

NASILJE PSIHIATRIČNEGA BOLNIKA KOT URGENTNO STANJE

Miloš Francišek KOBAL

UVOD

Če je kaj šteti med urgentne postopke v psihiatriji, jih zanesljivo in na prvem mestu zahteva nasilje psihiatričnega bolnika. Njegovo nasilje pogosto terjata intervencijo varnostnih organov. Če pa se nasilje dogaja v psihiatrični ustanovi, zahteva dodaten napor osebja, ki naj ga obvlada v smislu doktrine in načel posebne nege v psihiatriji. Zapleti okrog nasilja navadno niso brez odmeva v bolnikovem okolju, pogosto pa so snov za senzacionalistično poročanje medijev.

Pri tem in pred tem si moramo razjasniti nekaj pojmov.

SPLOŠNO O NASILJU

Agresivnost in violentnost

Za živali je značilno, da se v zadovoljevanju osnovnih potreb približajo (lat. *adgredior*, pridem, pristopim, približam se) drugim živim bitjem iste ali različne vrste. Tudi če živo bitje zaradi lastnega preživetja uničijo, je njihovo približanje, s tujko **agresivnost**, konstruktivno dejanje v okviru naravnih zakonitosti. Zato med uveljavljenimi termini, ki opisujejo takšno vedenje, najdemo tudi izraz konstruktivna agresivnost.

Če so praktično vse oblike približanja (agresivnosti) konstruktivne za posamezno žival in za preživetje vrste, pa je le človek tisti, ki naravno in nujno agresivnost spreminja v uničevanje zunaj naravnih potreb, torej v nasilje. Govorimo o destruktivni agresivnosti ali **violentnosti**.

V razglabljanju se bomo zadrževali le pri violentnih oblikah ravnanja in vedenja duševnih bolnikov in oseb z duševnimi motnjami.

Vzroki nasilja

Kljub množici različnih razlag vzrokov za nasilje niso zadovoljivo pojasnili. Med seboj se spogledujejo tri izhodišča za razlago: etološko, vedenjsko in psihoanalitično.

Etološko izhodišče (gr. ethos, navada, kraj bivanja) opozarja na enakosti ali vsaj podobnosti med agresivnim vedenjem živali in človeka. Velik del takšnih zaključkov, ki so verjetno sprejemljivi, ko se tudi pri človeku uveljavi naravna in nujna agresivnost, je s svojimi opazovanji napravil K. Lorenz (1). Pri pervertirani agresivnosti, torej pri nasilju in njegovih oblikah, ki so večkrat izmaličenje človekovih teženj po varnosti in sodelovanju, pa si z etološkimi razlagami že ne moremo pomagati.

Veliko bolj prepričljivi so strokovnjaki vedenjskega teoretičnega področja, ki prepoznavajo človekovo nasilje kot posledico nepremostljivih ovir za doseganje hotenega cilja (2). Vedenje pred ovirami in njegove posledice poimenujemo **frustracijo**, četudi ta termin nima vselej in za vse istega pomena. Pred ovirami se notranja napetost v človeku nakopiči do neznosnosti. Mora se sprostiti, ne glede na stvarne cilje vedenja in samozaščito organizma. Sprostitev naj bi bila po pravilu nasilna (3). Vendar takšen način sprostitve nikakor ni absoluten, niti ni - kot kažejo izkušnje - prevladujoč. Napetost pred ovirami se lahko sprosti tudi v docela nasprotnem vedenju: v umiku, v intoksikaciji, v samopoškodbi ali celo samomoru. Za frustracijsko nasilje morajo v osebnosti obstojati dispozicije, recimo že sama usmerjenost navzven in proti okolju (ekstravertiranost), zadostna telesna moč ali nasilniška spretnost, prevladujoči vzorec za nasilno reakcijo v obstoječi kulturi (ravnanje drugih nasilnih oseb, potrjevanje "možatosti" v skupini in pred skupino, medijski vzori, zgodnje in poznejše učenje v nasilnosti s pridobivanjem izkušenj te vrste).

Izhodišča psihoanalize niso enotna. Freud kot njen začetnik in poglavitni teoretik je spoznaval v agresivnosti/violentnosti drugi tečaj človekove dvojne narave: instinktom, ki gradijo življenje (eros), nasprotujejo instinkti destrukcije, tudi človekove lastne destrukcije in smrti (thanatos). Destrukcija zmaguje, ko oslabijo sile erosa in mehanizmi za notranjo kontrolo in obvladovanje vedenja. Na ambivalentnosti človekove narave, torej na ljubezni in agresivnosti (pravilneje nasilnosti), gradi svojo razlago tudi šola objektnih odnosov.

Sicer pa je veliko resnice v dinamični ugotovitvi, da je agresivnost, pa tudi nasilje pogosto klic po ljubezni, le da se ta večinoma prej uresničuje v uničujočih posledicah, v katerih ljubezni ni mogoče vzpodbuditi ali izraziti njene konstruktivne moči.

