

ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΕΥΠ – ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΕΛΕΝΑ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΤΣΙΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΑΤΡΑ 2015

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου σε όσους με βοήθησαν και μου συμπαραστάθηκαν στην ολοκλήρωση αυτής της πτυχιακής εργασίας. Ιδιαίτερα την καθηγήτριά μου Δρ. Έλενα Μιχαλοπούλου για την στήριξη και την βοήθεια που μου πρόσφερε καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής της πτυχιακής μου εργασίας.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο άνθρωπος κατά τη διάρκεια της ζωής του περνάει από διάφορα στάδια. Στην είδηση ότι πάσχει από κάποια μορφή ασθένεια τον οδηγεί στην ανάπτυξη μιας περίεργης συμπεριφοράς πρωτόγνωρη για το συγγενικό του περιβάλλον. Το κυρίαρχο σύμπτωμα που εμφανίζεται είναι η επιθετικότητα που συνυπάρχει με την ασθένεια και η επιθετικότητα που μπορεί να είναι και στοιχείο του χαρακτήρα του ασθενούς. Στόχος αυτής της εργασίας είναι να ανακαλύψουμε τις βλαβερές συνέπειες που έχει για την υγεία η επιθετικότητα αλλά και τις «ρίζες» από τις οποίες πηγάζει.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η εργασία αυτή αναφέρεται στην επιθετική συμπεριφορά ως μια παθολογική κατάσταση. Αρχικά ορίζεται η έννοια της επιθετικότητας και παρακάτω αναλύονται τα βιολογικά δεδομένα. Έπειτα επισημαίνονται οι παράγοντες και οι μορφές της επιθετικότητας. Επιπλέον ορίζεται ο αυτοκαταστροφικός ασθενής καθώς και ο τρόπος αντιμετώπισής του και κυρίως αναλύεται ο σωματικός περιορισμός και η απομόνωση. Ως εναλλακτικός τρόπος αντιμετώπισης θεωρείται και το χιούμορ. Τέλος γίνεται ιδιαίτερος λόγος στον τρόπο αντιμετώπισης της οικογένειας του ψυχικά νοσούντος καθώς και για τον ιδιαίτερο ρόλο του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση του πάσχοντος.

## **SUMMARY**

This study refers to aggressive behaviour as a pathological situation. Initially a definition of aggressiveness, physiological data, factors and types of aggressive behaviour are analysed. An attempt to define patients with self harming behaviour as well as ways to care for these patients with an emphasis of physical restraint and isolation are described. Humor as an alternative approach is explored. Lastly an exploration of the role of the nurse in caring for mentally ill patients and their families is offered.

Περίληψη.....	4
Εισαγωγή.....	8
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</b>	
1.1 Ορισμός της επιθετικότητας.....	10
1.2 Παθοφυσιολογία της επιθετικότητας.....	11
1.3 Η νευροψυχολογία της επιθετικότητας.....	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</b>	
2.1 Κλητικοί παράγοντες επιθετικότητας.....	16
2.2 Μορφές επιθετικότητας.....	17
2.3 Παράγοντες εμφάνισης επιθετικότητας.....	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</b>	
3.1 Διαταραχές που έχουν σχέση με την επιθετικότητα.....	21
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</b>	
4.1 Ορισμός αυτοκαταστροφικού ασθενή.....	30
4.2 Παράγοντες κινδύνου αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς.....	31
4.3 Αντιμετώπιση του επιθετικού βίαιου ασθενούς.....	35
4.4 Αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενούς.....	37
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ</b>	
5.1 Η επιβολή σωματικού περιορισμού.....	39
5.2 Επιθετική συμπεριφορά και χρήση του σωματικού περιορισμού.....	40
5.3 Η επιθετική συμπεριφορά και η χρήση της απομόνωσης.....	41
5.4 Ενδείξεις χρήσης σωματικού περιορισμού και απομόνωσης.....	42

5.5 Αντενδείξεις της χρήσης σωματικού περιορισμού και απομόνωσης.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	
6.1 Η χρήση του χιούμορ στην φροντίδα ψυχικά ασθενών.....	44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	
7.1 Ακούσια Νοσηλεία.....	48
7.2 Δικαιώματα των ασθενών.....	49
7.3 Δικαιώματα της άρνησης της θεραπείας.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΟΟ	
8.1 Ψυχοθεραπεία και πρόληψη στους ψυχικά πάσχοντες και στην οικογένεια.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΝΑΤΟ	
9.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	55
9.2 Σωματικός περιορισμός - απομόνωση και ο ρόλος του νοσηλευτή.....	59
9.3 Χιούμορ και νοσηλευτής.....	61
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ	
10.1 Συμπέρασμα Επίλογος.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ	
11.1 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	65
11.2 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας.....	69
Παραρτήματα.....	73
Βιβλιογραφία.....	74

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επιθετικότητα αποτελεί έναν τρόπο συμπεριφοράς όπου ο θύτης έχει στόχο να βλάψει τον εαυτό του ή να τραυματίσει κάποιον άλλον. Το άτομο αυτό προβαίνει σε τέτοιου είδους πράξεις στην περίπτωση απουσίας αυτοελέγχου. Ανάλογα με την αιτία ύπαρξης της οι παράγοντες εμφάνισης της μπορεί να είναι: βιολογικοί, κοινωνικοί και τέλος κοινωνικό-πολιτισμικοί. Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει την τάση να αντιδρά σε οτιδήποτε μη φυσιολογικό για εκείνον. Έτσι, για να μπορέσει να ισορροπήσει στις παρορμήσεις της επιθετικότητας αμύνεται προκαλώντας μια αλυσίδα διαταραχών όπως: οργανικές ή ψυχικές διαταραχές, διαταραχές από υπερβολική χρήση ουσιών, ψυχωσικές και συναισθηματικές διαταραχές, διαταραχές του ελέγχου των παρορμήσεων, διαταραχές της νηπιακής, παιδικής ηλικίας και εφηβείας, διαταραχές της προσωπικότητας και τέλος διαταραχές που προκαλούνται από στρεσογόνο παράγοντα.

Ένα σημαντικό κομμάτι της επιθετικότητας είναι η συμπεριφορά του αυτοκαταστροφικού ασθενή. Αυτό το είδος ασθενών έχουν την τάση να προκαλούν κακό στον εαυτό τους. Παρουσιάζουν ένα συγκεκριμένο είδος σκέψεων και συμπεριφοράς που ως αφετηρία έχει τον αυτοκτονικό ιδεασμό, ως συνέχεια την απόπειρα και ως τέλος την αυτοκτονία. Σύμφωνα με μελέτες κάθε είκοσι δευτερόλεπτα πραγματοποιείται μια αυτοκτονία σε όλο τον κόσμο και κάθε ένα δευτερόλεπτο μια απόπειρα. Οι παράγοντες κινδύνου της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι: προδιαθεσικοί, εκλυτικοί και τέλος ευοδωτικοί. Ενώ η κατάθλιψη αποτελεί κυρίαρχο σύμπτωμα.

Ο κατάλληλος τρόπος αντιμετώπισης προσφέρει στον ασθενή σταθερότητα και ασφάλεια. Ο σωματικός περιορισμός περιορίζει την εμφάνιση της επιθετικής συμπεριφοράς και ταυτόχρονα προστατεύει το νοσηλευτικό προσωπικό από τυχόν ατυχήματα. Παράλληλα η απομόνωση εξασφαλίζει ένα ήρεμο και ειδικά διαμορφωμένο χώρο στον ασθενή που έχει ως στόχο τη διαχείριση της επιθετικότητας. Σημαντικός τρόπος αντιμετώπισης της επιθετικότητας είναι και το χιούμορ το οποίο δημιουργεί ευεξία στον οργανισμό καθώς βοηθά στην καταπολέμηση των αρνητικών συναισθημάτων. Η χρήση όμως των παραπάνω μεθόδων χρήζει ιδιαίτερης προσοχής από τους νοσηλευτές καθώς απαιτεί την τηρήσει των κατευθυντήριων γραμμών.

