δοκιμασία για την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Συμπεριφορές που μπορούν να συμπεριληφθούν κάτω απ' αυτό τον όρο είναι η βία και η επιθετικότητα, οι συνεχείς αντιρρήσεις και η μη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες καθώς και η έξοδος από το Νοσοκομείο.

Τα αίτια της εναντιωματικής συμπεριφοράς μπορούν να αναζητηθούν σε ψυχιατρικές διαταραχές, αλλά και σε σωματικές νόσους, ή και στην μη ειδική αντίδραση των ασθενών απέναντι στην ασθένεια και στη νοσηλεία αυτή καθεαυτή. Η ελλιπής εκπαίδευση των γιατρών σε ζητήματα θεραπευτικής σχέσης και η εσωτερική δυσλειτουργία της θεραπευτικής ομάδας καθιστούν δύσκολη την πρόληψη και αντιμετώπιση της εναντιωματικής συμπεριφοράς. Η συμβολή του ψυχιάτρου που αναλαμβάνει Διασυνδετικό/Συμβουλευτικό ρόλο είναι καθοριστική, τόσο για την πρόβλεψη, όσο και για τη διαχείριση της εναντιωματικής συμπεριφοράς. Ο ψυχίατρος κατέχει κομβική θέση καθώς καλείται να γεφυρώσει τον «δύσκολο» ασθενή με τη θεραπευτική ομάδα, έτσι ώστε ο ασθενής να πάρει τη θεραπεία που χρειάζεται αλλά δεν «θέλει» και ο γιατρός να δώσει την θεραπεία που επιθυμεί, αλλά δεν «μπορεί».

Βιβλιογραφία

- 1 Haas LJ, Leiser JP, Magill MK, Sanyer ON. Management of the difficult patient. *Am Fam Physician* 2005 Nov 15;72(10):2063-8.
- 2 Strous RD, Ulman AM, Kotler M. The hateful patient revisited: Relevance for 21st century medicine. *European Journal of Internal Medicine* 2006 Oct;17(6):387-93.
- 3 Groves JE. Taking care of the hateful patient. *N Engl J Med* 1978 Apr;20:298(16):883-7.
- 4 Anis AH, Sun H, Guh DP, Palepu A, Schechter MT, O'Shaughnessy MV. Leaving hospital against medical advice among HIV-positive patients. *CMAJ* 2002 Sep 17;167(6):633-7.
- 5 Derse AR. What part of "no" don't you understand? Patient refusal of recommended treatment in the emergency department. *Mt Sinai J Med* 2005 Jul;72(4):221-7.
- 6 Baptist AP, Warriar I, Arora R, Ager J, Massanari RM. Hospitalized patients with asthma who leave against medical advice: Characteristics, reasons, and outcomes. *Journal of Allergy and Clinical Immunology In Press, Corrected Proof*.
- 7 Duno R, Pousa E, Sans J, Tolosa C, Ruiz A. Discharge against medical advice at a general hospital in Catalonia. *Gen Hosp Psychiatry* 2003 Jan;25(1):46-50.
- 8 Schlauch RW, Reich P, Kelly MJ. Leaving the hospital against medical advice. *N Engl J Med* 1979 Jan 4;300(1):22-4.
- 9 Holden P, Vogtsberger KN, Mohl PC, Fuller DS. Patients who leave the hospital against medical advice: the role of the psychiatric consultant. *Psychosomatics* 1989;30(4):396-404.
- 10 Schafer S, Nowlis DP. Personality disorders among difficult patients. *Arch Fam Med* 1998 Mar;7(2):126-9.
- 11 Schwenk TL, Marquez JT, Lefever RD, Cohen M. Physician and patient determinants of difficult physician-patient relationships. *J Fam Pract* 1989 Jan;28(1):59-63.
- 12 Smith S. Dealing with the difficult patient. *Postgrad Med J* 1995 Nov;71(841):653-7.
- 13 Groves JE. Management of the borderline patient on a medical or surgical ward: the psychiatric consultant's role. *Int J Psychiatry Med* 1975;6(3):337-48.
- 14 Albert HD, Kornfeld DS. The threat to sign out against medical advice. *Ann Intern Med* 1973 Dec;79(6):888-91.

Αθήνα

Ιωάννης Μιχόπουλος
Β΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,
Π.Γ.Ν. «Αττικών», Ρίμινι 1, 12462, Αθήνα
Τηλ. 2105832426, fax: 2105326453
e-mail: panpsyclin@attikonhospital.gr