Blizu razlagi bi bila ugotovitev švicarskega psihoanalitika P. Parina (4), ki je med prvimi opozoril na nezavedno obrambo osebnosti morebitnega nasilnika proti lastnim notranjim kontrolnim instancam, ki jih z ljudskim jezikom označimo z vestjo, psihoanalitično pa z NAD-JAZOM (superegom). Nad-

jaz je v razvoju določenih oseb izoblikovan kruto in kaznujoče. Z obrambnimi mehanizmi se mu skuša njihova osebnost izogniti in ohraniti svojo veljavo: potrditi pa jo more le na negativen, za normirano družbo nesprejemljiv način. Oseba z negativnim potrjevanjem samega sebe išče postopoma vse hujše načine, ki jo v njenih težnjah vznemirijo, njihove žrtve pa prizadenejo, pogosto do uničenja. Zato so nasilna dejanja posameznikov in nekaterih skupin vse bolj spačena in za opazovalce grozljivo nečloveška. V urejeni družbi jih (začasno) prekinejo s svojimi intervencijami službe za nadzor in varnost, v vojnih razmerah ali v totalitarnih režimih pa skoraj nimajo omejitev. Kadar se nasilje pri določeni osebi družji z duševno abnormnostjo, mora svoj delež odgovornosti nositi tudi psihiatrija.

Oblike nasilnosti

Fromm, ki še vedno vztraja pri ubesedenju agresivnosti kot veljavnem pojmu, deli destruktivno agresivnost, pravilneje pa nasilje, na **benigno** in **maligno** (5). O nasilju nam največ pove maligna agresivnost, medtem ko so med benignimi oblikami tudi nekatere dopustne ali celo poduhovljene (recimo borilni športi).

Maligno nasilje pa se kaže v le človeku lastni okrutnosti in destruktivnosti. Posebej ga označujejo maščevalnost, sadizem, množični poboji ljudi in rušenje njihovih stvaritev. Ker se v takšnih ravnanjih nasilnežem kaže uničevanje kot prava eksplozija rušilnih dogodkov in nasprotje **biofilni težnji**, je Fromm, po našem mnenju neposrečeno, prenesel pojem nekrofilije ("**nekrofilna težnja**") s tipične seksualne motnje tudi na to obliko vedenja. Bolj bi ji odgovarjal izraz **katenaofilija** (gr.: katenaron ubijem, umorim, uničim).

Pohlep po političnem maščevanju lahko prevpije tudi jasni glas lastnega interesa ali interesa celotnega naroda. Sadizem, ki ima svoj izvor v osebni motenosti posameznika, ga pa večkrat širi na skupino, je dober dokaz za popačenje lastne vesti v negativno potrjevanje. Osebe, ki jih popade sla po obsesivni čistosti naroda, rase, vere, ideologije ali sistema, znajo postati neskončno krute do tistih, ki jih ocenjujejo kot "nečiste". Od prevladujočih atavizmov ali civiliziranosti bodo odvisne konkretne, preprostejše ali bolj sublimirane oblike krutosti: zgodovina hrani o tem brezštevila sporočila.

Človekova erotičnost in seksualnost sta zaradi načinov osvajanja in / ali podrejanja osebe ali oseb partnerju v erotično spolni igri odprto področje za sadistično nasilje.

Katenaofilno nasilje je skrajnost v uničevanju vsega, kar pomeni pravo življenje. Smrt je ideal, zravnana zemlja in množični pomori ljudi pa pomenijo končni cilj posameznikov in skupin s katenaofilno usmeritvijo. Od njihove realne moči bo odvisen obseg uničevalne sle. Zgodovinski podatki pričajo o majhnih in velikih "arhitektih" človeških družb, ki ustvarjajo tako, da uničujejo.

Načela

Z nasilnim vedenjem različnih načinov in oblik se nujno srečujemo tudi v okviru psihiatrične dejavnosti, saj odseva bolezen splošne razmere v družbi. Ugotovimo lahko, da ni psihiatrije, ki se ne bi srečevala tudi z nasiljem. Toda nasilju je potrebno dati v stroki primerno mesto. Nekdanji stereotip duševnega bolnika, da je nepredvidljiv, nasilen in torej **nevaren**, pa je že na samem začetku razpravljanja o nasilnosti potrebno razbiti na izjemnost takega vedenja v (pogojno rečeno) psihotični skupini in njegovo specifičnost v skupini osebnostno motenih oseb: ni torej enega samega načina nasilnosti, s katerim bi se srečevali vedno in povsod. Pri razlagi se bomo oprli na **epidemiološke** in **izkustvene** podatke. Obsežne kategorije psihiatričnih bolnikov, kot so osebe z demenco, nevrozo, psihosomatsko boleznijo ali nekatere osebnostno motene osebe pa sploh nimajo nikakršne zveze z morebitno nasilnostjo, torej so nenasilne in nenevarne.