Ο νοσηλευτής θα πρέπει να είναι κοντά στον ασθενή να τον παρατηρεί διακριτικά να του προσφέρει φροντίδα, να τον συμβουλεύει. Δεν αρκεί μόνο να του χορηγεί την



φαρμακευτική του αγωγή, είναι υπεύθυνος να αξιολογεί τη συνολική του εικόνα όπως: εάν φροντίζει την ατομική του υγιεινή, εάν η εμφάνισή του είναι παραμελημένη, εάν το βράδυ κοιμάται, εάν είναι φιλικός με τους υπόλοιπους ασθενείς ή αν είναι μοναχικός. Επίσης θα πρέπει να παρατηρεί προσεκτικά τον τρόπο ομιλίας του εάν είναι πιεστικός και αν παρουσιάζει ανακοπή σκέψεων.

Τις περισσότερες φορές οι επιθετικές στάσεις των πασχόντων και οι ανεπαρκείς τρόποι αντιμετώπισης του από την οικογένεια τους οδηγεί σε μια ιδιαίζουσα μορφή νοσηλείας την λεγόμενη Ακούσια Νοσηλεία. Η συγκεκριμένου τύπου νοσηλεία πραγματοποιείται κατόπιν εντολής εισαγγελέα και συνεννόησης των αστυνομικών αρχών με τους συγγενείς. Ο τρόπος που γίνεται η εισαγωγή τους στην κλινική δεν τους διαφοροποιεί από τους υπόλοιπους ασθενείς διατηρώντας τα δικαιώματά τους τα οποία πρέπει να γίνονται σεβαστά.

Η παραπάνω διαδικασία προκαλεί ανάμικτα συναισθήματα στην οικογένεια όπου από την μια πλευρά νιώθουν αισθήματα ενοχής και εγκατάλειψης ενώ από την άλλη πλευρά αναγνωρίζουν πως δεν μπορούν να προσφέρουν εποικοδομητικά. Η έναρξη μιας μορφής θεραπείας όπως είναι η ψυχοθεραπεία είναι σε θέση να τους βοηθήσει να κατανοήσουν καθώς και να αποδεχτούν την σοβαρότητα της κατάστασης. Η υγιείς επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας προλαμβάνει την επιθετικότητα η οποία οδηγεί σε προβλήματα συμπεριφοράς ή ψυχικής διαταραχής.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 Ορισμός επιθετικότητας

Οι πράξεις επιθετικής, βίαιης συμπεριφοράς αποτελούν μαζί με τις αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές μεγάλα κοινωνικά προβλήματα. Εντούτοις, οι παράγοντες που προσδιορίζουν την ανθρώπινη επιθετικότητα δεν έχουν επαρκώς διερευνηθεί και αποσαφηνιστεί. Το γεγονός αποδίδεται, κυρίως στη δυσχέρεια αποσαφήνισης και προσδιορισμού εννοιών και καταστάσεων, που αποτελούν εκφράσεις τις επιθετικής συμπεριφοράς όπως θυμός, εχθρότητα, ευερεθιστότητα, οργή, φθόνος, παρορμητικότητα και τις μεταξύ τους σχέσεις (Κονταξάκης, 2013).

Ως επιθετικότητα ορίζεται εκείνο το είδος συμπεριφοράς το οποίο έχει ως σκοπό να προκαλέσει ζημιά σε άτομα ή αντικείμενα. Η επιθετική αυτή συμπεριφορά μπορεί να βασίζεται σε φυσική επίθεση, φραστική επίθεση ή παραβίαση των δικαιωμάτων των άλλων. Η ανθρώπινη επιθετικότητα είναι ένα φαινόμενο παγκοσμίως γνωστό. Μπορεί να χαρακτηριστεί ως βλαπτική και εχθρική ή ως μια καταστρεπτική συμπεριφορά προκαλούμενη από ματαίωση και μπορεί να είναι συλλογική ή ατομική (Λύκουρας 2008).

Η επιθετική συμπεριφορά στους ανθρώπους εκδηλώνεται με τη μορφή βάνουσων πράξεων εναντίων των άλλων. Στην πρόκληση σωματικών ζημιών από κάποιο άτομο σε ένα άλλο περιλαμβάνεται ο ξυλοδαρμός, ο βιασμός, η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση. Η επιθετική αυτή συμπεριφορά οφείλεται σε πολλές παθολογικές καταστάσεις που μπορεί να οφείλεται η στέρηση ουσιών και η διαταραχή στον έλεγχο των παρορμήσεων όπως οι ψυχώσεις (Κονταξάκης, 2013).

Σημαντικά σημεία για την πρόβλεψη αυτής της συμπεριφοράς είναι οι βίαιες πράξεις, οι απειλές, η αυξανόμενη ψυχοκινητική διέγερση, οι ιδέες διώξεως οι ψευδαισθήσεις. Για σωστή εκτίμηση όμως, μια τέτοια κατάσταση θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν μας το ιστορικό του ασθενούς, το φύλο, την ηλικία και την κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Με τους κατάλληλους χειρισμούς, όπως η χρήση ψυχοκοινωνικών τεχνικών πρέπει να αντιμετωπιστεί η βία και να επαναφερθεί η διαταραγμένη συμπεριφορά του ασθενή σε ένα ήρεμο για αυτόν περιβάλλον. (Χριστοδούλου, 2008).

Επίσης, η επιθετική συμπεριφορά τις πιο πολλές φορές δεν οφείλεται, σε κάποια ψυχοπαθολογία. Μάλιστα, σε ορισμένες συνθήκες θεωρεί κανείς ότι το φυσιολογικό άτομο θα αντιδράσει με επιθετικότητα και θεωρεί την έλλειψη επιθετικότητας ως ένδειξη ψυχοπαθολογίας (Νέστορας, 1992).

## 1.2 Παθοφυσιολογία της επιθετικότητας

Όλα τα όργανα του σώματος περιλαμβάνοντας και τον ανθρώπινο εγκέφαλο θα υποστούν κάποια φθορά. Οι διαδικασίες αυτές της φθοράς είναι δυνατόν να υπάρχουν σε κάποιες περιοχές του εγκεφάλου με την ανάλογη κλινική εικόνα. Μια από τις πιο σοβαρές επιπτώσεις είναι αυτή της κροταφομετωπιαίας περιοχής η οποία είναι πιθανόν να εμφανιστεί από την εφηβική ηλικία και να εκδηλωθεί με επιθετικότητα, αντικοινωνική συμπεριφορά, χωρίς αιτία θυμούς, περιορισμός της μνήμης και τάση στις εξαρτησιογόνες ουσίες (Παναγιωτάκη, 2013).

### *Top down έλεγχος*

Ο ρόλος του top down ελέγχου είναι η ρύθμιση των νευρώνων από πάνω προς τα κάτω και ο έλεγχος της φυσιολογίας που αφορά την άμεση ρύθμιση από τον εγκέφαλο των φυσιολογικών λειτουργιών. Οι κυτταρικές λειτουργίες περιλαμβάνουν την παραγωγή των T-λεμφοκυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος κ των αντισωμάτων και άνοση συναφών ομοιοστατικών λειτουργιών όπως το ήπαρ γλυκονεογένεσης, την επαναρρόφηση του νατρίου και τον καφέ λιπώδη ιστό. Αυτή η ρύθμιση γίνεται μέσω του συμπαθητικού και παρασυμπαθητικού συστήματος (το αυτόνομο νευρικό σύστημα) και την άμεση νεύρωση των οργάνων και των ιστών του αίματος που ξεκινάει από το εγκεφαλικό στέλεχος. Οι χαμηλές περιοχές του εγκεφάλου είναι υπό τον έλεγχο του εγκεφαλικού φλοιού. Η φλοιώδης ρύθμιση διαφέρει μεταξύ της αριστερής και δεξιάς πλευράς (Παναγιωτάκη, 2013).