Različne načine in oblike nasilja je mogoče v širokem krogu abnormnega vedenja srečati v treh okoliščinah:

1. **primarno**, kadar možganski bolezenski proces zajema določene strukture v centralnem živčevju in jih notranje in/ ali zunanje draženje iz povečane agresivnosti stopnjuje do violentnosti;
2. **sekundarno**, kadar bolnik z nasilnostjo odgovarja na očitne, pa tudi bolj prikrite provokativne dražljaje svojega okolja;
3. **terciarno**, kadar je nasilje direkten izraz duševne patologije, kot so v nasilje usmerjene imperativne halucinacije, uresničenje blodnjavega doživljanja ali pa take motnje zavesti, da bolnik prepoznava sicer običajen dražljaj kot sovražno in ogrožujoče dejanje sočloveka ali pa kot grožnjo iz živega oziroma neživega okolja.

V drugi in tretji skupini upoštevamo tudi nasilno vedenje motenih oseb, pri čemer po vrsti naštevamo takšno vedenje v zvezi s paranoidno, mejno in disocialno osebnostno motenostjo.

Epidemiološki in izkustveni podatki

Psihiatrični bolnik je lahko tudi nasilen. Vendar izkustveno vemo, da se to v skupini, ki smo jo označili kot "psihotično", zgodi skrajno redko. V tem je veličina spoznanja, hkrati z nevarno naivnostjo: v prejšnjih obdobjih so bili zaradi morebitne nasilnosti bolnikov pretirano zaskrbljeni, v novejšem obdobju pa smo nanjo premalo pripravljene, torej skoraj desenzibilizirani. Zato nas posamezno nasilno dejanje preseneti in včasih celo spravi ob trezno presojo.

Ostanimo najprej pri skupini oseb s psihozo v širokem smislu te besede, ki jim lahko pridružimo nasilniško vedenje nekaterih, vendar zelo redkih duševno manj razvitih oseb.

Epidemiološko je najpopolnejša študija nemških psihiatrov Bökerja in Häfnerja (6) za takratno Zahodno Nemčijo, v kateri sta ugotovila naslednje:

- duševno bolni ne store nasilnega dejanja nič pogosteje, pa tudi nič redkeje kot duševno zdravi;
- med vsemi abnormnimi osebami, ki pripadajo diagnostični kategoriji psihoz in težje subnormalnosti, je okoli 3% storilcev nasilnih dejanj; to ustreza enakemu odstotku storilcev takšnih dejanj med zdravimi ljudmi (upoštevana starost od 10 let naprej);
- tveganje za nasilna dejanja znaša 5 na 10.000 shizofrenih bolnikov, za težjo subnormalnost in afektivno psihozo pa 6 na 100.000 bolnikov. Pri tem pa je še mogoče, da je tveganje za shizofrenijo izračunano previsoko. Pri afektivni psihozi pa morda niso zadosti upoštevali tistih bolnikov, ki so se sami usmrtili med razširjenim suicidom in bi bilo lahko tveganje zanje nekoliko višje.

Pregled najnovejše literature, ki ga je za ljubljansko poslušalstvo pripravil J. Modest s Psihiatrične klinike v Zurichu (7), ne razkriva kakšnih drugačnih podatkov od pravkar navedenih. Referent v svojih zaključkih potrjuje *"da so delikti in nasilje, ki jih neposredno pripišemo duševni bolezni, le nezaten del takšnih dejanj v celotni družbi; v študiji Swansona et al. (1990) je več kot 8 % bolnikov s shizofrenijo storilo nasilno dejanje v primerjavi z 2% oseb brez motenj. V absolutnih številkah to pomeni v teku enega leta 161 nasilnih oseb brez psihiatričnih motenj proti 2 osebama, ki sta bila hkrati bolnika s shizofrenijo (8)"*.

V Sloveniji je bilo l.1993 okoli 3.000 hospitaliziranih bolnikov. Od teh jih je imelo 19 izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v psihiatričnem zavodu (člen 64 kazenskega zakonika R Slovenije), kar naj bi opozarjalo na njihovo nevarnost po predhodni nasilnosti.

Nevarnost in nasilnost duševnih bolnikov v ožjem smislu je neznatna, čeprav nas na longitudinalni časa morda čakajo huda presenečenja. Neznatnost ne velja za kategorijo disocialne osebnostne motenosti, pri kateri je negativno, torej tudi nasilno samopotrjevanje sestavni del sindroma. Toda z disocialnostjo se srečuje družba v širšem območju družbene patologije. Psihija trija je pri tem udeležena z manjšim delom svoje strokovnosti.

Raziskovalci nas opozarjajo na približno enake odstotke nasilnosti med "zdravo" in duševno abnormno (v ožjem smislu) populacijo. To nas vodi k domnevi, ki jo potrjuje razkrivanje patoloških dinamizmov prizadetega bolnika, da nasilnost po večini sploh ni v povezavi s tem ali onim psihotičnim procesom, ampak je tudi v duševni bolezni odvisna od podobnih razlogov, ki odločajo o nasilnosti v običajnih življenjskih okoliščinah.