### *Το εγκεφαλικό κύκλωμα*

Βιολογικά, η επιθετικότητα θεωρείται πως έχει σχέση με την ανισορροπία μεταξύ του top-down ελέγχου του προμετωπιαίου και πρόσθιου υπερμεσολόβιου φλοιού, στους παράγοντες προσαρμογής της συμπεριφοράς στα κοινωνικά πρότυπα, στο σχηματισμό των προσδοκιών ανταμοιβής και τιμωρίας και την πίεση των επιθετικών συμπεριφορών, και των επιτακτικών bottom-up ενορμήσεων που πυροδοτούνται από τις μεταιχμιακές δομές, όπως είναι η αμυγδαλή. Ένα συναισθηματικά έντονο ερέθισμα που ενεργεί ως πυροδοτητής του επιθετικού συμβάντος γίνεται κατ αρχήν αντικείμενο επεξεργασίας από το ακουστικό, το οπτικό και τις άλλες αισθητηριακές περιοχές επεξεργασίας. Σε αυτή τη φάση, αισθητηριακές διαστρεβλώσεις, που ίσως να προέρχονται από χρήση ουσιών ή μεταβολικές διαταραχές, είναι δυνατόν να έχουν ως συνέπεια διαστρεβλωμένες

αισθητηριακές ενδείξεις, οι οποίες μπορεί να μεγαλώσουν την πιθανότητα έτσι ώστε το ερέθισμα να θεωρηθεί ως απειλητικό ή προκλητικό. Μετά την αισθητηριακή επεξεργασία, η εκτίμηση του ερεθίσματος μεταβαίνει στις δομές οπτικής και ακουστικής επεξεργασίας και καταλήγει στις περιοχές υψηλού βαθμού επεξεργασίας, συμπεριλαμβανομένου του προμετωπιαίου, κροταφικού και βρεγματικού φλοιού (Γιωτάκος, 2008).

Αυτά τα στάδια διεργασίας των πρώιμων στοιχείων ενδέχεται να επηρεαστεί από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, που σχηματίζουν την πρόσληψη της πρόκλησης καθώς και από γνωσιακές διαστρεβλώσεις, που είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε παρανοϊκού τύπου πεποιθήσεις. Η μεταβολή του ερεθίσματος σε σχέση με τις προγενέστερες συναισθηματικές συνθήκες που έχουν κωδικοποιηθεί στην αμυγδαλή και τις άλλες που έχουν σχέση με μεταιχμιακές περιοχές θα ενεργοποιήσουν την ενόρμηση για κάποια επιθετική ενέργεια. Αντίθετα ο προμετωπιαίος φλοιός θα σχηματίσει την top-down ομαλοποίηση αυτών των συναισθηματικών αντιδράσεων, ασκώντας πίεση στις συμπεριφορές με αρνητικές συνέπειες. Η ανισορροπία αυτή μεταξύ των μεταιχμιακών παρορμήσεων και των μηχανισμών προμετωπιαίου ελέγχου, ίσως να αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για πολλές ψυχιατρικές διαταραχές (Γιωτάκος, 2013).

#### Φλοιός



Ο σημαντικός ρόλος του προμετωπιαίου ελέγχου στις βίαιες και αντικοινωνικές συμπεριφορές εμφανίστηκε αρχικά στο πλαίσιο των προμετωπιαίων φλοιικών αλλοιώσεων που είχαν αποτέλεσμα βίαιες συμπεριφορές. Αυτές οι αλλοιώσεις ήταν συνέπεια τραύματος, όγκου ή μεταβολικών διαταραχών. Ενδεικτικό παράδειγμα αυτής της πιθανότητας είναι το περιστατικό του Phineas Gage. Ο Phineas Gage ήταν ένας Αμερικανός επιστάτης στην κατασκευή ενός σιδηρόδρομου που υπέστη ένα εργατικό ατύχημα όταν μια μεγάλη σιδερένια ράβδος εισχώρησε μέσα στο κεφάλι του

καταστρέφοντας ένα μεγάλο μέρος του αριστερού μετωπιαίου λοβού του εγκεφάλου του. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την εκδήλωση επιλοκών στην προσωπικότητα και την συμπεριφορά του για τα επόμενα δώδεκα χρόνια της ζωής του. Πάσχοντες που φέρουν τραύμα στον μετωπιαίο λοβό ενδεχομένως να ασκήσουν απειλές και σωματική βία σε έντονες καταστάσεις. Ο κροταφικός λοβός έχει ενεργό ρόλο επίσης στην τάση για επιθετικότητα. Ασθενείς με όγκους ή κροταφικές αλλοιώσεις, όπως επίσης και επιληπτικά επεισόδια, που σχετίζονται με μη οξεία μετακριτική επιθετική συμπεριφορά. Ελάττωση της προμετωπιαίας φαιάς ουσίας και δομικές μεταβολές του μέσου κροταφικού φλοιού και ιπποκάμπου έχει παρατηρηθεί σε άτομα που κατέχουν αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Αντίθετα σε πάσχοντες με οριακή διαταραχή προσωπικότητας έχει σημειωθεί σημαντική ελάττωση του όγκου του αριστερού κροταφικού φλοιού αλλά και του δεξιού πρόσθιου υπερμεσολόβιου η οποία είναι ιδιαίτερα εντοπισμένη στην περιοχή Brodmann24 (Γιωτάκος, 2013).

Σε συγκεκριμένη έρευνα με fMRI, οι οριακοί πάσχοντες έδειξαν, σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες, αυξημένη δράση στην αμυγδαλή, την ατρακτοειδή έλικα, την παραιπποκάμπια έλικα, τον πλαγιοκοιλιακό προμετωπιαίο φλοιό, τις περιοχές που σχετίζονται με την αισθητηριακή και συναισθηματική επεξεργασία, την παρεγκεφαλιδική κλιτή, και τις ινιακές οπτικές περιοχές. Οι υγιείς συμμετέχοντες έδειξαν πιο μεγάλη δραστηριότητα στην νήσο του Reil, που συμμετέχει στην διεργασία των σπλαχνικών αισθήσεων και στον πλαγιοπίσθιο μέσο ραχιαίο, ο οποίος μετέχει στη γνωστική διεργασία.

Όταν τους πρότειναν να πιέσουν τα αρνητικά συναισθήματα, οι οριακοί πάσχοντες έδειξαν, σε σχέση με τους υγιείς, πιο μικρή δραστηριότητα του πρόσθιου υπερμεσολόβιου καθώς και των βρεγματικών αυλάκων. Τα συγκεκριμένα πρότυπα δραστηριοποίησης υποδεικνύουν ανεπαρκή διεργασία από τις φλοιικές περιοχές, το οποίο συνεισφέρει στη μη επαρκή καταπίεση συμπεριφορών με αρνητικά αίτια (Γιωτάκος, 2013).

#### *Υποφλοιώδεις δομές*

Οι αυξημένη δραστηριότητα των υποφλοιωδών δομών, ενώ υπάρχει μειωμένος έλεγχος μετωπιαίου top-down, είναι πιθανόν να οδηγήσει σε άνευ αναστολών θυμό και βία. Υπερδραστηριότητα της αμυγδαλής έχει σημειωθεί σε οριακούς ασθενείς που είναι παρόν σε αρνητικές εικόνες, σε πρόσωπα που παρουσιάζουν αρνητικό ή θετικό συναίσθημα, καθώς επίσης και σε εικόνες με τραυματικές σκηνές. Το λεγόμενο kindling κάνει την εμφάνιση του όταν τα κυκλώματα που προέρχονται από επαναλαμβανόμενο ερεθισμό είναι ευαίσθητα στο μελλοντικό ερεθισμό. Οι περιοχές που παίρνουν μέρος σε αυτό το φαινόμενο περιλαμβάνουν περιοχές του μεταιχμιακού φλοιού, όπως είναι η αμυγδαλή. Το φαινόμενο αυτό έρχεται προς συζήτηση, όταν υπάρχουν επαναλαμβανόμενα επεισόδια διπολικής διαταραχής, όπως επίσης μπορεί να συζητηθεί και στην περίπτωση των επαναλαμβανόμενων εκρηκτικών και επιθετικών ξεσπασμάτων, μέσα στα οποία ανήκουν εκείνα που σχετίζονται με τη χρήση ουσιών. Σημαντική θέση σε αυτή τη θεωρία αποτελεί

το γεγονός των ευεργετικών επιρροών των αντιεπιληπτικών φαρμάκων (Χριστοδούλου, 2008).

### *Νευροδιαβιβαστές*

Η σεροτονίνη εξυπηρετεί τις προμετωπιαίες φλοιικές περιοχές, όπως είναι ο μετωπιαίος φλοιός και ο πρόσθιος υπερμεσολόβιος φλοιός, οι οποίοι συμμετέχουν στη διεύθυνση και στην καταπίεση της εμφάνισης επιθετικών συμπεριφορών, επιδρώντας πρωτίστως στους 5-HT υποδοχείς σεροτονίνης. Η μειωμένη ύπαρξη στη σεροτονινεργική εννεύρωση αυτών των περιοχών έχει ως αποτέλεσμα την χωρίς αναστολές επιθετικότητα έπειτα από πρόκληση. Αυτό το μοντέλο ενισχύεται από έρευνες που απέδειξαν πως οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) ελαττώνουν την παρορμητική επιθετικότητα, καθώς επίσης ενισχύεται από νευροβιολογικές έρευνες, οι οποίες φανέρωσαν ελάττωση στη συγκέντρωση του σεροτενινεργικού μεταβολίτη 5-υδροξυεινδολοακετικό οξύ (5-HIAA) σε πάσχοντες με φανερά επιθετικότητα ή σε βίαιες απόπειρες αυτοκτονίας. Οι ανταγωνιστές των 5-HT<sub>2A</sub> υποδοχέων προκαλούν ελάττωση της παρορμητικότητας σε μοντέλα της διαταραχής σε ζώα και τα άτυπα αντιψυχωτικά, τα οποία έχουν αξιοσημείωτο 5-HT<sub>2A</sub> ανταγωνισμό, έχουν αντιεπιθετική επιρροή σε κλινικούς πληθυσμούς (Χριστοδούλου, 2008).

Οι ανταγωνιστές των 5-HT<sub>2c</sub> υποδοχέων ελαττώνουν την παρορμητικότητα. Αυτό υποδεικνύει πως οι δύο αυτοί υπότυποι υποδοχέων κατέχουν συμπληρωματικό ρόλο στη ρύθμιση της επιθετικότητας. Τα ευρήματα που βρέθηκαν σε έρευνες εφαρμόσιμες σε μεταθανάτιους ιστούς εγκεφάλων και σε αιμοπετάλια αυτοκτονικών ασθενών διαβεβαιώνουν την άποψη ότι η αυξημένη 5-HT<sub>2A</sub> δέσμευση σχετίζεται με την αυτοκτονικότητα. Τα ευρήματα αυτά είναι συναφή με την υπόθεση που υποστηρίζει ότι ο 5-HT<sub>2A</sub> ανταγωνισμός μπορεί να μειώσει την παρορμητικότητα (Χριστοδούλου, 2013).

Η μεγάλη δραστηριότητα των κατεχολαμινών, ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη, ενισχύει την επιθετικότητα. Για αυτό το λόγο, οι καταθλιπτικοί ασθενείς, που συνηθίζουν να έχουν μικρή νοραδρενεργική δραστηριότητα δεν εμφανίζουν την επιθετικότητα που έχουν οι ασθενείς με διαταραχές προσωπικότητας. Η ντοπαμίνη σχετίζεται με την εκδήλωση και την εκτέλεση της επιθετικής συμπεριφοράς και ο μικρότερος αριθμός D1 υποδοχέας φανέρωσε πως σχετίζεται με τους καταθλιπτικούς ασθενείς που εκδηλώνουν κρίσεις θυμού. Οι β-αδρενεργικοί αποκλειστές έχουν χρησιμοποιηθεί και στην κλινική πράξη για την καταστολή της επιθετικής συμπεριφοράς ασθενών με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές (Γιωτάκος, 2013).

Η ανισορροπία στη γλουταμινεργική / γκαμπαμινεργική δραστηριότητα μπορεί να συντελέσει στην μεγαλύτερη δραστηριότητα των υποφλοιωδών μεταχιακών περιοχών. Οι τροποποιητές του υποδοχέα γ-αμινοβουτυρικού οξέως τύπου A (GABA<sub>A</sub>) είναι δυνατόν να αυξήσουν την επιθετικότητα και η τιαγκαμπίνη, ένας αναστολέας επαναπρόσληψης GABA, ελαττώνει την επιθετικότητα, καταπιέζοντας ίσως τις αντιδράσεις σε μη ευχάριστα ερεθίσματα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η μειωμένη

δραστηριότητα των GABA υποδοχέων και η αυξημένη γλουταμινεργική δραστηριότητα συντελούν στην αύξηση της επιθετικότητας (Λύκουρας, 2008).

Μεγάλες συγκεντρώσεις τεστοστερόνης έχουν σημειωθεί σε πληθυσμούς που χαρακτηρίζονται από αυξημένο ποσοστό επιθετικότητας, μέσα στο οποίο περιλαμβάνονται αλκοολικοί εγκληματίες, εγκληματίες με διαταραχές προσωπικότητας, θύτες συζυγικής ή σεξουαλικής κακοποίησης. Η τεστοστερόνη και τα στεροειδή είναι πιθανόν να προκαλούν επιθετικότητα, σε συνύπαρξη με τη δράση των νευροδιαβιβαστών, κάνοντας πιο ισχυρή την απάντηση του εγκεφαλικού κυκλώματος που έχει σχέση με την κοινωνική επιθετικότητα (Γιωτάκος, 2013).

### **1.3 Η νευροψυχολογία της επιθετικότητας**

Η συμπεριφορά είναι λειτουργία ολόκληρου του εγκεφάλου και όχι κάποιας συγκεκριμένης μοίρας του. Συγκεκριμένες όμως λειτουργίες, σχετιζόμενες με ειδικούς τύπους συμπεριφοράς, όπως οι συγκινήσεις, οι υποσυνείδητες κινητικές και αισθητικές παρορμήσεις, τα ενδογενή αισθήματα πόνου και ευχαρίστησης και η επιθετική συμπεριφορά, επιτελούνται κυρίως από ανατομολειτουργικά στοιχεία του κεντρικού νευρικού συστήματος. Τα τελευταία βρίσκονται στις κεντρικές περιοχές του εγκεφάλου και που όλα μαζί ονομάζονται μεταιχμιακό σύστημα (Καραπέτσας, 1992).

Στο κέντρο του μεταιχμιακού συστήματος βρίσκεται ο υποθάλαμος και γύρω απ' αυτόν τα άλλα υποφλοιώδη στοιχεία όπως ιππόκαμπος, οι αμυγδαλοειδείς πυρήνες, η πρεοπτική περιοχή, το διάφραγμα και η παρασφρητική περιοχή, οι πρόσθιοι θαλαμικοί πυρήνες, ο επιθάλαμος και τα τμήματα των βασικών γαγγλίων (Καραπέτσας, 1992).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 Κλητικοί παράγοντες επιθετικότητας

Η επιθετικότητα είναι μια συμπεριφορά για την οποία ευθύνονται διάφοροι παράγοντες. Κάποιοι από τους αιτιολογικούς παράγοντες της επιθετικότητας είναι:

1. *Κοινωνικές αιτίες-περιβαλλοντικοί παράγοντες:* Τα άτομα χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν θύτες ή και θύματα επιθετικότητας, εξαιτίας της έλλειψης κοινωνικών επαφών, της περιθωριοποίησης, του ρατσισμού, του ξεριζώματος της οικογένειας και της αίσθησης της ματαίωσης. Η ματαίωση είναι ένας ισχυρός παράγοντας που προάγει την επιθετικότητα στον άνθρωπο. Περιβαλλοντικά αίτια όπως οικονομικοί και κοινωνικοί λόγοι, άσχημες διαπροσωπικές σχέσεις, δυσκολίες επιβίωσης, κακή σχέση με το νόμο, οδηγούν σε επιθετικότητα και βία (Χριστοδούλου, 2008).
2. *Άμεση πρόκληση:* Υπάρχουν αποδείξεις ότι η σωματική και λεκτική βία και οι λεκτικές ύβρεις και χλευασμοί συχνά προκαλούν επιθετικές πράξεις (Χριστοδούλου, 2008).
3. *Επιθετικότητα:* Υπάρχει μια σχετική αναλογία ανάμεσα στην επιθετικότητα και την έκθεση στην τηλεοπτική βία. Όσο συχνότερη τηλεοπτική βία παρακολουθούν τα παιδιά, τόσο αυξάνεται το επίπεδο της επιθετικότητας που ασκούν στους άλλους. Στα παραπάνω καθοριστικό ρόλο διαδραματίζουν, το κακό ποιοτικό επίπεδο ζωής στις πόλεις με τους έντονους θορύβους, το συνωστισμό, την αδιαφορία, την απομάκρυνση και τη μειωμένη επικοινωνία μεταξύ των ανθρώπων (Χριστοδούλου, 2008).
4. *Η επιθετικότητα στην παιδική ηλικία είναι ένας από τους ισχυρότερους δείκτες πρόβλεψης βίας στους ενήλικες.* Η άσκηση βίας κατά την παιδική ηλικία έχει ως αποτέλεσμα να γίνει κάποιος βίαιος ως ενήλικας. Επιπλέον στοιχεία της παιδικής ηλικίας που έχουν σχέση με βία στους ενήλικες είναι: η έλλειψη προσοχής, η εγκατάλειψη, η βίαιη συμπεριφορά από τους γονείς, τα επεισόδια βίας ανάμεσα σε γονείς, αδέρφια, συγγενείς και τα διαζύγια των γονέων (Μιχόπουλος, 2008).
5. *Η νευροβιολογία της επιθετικότητας:* Στον ανθρώπινο εγκέφαλο δεν έχει εντοπιστεί περιοχή ελέγχου της επιθετικότητας. Μελέτες σε ζώα δείχνουν ότι επηρεάζονται διάφορες περιοχές, άλλες διεγερτικές και άλλες ανασταλτικές, που ασκούν έλεγχο στην βίαιη και παρορμητική συμπεριφορά. Ο υποθάλαμος, το μεταιχμιακό σύστημα, ο προμετωπιαίος



φλοιός, δείχνουν ότι δημιουργούν το ρυθμιστικό έλεγχο στην επιθετική συμπεριφορά (Μιχόπουλος, 2008).

Η βίαιη συμπεριφορά μπορεί να ταξινομηθεί με βάση τον στόχο, όπως επιθετικότητα προς τον ίδιο ή τους άλλους, με βάση τον τρόπο, όπως σωματική ή λεκτική, άμεση ή έμμεση επιθετικότητα, ή με βάση τον παράγοντα, όταν οφείλεται σε νευρολογική ή ψυχιατρική ασθένεια. Η πιο πλέον αξιόπιστη κατάταξη αφορά στην προσχεδιασμένη και την παρορμητική επιθετικότητα. Η προγραμματισμένη επιθετικότητα αναφέρεται στην συμπεριφορά που δεν έχει ως αποτέλεσμα τη ματαίωση ή δεν την καθιστά απάντηση σε άμεση απειλή. Η προγραμματισμένη επιθετικότητα δεν ακολουθείται από διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος, ενώ κάποιες άλλες φορές είναι κοινωνικά αποδεκτή, όπως για παράδειγμα σε καταστάσεις πολέμου. Αντίθεση η παρορμητική επιθετικότητα ξεχωρίζει από τα υψηλά επίπεδα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος, και από τα αρνητικά συναισθήματα θυμού ή φόβου. Η παρορμητική επιθετικότητα είναι γνωστή και ως αντιδραστική, συναισθηματική ή εχθρική επιθετικότητα και είναι μία παθολογική κατάσταση όταν η επιθετική απόκριση είναι πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με την συναισθηματική πρόκληση. Όταν η απειλή είναι άμεση και αποτελεί κίνδυνο, αυτή η παρορμητική επιθετικότητα ίσως να χαρακτηριστεί ως αμυντική και έτσι να θεωρηθεί φυσιολογική αντίδραση του ανθρώπου. Επομένως τα όρια ανάμεσα στη παθολογική ή παρορμητική επιθετικότητα και των πιο φυσιολογικών ή προσδοκώμενων μορφών επιθετικότητας δεν είναι σαφή έτσι ώστε άτομα με παθολογική μορφή επιθετικότητας είναι πιθανόν να εκλογικεύσουν τη βιαιότητα τους, πιστεύοντας πως είναι μια φυσιολογική αντίδραση (Λύκουρας, 2008).

## 2.2 Μορφές επιθετικότητας

Η επιθετική συμπεριφορά χρησιμοποιείται με στόχο να «πονέσει» τον άλλο, σωματικά ή ψυχολογικά. Μπορεί να εμφανιστεί με διάφορες μορφές όπως:

- Σωματική βία-χτυπήματα, κλοτσιές, σπρωξίματα, χρήση όπλων
- Προφορική βία-φωνές, ουρλιαχτά, βρισιές, άσχημοι χαρακτηρισμοί
- Ψυχολογική βία-απειλές, άσκηση υπερβολικής πίεσης
- Καταστροφική συμπεριφορά-πέταγμα ή σπάσιμο αντικειμένων, χτυπήματα στις πόρτες
- Παθητική επιθετικότητα-ειρωνική ομιλία, με ανταπόκριση στα λεγόμενα του άλλο

Μερικές φορές κάνουμε χρήση της βίας και της επιθετικότητας ως μέσα, με σκοπό:

- Να κάνουμε τους άλλους να μας βοηθήσουν

- Να κάνουμε τους άλλους να μας προσέξουν
- Να κάνουμε τους άλλους να μας ακούσουν
- Να αποκτήσουμε τον έλεγχο των καταστάσεων (Τριλίβα, 1998).

### 2.3 Παράγοντες εμφάνισης επιθετικότητας.

Ανάλογα με την προέλευσή τους, οι παράγοντες αυτοί μπορεί να είναι: βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικο-πολιτισμικοί. Ωστόσο ανάλογα με τον τρόπο που αυτοί οι παράγοντες παρεμβαίνουν στην διαδικασία μιας διαταραχής μπορεί να είναι: προδιαθεσικοί (predisposed factors), επιταχυντικοί (precipitating factors), συντήρησης ή διαίωσις

	Βιολογικοί παράγοντες	Ψυχολογικοί παράγοντες	Κοινωνιο-πολιτισμικοί παράγοντες
Προδιαθεσικοί παράγοντες	Γενετικοί παράγοντες, φύλο	Ρόλος φύλου, ανατροφή, προβλήματα ταυτότητας	Υπερβολικά απορριπτική ή επιτρεπτική ανατροφή
Επιταχυντικοί παράγοντες	Νευροχημική και ενδοκρινική ενεργοποίηση (στον ορμονικό άξονα και στους νευροϋποδοχείς)	Βίαιη αντίδραση έναντι των γεγονότων ζωής> ανάλογες συνέπειες> επιπλέον στρες	Οξείες κοινωνικο-οικονομικές δυσκολίες, αίσθηση απειλής
Παράγοντες Διαιώνιση Προβλήματος	Εγκατάσταση νευροχημικών αλλαγών στους ορμονικούς άξονες και στους νευροϋποδοχείς	Εγκατάσταση βίαιων αντιδράσεων έναντι των γεγονότων ζωής> ανάλογες συνέπειες> χρόνια στρες	Χρόνιες κοινωνικο-οικονομικές δυσκολίες, εγκατάσταση προτύπου ζωής και συμπεριφορών

Πίνακας 1: Παράγοντες επιθετικότητας

Στον σύγχρονο επιστημονικό χώρο είναι πρόκληση η ταυτοποίηση γονιδίων των στοιχείων της συμπεριφοράς του ατόμου καθώς και των ψυχικών διαταραχών του. Δεν είναι προς το παρόν γνωστός ο τρόπος κληρονομικότητας, όπου μικρής ισχύος γονίδια (minor genes) σε πολλούς συνδυασμούς να μεταβάλλονται από περιβαλλοντικούς παράγοντες, ώστε να αναπτύξουν μια ποικιλία φαινοτύπων (phenotypes). Το σεροτονεργικό και ντοπαμινεργικό σύστημα έχουν προκαλέσει το ενδιαφέρον, αφού ένα σύνολο ερευνών υποδεικνύει ότι τα συστήματα αυτά εμπλέκονται στους μηχανισμούς της θλίψης, της παρόρμησης, κλπ. (Πίσχος 2006).