Primarni razlogi za nasilje

Izjemno redko bo mogoče nasilje pripisati posledici neposredne oškodbe tistih možganskih struktur, katerih draženje pospešuje agresivnost, da ta preraste v napadalnost in nasilje. Bolezenski proces - večinoma gre za novotvorbe - zajame področja hipotalamusa in okoliš tretjega ventrikla, pa tudi frontotemporalne predele. V zvezi s temi opisujejo posamezne osebe z nasilnim vedenjem. Tako je bolnica s tumorjem v hipotalamusu dobivala napade nenadnega besa, v enaki podobi kot mačke, s katerimi je eksperimentiral WR Hess (9). Pri osebi, ki je l.1966 pobila v Teksasu 14 ljudi, 24 pa ranila, so postmortalno odkrili glioblastom, ki je penetiral v osrednji del možganov (10).

Sekundarni razlogi za nasilje

Zanesljivo je najpogostejša violentnost, s katero se srečujemo v psihiatriji in izven nje, sekundarna: odgovor na zunanje neprijetne in provokativne pritiske. Pravzaprav je vprašljivo, kaj za psihiatričnega pacienta ni bilo v preteklosti (in tudi sedaj) naravnost provokativno. Neuko, pa celo bolj kvalificirano osebe mu je lepilo negativne oznake, strah pred bolnišnico se je zdel kar utemeljen, notranje razmere "totalne institucije" so bile takšne, da so prej vznemirile bolnika kot pa ga pomirile.

Od bolnikovega položaja je bilo in je še odvisno, kako in kje bo obravnavan. Nekatere bolnišnice in oddelki še sedaj veljajo za "slabše" od drugih.

Že v navadnih razmerah je težko vselej urejevati odnose s soljudmi. Če pa se v psihiatrični bolnišnici zberejo bolniki s hujšo patologijo, če so v slabih življenjskih razmerah in če jih je v prostorih več, kot bi jih po treznem

preudarku smelo biti, se med njimi pojavi več nasilnega vedenja. Več drobne nasilnosti je včasih med ženskami. Pogosteje takšno vedenje registriramo v posameznih mesecih in dnevih v tednu, v poznih večernih urah oziroma ob nekaterih stalnejših, a provokativnih situacijah. Osebe psihiatričnih oddelkov kar dobro pozna takšne situacije in jih zna tudi obvladovati.

S spremembami v bolnišnični psihiatriji, ki jih je mogoče kljub njihovi relativni počasnosti oceniti za pozitivne, bistveno upada nasilnost iz zunanjih in provokativnih razlogov. Ponekod tudi leto dni in več ne registriramo kakšnega dogodka, ki bi bil omembe vreden.

Enako kot za bolnišnico pa je treba pri nasilnosti bolnika v domačem in širšem okolju najprej iskati povezavo z različnimi življenjskimi neugodnostmi.

Pravilno je, da smo za vzroki nasilja najprej pobrskali po lastni hiši, torej v okviru psihiatrične dejavnosti. Izkustveno pa vendarle vemo, da so posamezne osebe mnogo bolj občutljive na zunanje nevšečnosti, kot pa so v poprečju druge.

Med osebami, ki hitro vzkopijo in preidejo v afekt jeze in besa, s tem pa tudi k nasilnim dejanjem, so nekatere osebnostno manj diferencirane, lahko bi rekli primitivne, četudi se s tem odrekamo kakršnikoli slabšalni opredelitvi. S povišano razdražljivostjo in s - po večini besedno - napadalnostjo odgovore na provokativne dražljaje mnogi bolniki iz kroga organske prizadetosti. Pri osebnostno spremenjenih bolnikih z epilepsijo poudarjamo njihovo povečano vzdražljivost za nasilje v negativno obarvanih disforičnih stanjih. Pri povečani nagnjenosti k nasilju disocialnih oseb, torej tistih iz druge skupine duševnih motenj, ki večkrat odseva zapletene odnose takšne osebe z drugimi ljudmi, o možnih provokacijah niti ni potrebno posebej govoriti.

Pri motenih osebah iz tega kroga se nakopičena napetost v zaprtih psihiatričnih ustanovah in v zaporih občasno razveže v **besnilu**. Oseba je v zoženi zavesti, zmedena in dezorientirana. Uničuje inventar in prostor, izjemoma napade tudi koga izmed osebja.

Tudi osebe s konverzivno simptomatiko uničijo v psihogenem napadu in ob spremenjeni zavesti kakšno svojo ali tujo stvar in povzročijo škodo doma na pohištvu ali inventarju zdravstvene ustanove. Resneje se soljudi ne lotijo, svoj bes pokažejo v slepem klofutanju, brcah, praskanju ali grizenju osebe, ki jo ocenijo za nasprotnika.

Vsem tem so skupne **reakcije kratkega stika**. V drugačnem jeziku govorimo tudi o znižani **toleranci za frustracijo** oziroma **znižanem pragu** za razdražljivost ali pa nasilje.

Za reakcije kratkega stika, ki se kažejo v nenavadno močnem besu, je značilno, da jih sprožijo majhni, dostikrat objektivno prav nepomembni povodi. Vendar se po preboju nasilnega dejanja prepričamo, da so se v osebi napetosti že dalj časa kopičile.

Terciarni razlogi za nasilje

V majhnem, vendar pomembnem in hudo obremenjujočem obsegu je nasilje neposredno ali vsaj zelo tesno povezano s posamezno duševno boleznijo, sindromom ali motnjo. V njem pa se hkrati zrcali tudi človekova osebnost kot celota. Temu se v psihiatriji ni mogoče izogniti.

Med psihozami je največ nasilnih dejanj povezanih s shizofrenijo. Bolniki pod vplivom blodenj in imperativnih halucinacij zvišajo svojo nasilnost, pri čemer je delež preganjalnih blodenj posebej očiten. Večina nasilnih dejanj shizofrenih bolnikov pa se vendarle primeri v začetnem obdobju, ko bolzni tudi zdravnik, ki prvi pride v stik z bolnikom, ne prepozna, torej v obdobju pred hospitalizacijo. Poznejših ponovitev nasilja praktično ni, razen pri izjemno redkih osebah, ki goje patološko sovražnost do sveta in soljudi.

Na poseben način se lahko izkaže bolnik z dejanjem, ki ga objektivno sicer presodimo kot nasilno, vendar ga sproži njegovo **zasuknjeno** mišljenje. Shizofrena bolnica se je na primer poročila s starejšim moškim, ki ji je pred tem z darilno pogodbo izročil svoje premičnine, pa tudi pravico do stanovanja. V svoji zasuknjnosti je izbrala "preprosto" pot, kako priti do podarjenega premoženja: kmalu po poroki je moža ubila. Pri tem pa svojega dejanja sploh ni prikrivala in je prostodušno povedala, zakaj je to storila.

Izjemoma lahko tudi huda grozavost pripravi shizofrenega bolnika do nepričakovanega napada na okolico, ki jo doživlja kot ogrožujočo.

Manični bolnik zna biti v svoji jezavosti hudo, k sreči in povečini, le besedno nasilen. Pač pa ni prezreti razširjenega suicida pri hudo depresivnem bolniku: prepričan, da njemu in drugim ni živeti, usmrti celotno družino, ali pa katerega od bližnjih, ki ga ima najrajši. Najpogoteje tudi sam zaključí življensko pot, a ni tako redko, da po poboju bližnjih ostane živ.

Mnogo oblik nasilja je povezanih z nekaterimi kvalitativnimi motnjami zavesti in s spremenjeno zavestjo v celoti. V zamračeni zavesti bolnik drugače vrednoti približevanje soljudi, recimo negovalskega osebja in zdravnika. Doživlja ga lahko kot sovražno in ogrožujočo, pa tako tudi reagira. Opisali so primere vedenja v orientirani zamračenosti, ko je bolnik vselej nasilniško ravnal s sebi bližnjim človekom ali pa uničeval predmete v istem prostoru.

Dejanja ljudi v zoženi zavesti pa so že po pravilu nasilna. S takimi motnjami zavesti smo se srečali pri besnilu v zaporu. V drugih sociokulturnih okoljih pa je nekaj podobnih oblik nasilnega vedenja iz drugačnih vzrokov.

V deželah tropske Azije poznajo izbruh nemotivirane nasilnosti kot **amok** (indonezijska beseda, ki pomeni "besno popasti"). Pojav je redek, njegova etiologija pa ni jasna. Povezujejo ga z malarijskimi vročinskimi krizami, epilepsijo, intoksikacijami, predvsem s hašišem. Prizadeti človek divja brez

cilja po okolici, očitno zamračen in v tem dezorientiran. Napada ljudi ali nesmisleno pobija manjše živali. Izčrpan se zgrudi v globok spanec.

Podobne nemotivirane reakcije besnega in brezciljnega beganja z morebitnim napadom na ljudi ali z uničevanjem predmetov opisujejo tudi v evropskih razmerah. Takšne reakcije srečamo med vojaki, ki so iz manj razvitega okolja prišli v tuje, večkrat bolj razvito in civilizacijsko bolj zahtevno okolje služiti vojaški rok ali kot pripadniki zasedbene vojske. Podobno se dogaja z delavci, ki so na začasnem delu daleč proč od doma, ali pa z begunci. Takšno z nasiljem zvezano burno reagiranje bi imelo pomembno zvezo z domotožjem. Vendar ga krepijo tudi številne prilagoditvene težave in sama nediferencirana osebnost tistega, ki tako reagira.

Če upoštevamo simptomatiko oseb s paranojo (blodnjava motnja) in z drugimi paranoidnimi psihozami ter motenost paranoidnih osebnosti, nismo presenečeni zaradi njihovih morebitnih nasilnih dejanj.

Nasilje disocialnih oseb pa je vselej pričakovano, saj je kot bistveni del vedenja vgrajeno v njihovo osebnostno motenost. Enako bomo doživeli tudi hudo nasilnost pri osebah, ki so opite ali pod vplivom drugih psihoaktivnih snovi, enako pri osebah, ki so odvisne od adiktivnih drog, še posebej v abstinenčnem obdobju. Njihova nasilnost se zveča, ko nestrpnost iščejo drogo ali ko jim to ljudje (organi varnosti, zdravniki, osebe varovanih enot v psihiatriji) preprečujejo.