Διάφορα στοιχεία της προσωπικότητας ενός ανθρώπου, όπως, παρορμητικότητα (impulsivity), επιθετικότητα (aggressiveness), έφεση στο άγχος (anxiety proneness), τάση αναζήτησης του καινούργιου (novelty seeking), εθισμός δια της επιβράβευσης (reward dependence), και άρνηση να αποδεχθεί το πόνο (harm avoidance), υπολογισμένα με διάφορες ψυχολογικές κλίμακες, εμφανίζονται σε αρκετές συμπεριφορές. Συγκεκριμένα στην ψυχοπαθητική-αντικοινωνική συμπεριφορά (antisocial behavior), στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (suicidality), και στην κατάχρηση ουσιών (substance abuse). Είναι σημαντικό ότι τα άτομα που παρουσιάζουν μια από τις παραπάνω συμπεριφορές ίσως να νοσούν από ένα μεγάλο φάσμα ψυχικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, η εξάρτηση από ουσίες, και οι διαταραχές προσωπικότητας (Γιωτάκος, 2013).

Η θεωρία των Eysenck και Gudjonsson (1989) δείχνει να εξηγεί ικανοποιητικά τη φύση των αντικοινωνικών-ψυχοπαθητικών ατόμων. Το ίδιο βιολογικό υπόστρωμα που προκαταλαμβάνει στην εκδήλωση ψυχοπαθητικών συμπεριφορών ενδέχεται να συνδέεται με το ντοπαμινεργικό σύστημα. Το υπόστρωμα αυτό δικαιολογεί πιθανότατα των τύπο των ατόμων αυτών που χαρακτηρίζεται από εξωστρέφεια, παρορμητικότητα, επιζήτηση έντονων συναισθημάτων και υπερευαισθησία ακόμη και σε μειωμένης έντασης ερεθίσματα. Επίσης, οι άνθρωποι αυτοί τείνουν να μην νιώθουν ενοχές, ενώ στην προσπάθειά τους να μεγαλώσουν την ένταση των συναισθημάτων συμμετέχουν σε υψηλού κινδύνου δραστηριότητες (high risk behavior), όπως είναι οι εγκληματικές ενέργειες (Μαγγανάς, 2009).

Οι Buss και Perry (1992) ισχυρίζονται ότι η επιθετικότητα αποτελείται από τέσσερα μέρη: Τη σωματική (physical aggression) και τη λεκτική (verbal aggression) επιθετικότητα, που ίσως να προκαλούν βλάβη στους άλλους και αποτελούν το κινητικό μέρος της επιθετικής συμπεριφοράς. Το θυμό (anger), που δημιουργεί διέγερση και προετοιμάζει για επιθετικότητα, αποτελεί το συναισθηματικό κομμάτι της συμπεριφοράς και ταυτόχρονα λειτουργεί σαν γέφυρα ανάμεσα στο κινητικό και γνωσιακό μέρος της επιθετικής συμπεριφοράς τέλος την εχθρότητα (hostility), που χαρακτηρίζεται από μειωμένα στάδια ικανότητας κρίσης και συνιστά το γνωσιακό μέρος της επιθετικής συμπεριφοράς. Οι παραπάνω ερευνητές εξετάζοντας σε υγιή άτομα τους παράγοντες αυτούς σε σχέση με την προσωπικότητα κατέληξαν στο ότι όλες αυτές οι συνιστώσες της επιθετικότητας σχετίζονταν με την παρορμητικότητα. Επιπλέον, διαπίστωσαν ότι το σωματικό και λεκτικό

κομμάτι έχει άμεση σχέση με την εξωστρεφή συμπεριφορά, ενώ η εχθρικήτητα σχετίζονταν με τη συναισθηματικότητα (Τσιλιάκου, 2009).

Τα γονίδια των νευρομεταβιβαστών συμπεριλαμβάνονται στα υποψηφία γονίδια για την μελέτη και την διερεύνηση των διαταραχών συμπεριφοράς. Με τα υπάρχοντα δεδομένα, το σεροτονεργικό και ντοπαμινεργικό σύστημα έχει προσελκύσει μεγάλο ενδιαφέρον, αφού ένας μεγάλος αριθμός ενδείξεων περιλαμβάνει τα συστήματα αυτά στους μηχανισμούς παρορμητικότητας και επιβράβευσης. Τα υποψηφία προς μελέτη γονίδια που μεταλλάσσουν αυτές τις συμπεριφορές προέρχονται από την παρατήρηση, ότι η χαμηλή σεροτονεργική δραστηριότητα έχει άμεση σχέση με την παρορμητική επιθετικότητα. Χαμηλή σεροτονεργική δραστηριότητα συνεπάγεται επίσης με ευερεθιστότητα ή παρορμητική επιθετικότητα σε άτομα που παρουσιάζουν διαταραχή προσωπικότητας, αλλά και σε άτομα με κατάθλιψη ή αλκοολισμό (Γιωτάκος, 2009).

### 3.1 Διαταραχές που έχουν σχέση με την επιθετικότητα

Η βία δεν αποτελεί νόσο αλλά ίσως να είναι σύμπτωμα μιας υποκείμενης νόσου. Η επιθετικότητα καθώς και η βία είναι πιθανόν να συμβούν σε διάφορες κλινικές συνθήκες, όπου όταν η ισορροπία ανάμεσα στις παρορμήσεις και τον εσωτερικό έλεγχο καταρρέει, η βία ξεσπά. Τα άτομα μπορεί να έχουν βίαιες σκέψεις ή φαντασιώσεις, οι οποίες δεν εξελίσσονται σε πράξεις εκτός εάν χαθεί ο έλεγχος (Λύκουρας, 2008).

Οι πιο συχνές διαταραχές που έχουν σχέση περισσότερο με βίαιη συμπεριφορά είναι:

#### 1. Οργανικές ψυχικές διαταραχές (παραληρήματα-ψευδαισθήσεις):

Οι πάσχοντες από οργανικές ψυχικές διαταραχές, ενδέχεται να εμφανίσουν φαινόμενα βιαιοπραγίας και είναι επίσης πιο πιθανό να δράσουν στη βάση των διωκτικών παραληρημάτων, σε σχέση με οποιονδήποτε άλλο τύπο παραληρήματος. Αν και τα διωκτικά παραληρήματα έχουν σχέση με τη βία, είναι δυνατόν τα παραληρήματα από μόνα τους να μην υποστηρίζουν αυτή τη σχέση. Η επιθετικότητα εκδηλώνεται, όταν οι πάσχοντες βιώνουν αρνητικά συναισθήματα θυμού, άγχους, θλίψης και τρόμου που προέρχονται από τα παραληρήματα. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών υποδεικνύουν πως τα άτομα αυτά στοχοποιούν μέλη της οικογένειας και φίλους, ενώ αρκετές από τις βιαιοπραγίες εξελίσσονται σε κατοικία και όχι σε εξωτερικό χώρο (Γιωτάκος, 2013).

Επίσης μια έρευνα απέδειξε ότι το 50% των θυμάτων ήταν πρόσωπα της οικογένειας του πάσχοντος και πως μόνο το 15% των θυμάτων ήταν άγνωστοι. Μία μορφή παραληρήματος σχετική με την επιθετικότητα αποτελεί το σύνδρομο παραγνώρισης (Capgras Syndrom), κατά το οποίο ο ασθενής ισχυρίζεται ότι η εμφάνιση ενός προσώπου παραμένει ίδια αλλά η ταυτότητά του μεταλλάσσεται. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζονται συχνά με εχθρική διάθεση προς το παραλυτικό αντικείμενο. Ακόμα, τα παραληρήματα ελέγχου της σκέψης βοηθούν σημαντικά στην αύξηση βίαιης συμπεριφοράς των ψυχωτικών ατόμων, αντίθετα τα διωκτικά παραληρήματα σε συνδυασμό με παραληρήματα μεγαλείου ή ζήλιας μεγαλώνουν σημαντικά τον κίνδυνο βιαιότητας. Συνοψίζοντας, οι ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί και έχουν ιστορικό μη συμμόρφωσης με την αγωγή έχουν αυξημένο κίνδυνο βιαιότητας (Γιωτάκος, 2013).