POSTOPKI ZA PREPREČEVANJE IN ODPRAVO NASILJA

Pri preprečevanju in odpravljanju nasilja bi bilo protislovno govoriti o terapiji. Ustrezneje je razložiti širše zasnovano dejavnost in posamezne aktivnosti kot **postopke** (tretman), ki pa vključujejo tudi terapevtske ukrepe.

Nasilje, s katerim se srečujemo v psihiatriji, je v določeni stopnji odsev nasilja v družbi. Pričakovali bi, da bodo družbene skupnosti poskrbele za obvladovanje ali vsaj zmanjševanje nasilja. Prepričljivo smo napredovali le v organizaciji in dejavnosti varnostnih služb in v delni učinkovitosti represivnih odgovorov na takšno vedenje posameznikov in skupin. Korenin, iz katerih izvira zlo, pa se nismo niti dotaknili: dovolj znamenje je, da nasilje v naši civilizaciji celo narašča.

Psihiatrija se le z majhnim delom svoje aktivnosti dotika širšega pojava nasilnosti. S svojimi spoznanji lahko pomaga pri razumevanju nekaterih razlogov zanj. Dosežki drugih znanosti (socialne patologije, kriminologije, sociologije) so lahko vzpodbudni tudi za psihiatrijo, zlasti v preventivi in načrtovanju primernih postopkov.

Preprečevanje in obvladovanje nasilja psihiatričnih bolnikov v običajnem okolju

Splošen preventivni pomen psihiatrije je v njeni razvejanosti in dostopnosti. Iz empiričnih podatkov sklepamo, da so nasilna dejanja psihotičnih bolnikov v letih po drugi svetovni vojni v upadu in številčno vzporedna s "širšim stanjem duha" med prebivalstvom: bolj ko ljudje zaupajo stroki in manj kot je bojzani in odporov do nje, več je možnih preventivnih posegov v življenje prebivalstva. Psihiatri se dnevno srečujemo z ljudmi s hudimi nasilniškimi impulzi, enako kot tudi s suicidalnimi, vendar uspemo takšno vedenje z zdravljenjem v znatni stopnji preprečiti. Akterji medijske senzacionalnosti, neustrezna nasprotovanja alternativnih skupin hospitalizaciji in jemanju zdravil, tisti, ki smešijo psihiatrične bolnike in stroko in jo obtožujejo za "žandarmerijo v belem", nosijo vsaj posredno odgovornost za marsikateri primer nasilniškega vedenja, ki ga zaradi odporov storilca do stroke ni bilo mogoče preprečiti.

V življenju ljudi tega bolezenskega kroga se tudi v pogledu nasilnosti marsikaj dogaja: od komaj omembe vrednih nevšečnosti, čeprav so nadležne, do hudega nasilja, ki se (lahko) konča s smrtjo posameznika ali več ljudi. Zdravniki pri tem nismo izvzeti, kot nas pouči daljša zgodovina.

Sicer pa je znano, da so žrtve nasilja predvsem v bolnikovi družini ljudje iz njegove okolice, sopacienti in osebe psihiatričnih bolnišnic. Silnega vznemirjenja so deležni napadi psihiatričnih bolnikov na državnike in vidne politike. Čeprav gre za izjemne in redke dogodke, oslabijo za daljši čas trezno presojo in profesionalni odnos do obravnavanega pojava.

Nasilje psihotičnih oseb je vendarle redko. Toda na longitudinalni življenja se ne bo moč izogniti posameznemu morda zelo dramatičnemu dogodku. Z zadostno pozornostjo in brez naivnosti katerega lahko celo preprečimo.

Nasilje v prvi skupini je tesno povezano z osebami, katerih psihoza je (še) neznana, ki niso zdravljeni ali pa le slabo, zlasti ob odklanjanju zdravil in obiskov pri zdravniku. Veliko drobnega nasilja razrešijo v družinah: običajno je to signal, da postaja bolnik manifestno psihotičen ali pa da se mu je bolezen povrnila. Tu velja upoštevati zlasti za shizofrenijo vsa opozorila o njenem poslabšanju (11).

Tudi pri resnejši nasilnosti lahko zdravnik s svojo intervencijo in s pomočjo reševalcev, ki poskrbe za hospitalizacijo bolnika, razreši njeno morebitno razširitev in ponovitev. Če se odločimo za hospitalizacijo proti bolnikovi volji, moramo upoštevati veljavne predpise o tem načinu.

Sodelovanje organov varnosti, kot to dovoljuje 49. čl. Zakona o zdravstveni dejavnosti, je v letih tranzicije in demokratizacije često na preizkušnji.

Tudi organi varnosti naletijo pogosto na nerazumevanje javnosti in sovražnost tiska, kadar intervenirajo v preprečevanju in obvladovanju kakršnega koli nasilja, pa tudi tistega, povezanega z našim problemom.

Z "Navodilom o spremljanju duševnih bolnikov v zdravstvene delovne organizacije" iz l.1972 (12) smo želeli urediti te odnose. Predpis je iz "preteklih časov" in kar terja prenovo na zakonodajni in praktični ravni. Vendar eno načelo mora biti nesporno: organu ali organom varnosti je v dolžnost, da preprečijo in obvladujejo vsakršno nasilje (še zlasti, če ima znake kaznivega dejanja), in šele po obvladanju storilca ugotavljajo njegovo morebitno duševno prizadetost. Takrat se bodo za vrednotenje njegove osebnosti povezovali z zdravstveno službo. Naj velja še ena prošnja: ko pripeljejo policisti (domnevnega) bolnika k splošnemu zdravniku ali k psihiatru, naj poskrbe, da mu odstranijo vsa nevarna orodja in orožja. V tem pogledu je iz preteklega obdobja nekaj neprijetnih izkušenj.

Preprečevanje in obvladovanje nasilja v psihiatrični ustanovi

Pri bolniku, ki je sprejet v bolnišnico, pa je morebiti nasilen, spet poudarjamo **preventivo**. Korekten, human, četudi odločen in jasen postopek, kolikor zadeva osnovna pravila sožitja v ustanovi, bo hitro odbil konico poskusom nasilnega vedenja. Za tega smo dejali, da je v ogromni večini sekundarno in tu je predlagani postopek pogosto zelo učinkovit.

V ravnanju z bolnikom moramo **dopuščati**, da se ta vede drugače kot pa to zahtevamo in pričakujemo od duševno zdravih ljudi. V njegovih nasprotovanjih prošnjam in tudi zahtevam osebja je predvsem strah pred neznano situacijo, ki ga okrepijo patološka duševna doživljanja. Umirjen pogovor in prijateljsko prigovarjanje z naše strani ga lahko odpravi ali bistveno omili. Ker je zdravnik pomembna avtoriteta v očeh večine ljudi, je njegova navzočnost ob nemirnem bolniku dodatno pomirjujoča in preprečuje nasilnost. Preventivnega pomena je tudi ureditev prostorov za sprejem in bivanje bolnikov, število bolnikov, ki so v posamezni enoti, njihovo razmeščanje, upoštevanje medsebojne odnose, pa njihova težavnost v bolezenskem in značajskem pogledu, hišni red ter oblike skupinskega srečevanja, kot so skupinska terapija, terapevtska skupnost ali pa hišni parlament.

V terapiji psihiatričnih bolnikov radi poudarjamo smotrno povezavo medikamentoznega, psihoterapevtskega in socioterapevtskega kroga zdravih ukrepov. Njihovo součinkovanje je posebej pomembno za preprečevanje in odpravo nasilja. Odločilen poudarek pri obvladovanju morebitnega nasilja pa vendarle dajemo medikamentozni terapiji. Poskrbeti je treba, da

jo bolnik redno in v predpisani količini jemlje. Nasilnost posameznih bolnikov se pojavi ali zviša, če je jemanje zdravil neurejeno in nekontrolirano. Ob nasilnem dejanju pogosto ugotovimo, da je bolnik neredno jemal zdravilo, da je tablete shranjeval ali metal proč. Ob takih nerednostih je potrebno poskrbeti za primernejši, navadno parenteralni način aplikacije zdravilnega sredstva.

Ni redko, da bolniki sami potožijo o siloviti notranji napetosti, zaradi katere bi lahko postali nasilni. V terapiji bomo pri tem uspešni z nevroleptiki, ki imajo dovolj močno sedativno komponento, pa tudi z večino anksiolitikov. Parenteralna aplikacija diazepamata je večkrat odrešujoča.

S tem smo iz območja preventive že prešli k ukrepom pri manifestnem nasilnem vedenju. Od mirne odločnosti in dostojanstvenega zadržanja, pa tudi hitrega in ustreznega posega v situacijo bo odvisno, če, koliko in kako se bo nasilje razraslo. Izkušnje kažejo, da v večini primerov prav zdravnik z neprovokativno, čeprav odločno, ali pa pomirjevalno besedo zaustavi nadaljevanje nasilja.

Tudi z navzočnostjo zadostnega osebja, ki v kritičnih trenutkih z nekoliko poguma vztraja ob nasilni osebi, navadno že brez dodatnih posegov omejimo in potem tudi obvladamo začetne poskuse nasilja. Če pa je potrebno **fizično obvladovanje** nasilnega bolnika, mora osebje postopati po pravilih, ki sodijo v specialno psihiatrično nego. Poudariti pa je treba, da niso še nikjer našli načinov, ki bi v tem pogledu povsem zadovoljili kritičnega opazovalca. Z namestitvijo bolnika v poseben prostor, kjer sta možna večja varnost in nadzor, pa z njegovo morebitno fiksacijo na posteljo s posebej prirejenimi trakovi ali z drugimi načini začasnega omejevanja gibanja (13) še nismo dorekli postopkov, ki bi bili za vse nesporni in bi hkrati zagotavljali varnost. Zdravnik, ki naj bo po možnosti ob izbruhu nasilja takoj navzoč, se praviloma ne udeležuje fizičnega omejevanja nasilnih oseb. Njegova dolžnost je, da poskrbi za ustrezno urgentno medikacijo, ki je bodisi v skladu s splošno medikacijo pri duševnih boleznih, bodisi predstavlja način hitre nevroleptizacije. Ko se zdravnik po izčrpanju drugih metod in po skrbnem pretehtanju tveganja in koristi odloči za ta način, uporabi **butirofenon** intramuskularno 2,5 do 10mg na 30 do 60 minut. Običajno so potrebne ena do štiri injekcije, prva tudi v najbližjo mišico, morebiti brez aspiracije, učinek pa se pokaže že v nekaj minutah. Upoštevati mora tudi morebitne stranske učinke te medikacije (14).