Όπως συμβαίνει και στα παραλήρηματα έτσι και οι ψευδαισθήσεις αναπτύσσουν αρνητικά συναισθήματα όπως θυμό, ευερεθιστότητα και θλίψη καθώς αυξάνεται η πιθανότητα να παρουσιάσουν βίαιη συμπεριφορά. Ο κίνδυνος μεγαλώνει περισσότερο όταν οι ψευδαισθήσεις εμφανίζονται σε συνδυασμό με ένα παραλήρημα. Σημαντικό επίσης, είναι να διερευνηθεί κατά τη συνέντευξη η πιθανότητα ύπαρξης ψευδαισθήσεων που ασκούν πίεση στον ασθενή, και εάν αυτές πραγματοποιούνται παρουσία άλλων προσώπων. Επίσης εάν η επιτακτική ψευδαίσθηση πηγάζει από γνωστό πρόσωπο ή εάν ταιριάζει με το παραλήρημα του ασθενούς. Η έρευνα απέδειξε πως η συμμόρφωση στις ψευδαισθήσεις αυτές είναι μεγαλύτερη όταν η εντολή είναι ανώδυνη και η φωνή οικεία. Επιπλέον, οι πάσχοντες με αυτοκαταστροφικού τύπου διαταγές εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο να δράσουν σε σχέση με τους ασθενείς, που αναφέρουν ετεροκαταστροφικές διαταγές (Γιωτάκος, 2013).

## 2. Διαταραχή από υπερβολική χρήση ουσιών εξάρτηση και στέρηση.

Τα άτομα που ήταν ή είναι χρήστες εμφανίζουν μια σειρά προβλημάτων που οφείλονται στην υπερβολική χρήση ουσιών η οποία επιφέρει σημαντικές αναπηρίες σε ένα μεγάλο ποσοστό χρηστών. Η παράνομη κατάχρηση ουσιών επηρεάζει αρνητικά αρκετές περιοχές της λειτουργικότητας και το 60 με 75% αυτών των ασθενών παρουσιάζουν κάποιου είδους συννοσηρή ψυχιατρική πάθηση. Το 40% του πληθυσμού περίπου των Η.Π.Α. έχει κάνει χρήση κάποιας παράνομης ουσίας για μία τουλάχιστον φορά και περισσότερα από 15% των ανθρώπων ηλικίας άνω των 18 ετών έχουν πρόβλημα που συνδέεται με χρήση ουσιών. Τα σύνδρομα που εμφανίζονται από ουσίες πιθανόν να μιμηθούν όλο το φάσμα των ψυχιατρικών παθήσεων, περιλαμβανομένων των ψυχωτικών, των διαταραχών της διάθεσης και των αγχωδών διαταραχών (Kaplan και Sadock's, 2007).

Εθισμός ή υπερβολική χρήση οποιουδήποτε ψυχοδραστικού ναρκωτικού καλύπτει ασθενείς εξαρτημένους ή εθισμένους σε ουσίες όπως είναι το αλκοόλ και η νικοτίνη (καπνός). Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι εξαρτημένα από τα οπιοειδή, τα ψευδαισθησιογόνα, την κοκαΐνη, την κάνναβη και τέλος τις εισπνεόμενες ουσίες. Ως εξάρτηση μπορεί να οριστεί η επανειλημμένη χρήση κάποιου φαρμάκου ή κάποιας χημικής ουσίας, που είναι δυνατόν να προκαλεί ή όχι σωματική εξάρτηση. Η σωματική εξάρτηση δηλώνει κάποια τροποποιημένη ομαλή κατάσταση εξ' αιτίας της επανειλημμένης χρήσης ενός φαρμάκου. Αντίθετα η κατάχρηση μπορεί να οριστεί ως η χρήση οποιασδήποτε ουσίας, τις περισσότερες φορές αυτοχορηγούμενης, με τέτοιο τρόπο που δεν είναι όμοιος με τα αποδεκτά ή ιατρικά πρότυπα. Στέρηση ή σύνδρομο αποχής ή

σύνδρομο διακοπής είναι ένα ιδιαίτερο για κάθε ουσία σύνδρομο, το οποίο εμφανίζεται μετά τη διακοπή ή την μείωση της ποσότητας του ναρκωτικού ή της ουσίας που έχει χρησιμοποιηθεί επανειλημμένα για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Το σύνδρομο παρουσιάζει σωματικά σημεία, συμπτώματα σε συνδυασμό με ψυχολογικές μεταβολές, όπως είναι οι διαταραχές της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς (Kaplan και Sadock's 2007).

### 3. Ψυχωσικές διαταραχές

Καλύπτει διαταραχές, οι οποίες χαρακτηρίζονται από διαταραχές της σκέψης και διαφορετική ερμηνεία της πραγματικότητας. Η σχιζοφρένεια αποτελεί μια συμπλοκή νοσολογική οντότητα, η οποία κατά βάση εμφανίζει μια ουσιαστική (πυρηνική) αλλαγή της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, που εκδηλώνεται με μια σειρά διαταραχών από τη σκέψη, την αντίληψη, το συναίσθημα, τη βούληση και τέλος τη συμπεριφορά. Η σχιζοφρένεια, που αποκαλείται η βασίλισσα των ψυχώσεων, σύμφωνα με τον Πατρίκιο τη δεκαετία του 1960 έχει σημαντική θέση στο φάσμα των ψυχικών διαταραχών. Δεν είναι τόσο η συχνότητά της που προβληματίζει αλλά το εύρος των λειτουργιών που επηρεάζει, η διάρκειά της, οι ατομικές καθώς και κοινωνικές επιπτώσεις της και η μέχρι σήμερα αδιευκρίνιστη αιτιολογία. Η σχιζοφρένεια κατέχει πέντε τύπους (Ραμπαβίλας 2012) :

- Ο αποδιοργανωτικός τύπος, που χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της σκέψης, από νευρικό γέλιο, ρηχό και απρόσφορο συναίσθημα, ανόητη και παλινδρομημένη συμπεριφορά, περαστικές και χωρίς οργάνωση παραληρηματικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (Kaplan και Sadock's 2007).
- Ο κατατονικός τύπος - ο διεγερτικός υπότυπος ο οποίος χαρακτηρίζεται από πολύ μεγάλη και ενίοτε επιθετική κινητική δραστηριότητα και ο αποσυρμένος υπότυπος που χαρακτηρίζεται από γενικευμένη αναστολή, καταπληξία αρνητισμό, κηρώδη ευκαμψία (Kaplan και Sadock's 2007).
- Ο παρανοειδής τύπος-σχιζοφρένεια που παρουσιάζει παραληρητικές ιδέες καταδίωξης ή μεγαλείου και κάποιες φορές ψευδαισθήσεις με ισχυρό θρησκευτικό στοιχείο, ενώ το άτομο είναι κάποιες φορές επιθετικό και εχθρικό (Kaplan και Sadock's 2007).

- Ο αδιαφοροποίητος τύπος-αποδιοργανωμένη συμπεριφορά που παρουσιάζει προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις (Kaplan και Sadock's 2007).
- Ο υπολειμματικός τύπος-σημεία σχιζοφρένειας, που εμφανίζεται έπειτα από ένα ψυχωτικό σχιζοφρενικό επεισόδιο σε πάσχοντες που δεν είναι πλέον ψυχωτικοί (Kaplan και Sadock's 2007).