Marsikatero ugotovitve, ki smo jih zapisali v zvezi s hospitaliziranim bolnikom, je mogoče smiselno uporabiti tudi v bolnikovem domačem okolju ali pa kje drugje (javni prostori, ulica, zapor).

NAVODILA ZA FIZIČNO OBVLADOVANJE NASILNIH OSEB, KI SO LAHKO NEVARNE

1. Izdelati posebno navodilo z opisom metod fizičnega omejevanja.
2. Določiti sestavo tima (optimalno 6 oseb, običajno zadošča tudi 5 oseb).
 - A) Ena oseba vodi omejevalni postopek in nadzoruje pacientovo glavo.
 - B) Po ena oseba kontrolira po eno okončino.
 - C) Ena oseba aplicira terapijo.
3. Oblikovati poseben načrt za fizično omejevanja, vključno s porazdelitvijo vlog.
4. Pripraviti posebno opremo in zdravila.
5. Seznaniti pacienta o opcijah obravnave.
6. Prositi pacienta, da se uleže, da bi mu lahko nadeli vezi*.
7. Nadaljevati pogovor s pacientom o njegovih občutjih in problemih v zvezi s postopkom.
9. Nikoli pustiti pacienta samega.
10. Razpravljati z negovalci o nadaljnjem opazovanju pacienta, o nadaljnjih postopkih, o morebitni odstranitvi vezi in ukinitvi medikacije in podobno.
11. Odstraniti vezi - z ene okončine naenkrat.

* Najboljše so usnjene podložene vezi za zapestja in gležnje.

HITRA NEVROLEPTIZACIJA

1. Uporabljati jo le po izčrpanju drugih metod.
2. Skrbno pretehtati tveganja in koristi.
3. Aplicirati intramuskularno haloperidol (Haldol).
4. Doziranje:
 - a) 2,5 do 10 mg haloperidola i.m. na 30. do 60 minut,
 - b) pro dosi: 1 do 10 mg,
 - c) pacient običajno potrebuje eno do štiri injekcije,
 - d) celotna dnevna doza je 100 do 120 mg.
5. Učinek se pokaže v nekaj minutah.
6. Običajni stranski pojavi so hipotenzija, sedacija, ekstrapiramidne motnje (akutne distonije).
7. Po akutnem zdravljenju je običajno potrebno preiti na oralno antipsihotično terapijo.

LITERATURA

1. Lorenc (Lorenz) K. O agresivnosti. Beograd: V. Karadžić, 1970.
2. Maier NRF. Frustration. The Study of Behavior without a Goal. New York: Mc Graw-Hill, 1949.
3. Dollard J, Miller NE. Personality and Psychotherapy. New York: Mc Graw - Hill, 1958.
4. Parin P. Die Abwehrmechanismen der Psychopathen. Psyche 1961; 5: 322-329.
5. From E. Anatomija ljudske destruktivnosti I i II. Zagreb: Naprijed, 1979.
6. Böker W, Häfner H. Gewalttaten Geistigesgestorten. Berlin: Springer, 1973.
7. Modestin J. Schizophrenia, criminality, and violence. In: Kocmur M (ed). Shizofrenija. Zbornik predavanj. Ljubljana: Psihiatrična klinika, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo, 1998: 17 - 30.
8. Modestin J. Schizophrenia, criminality, and violence. In: Kocmur M (ed). Shizofrenija. Zbornik predavanj. Ljubljana: Psihiatrična klinika, Center za izvenbolnišnično psihiatrijo, 1998: 27-28.
9. Hess WR. Das Zwischenhirn. Syndrome, Lokalisationen, Funktionen. Basel:B. Schwalbe, 1954.
10. Kobal M. Agresivnostni sindrom. In: Milčinski L (ur). Psihiatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1986 : 514 -518.
11. Lader M. Kaj je poslabšanje bolezni pri shizofreniji? (prevod). Viceversa 1997; 16: 8-18.
12. Navodilo o spremljanju duševnih bolnikov v zdravstvene delovne organizacije; Republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo št. 51- 9-71 z dne 21.10.1972.
13. Navodila za fizično obvladovanje nasilnih oseb, ki so lahko nevarne (pripravil J. Darovec).
14. Hitra nevroleptizacija (pripravil J. Darovec).