#### 4. Συναισθηματικές διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης.

Οι διαταραχές της διάθεσης ή συναισθηματικές διαταραχές αποτελούν μια ομάδα δυσλειτουργιών της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή αλλιώς απλά διάθεση (mood) αποτελεί το καθολικό και σταθερό συναισθηματικό τόνο που συμβαίνει εσωτερικά. Σε κάποιες ακραίες περιπτώσεις είναι δυνατόν να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό όλες εκείνες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ανθρώπου, όπως επίσης και την αντίληψη για τον κόσμο που κατέχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης αποτελεί η κατάθλιψη, η έξαρση, και ο θυμός. Διαχωρίζουμε τη διάθεση ή τη συναισθηματική διάθεση από το συναίσθημα, που είναι η εξωτερική έκφρασή της. Καθώς η εξωτερική έκφραση ενός καταθλιπτικού ή μανιακού ατόμου δεν παρουσιάζεται πάντα ως καταθλιπτική ή ευφορική, πιο σωστά οι Συναισθηματικές Διαταραχές καλούνται Διαταραχές της Διάθεσης (Μιχόπουλος, 2008).

Οι αιτίες των Διαταραχών της Διάθεσης είναι:

- Γενετικοί παράγοντες. Μελέτες διδύμων αναφέρουν σχέση μονοζυγωτών προς διζυγώτες κατά μέσο όρο 4:1(65-14), το οποίο σημαίνει πως αν ένας μονοζυγώτης δίδυμος πάσχει από διαταραχή της διάθεσης, είναι τέσσερις φορές πιο πιθανό να έχει και ο άλλος απ'οτι αν είναι διζυγώτης. Μελέτες υιοθετημένων προσώπων στηρίζουν τη γενετική συμμετοχή στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης (Μιχόπουλος, 2008).
- Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Στους ψυχοκοινωνικά αίτια ανήκουν οι στρεσογόνες καταστάσεις της ζωής και οι ψυχολογικοί παράγοντες. Μολονότι μεθοδολογικά, πολλές έρευνες για την αιτιολογική συμβολή των συγκεκριμένων παραγόντων είναι δύσκολο να υπάρξουν, φαίνεται πως οπωσδήποτε η συμβολή τους στην ύπαρξη διαταραχών της διάθεσης είναι δεδομένη (Τριλίβα, 1998).



- **Νευροβιολογικοί παράγοντες:** Οι νευροβιολογικές συστηματικές ενασχολήσεις με τις διαταραχές της διάθεσης επικεντρώνονται σε τέσσερις κυρίως μεγάλες περιοχές έρευνας: α) στις διαταραχές της νευροδιαβίβασης, β) στις διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας ιδιαίτερα του ύπνου, γ) στις διαταραχές τις νευροενδοκρινικής λειτουργίας (Τριλίβα, 1998).

**Διαταραχές της νευροδιαβίβασης:** Στην περίπτωση των διαταραχών της διάθεσης, όπως και στη σχιζοφρένεια, η προσοχή δόθηκε στους νευροδιαβιβαστές, δηλαδή σε εκείνες τις χημικές ουσίες που μεταδίδουν τη νευρική διέγερση από τον ένα νευρώνα στον άλλο, στον εγκέφαλο και ειδικότερα στη σεροτονίνη, στη νορεπινεφρίνη, στην ακετυλοχολίνη, στο γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) και στη ντοπαμίνη.

**Διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας:** Οι διαταραχές αυτές εμφανίζονται πιο συχνά σε άτομα με διαταραχές της διάθεσης και σε καταθλιπτικούς ασθενείς. Η κλινική εικόνα στους ασθενείς αυτούς είναι: διαταραχές της συνέχειας του ύπνου, οι καταθλιπτικοί δεν κοιμούνται αρκετά και έχουν ανήσυχο ύπνο με άσχημα όνειρα και εφιάλτες, όπως επίσης παρουσιάζουν αύξηση της κινητικότητας του οφθαλμού.

**Διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας:** Οι διαταραχές της διάθεσης έχουν άμεση σχέση με τις λειτουργίες του υποθαλάμου, της υπόφυσης, του φλοιού των επινεφριδίων και τέλος του θυρεοειδούς αδένου. Σε μια έρευνα βρέθηκε ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς αδυνατούν να καταστείλουν την παραγωγή κορτιζόλης όταν τους χορηγηθεί δεξαμαθαζόνη αρκετή έτσι ώστε να καταστείλει την παραγωγή κορτιζόλης σε άτομα φυσιολογικά.

Τα άτομα αυτά εμφανίζουν: καταθλιπτική διάθεση, άγχος, ανηδονία, συμπτώματα από το φυτικό (αυτόνομο) νευρικό σύστημα, διαταραχή του ύπνου, διαταραχή της όρεξης, εξάντληση, κόπωση, μείωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido), ψυχοκινητική διέγερση, έλλειψη του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες (Τριλίβα, 2007).

##### 5. Διαταραχές του ελέγχου των παρορμήσεων

Η παρορμητικότητα είναι σύμπτωμα σε ποικίλες ψυχικές διαταραχές, όπως είναι οι συναισθηματικές διαταραχές, οι διαταραχές προσωπικότητας, οι συνδεδόμενες με ουσίες διαταραχές, οι διαταραχές ελαττωματικής προσοχής και διασπαστικής συμπεριφοράς. Ακόμα αποτελεί σύμπτωμα σε καταστάσεις όπως είναι η αυτοκαταστροφική ή ετεροκαταστροφική συμπεριφορά με αισθητές επιπτώσεις για τον ασθενή και την

κοινωνία. Παρ' όλα αυτά, η παρορμητικότητα στις ψυχικές διαταραχές και η ανταπόκρισή που έχει στη θεραπεία δεν έχουν επαρκώς διερευνηθεί. Εξ 'άλλου, τα σημερινά διαγνωστικά συστήματα (ICED-10, DSM-IV) δεν ξεχωρίζουν τους παρορμητικούς από τους μη παρορμητικούς πάσχοντες σε σχέση με τις υφιστάμενες διαγνωστικές κατηγορίες.

Παρατηρούνται διάφορες γνώμες ως προς το τι είναι, αλλά και τον τρόπο αντιμετώπισης της παρορμητικότητας (Χαβάκη-Κονταξάκη, 2002).

Παρορμητικότητα ορίζεται η συμπεριφορά που δεν έχει επαρκή σκέψη ή η τάση να δρα ένα άτομο με μικρότερη πρόνοια των αποτελεσμάτων από άλλα άτομα με ανάλογες ικανότητες και γνώσεις. Ο L.Abate (1931) υποστηρίζει πως η παρορμητικότητα αποτελεί «μαθημένη συμπεριφορά» της παιδικής ηλικίας. Ο Eysenk (1989) συσχέτισε την παρορμητικότητα με τον ανύπαρκτο σχεδιασμό, ενώ ο Patton με την μεγάλη δραστηριότητα, τη μείωση της προσοχής και την ελλιπή δυνατότητα σχεδιασμού. Ο Barratt, πρότεινε πως ο ορισμός της παρορμητικότητας πρέπει να περιλαμβάνει βιολογικές (1997) ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους. Σύμφωνα με τον τελευταίο, η παρορμητικότητα αποτελεί μέρος της συμπεριφοράς και «προδιάθεση» για κάποια γρήγορη μη σχεδιασμένη αντίδραση, αγνοώντας για τις συνέπειες που αφορούν τον ίδιο και τους άλλους (Πάπλος, 2002).

Οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων είναι μεταξύ άλλων, η κλεπτομανία, η παθολογική χαρτοπαιξία, η διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή, η πυρομανία, η αναγκαστική αγορά πραγμάτων, η τριχοτιλλομανία και οι σεξουαλικοί καταναγκασμοί. Οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται με έλλειψη επιτυχίας του προσώπου να αντισταθεί στις παρορμήσεις, συνήθως με επιβλαβείς συνέπειες. Παρατηρείται ένταση πριν την πράξη και πιθανόν ενοχή μετά από αυτή. Μερικοί ερευνητές, έχοντας υπόψη τα στοιχεία που προκύπτουν από τη συννοσηρότητα, τη φαινομενολογική ψυχοπαθολογία, τη μειωμένη λειτουργία βιολογικών συστημάτων (κυρίως του σεροτονινεργικού) και την θετικότητα στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, στηρίζουν πως οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων ίσως να περιλαμβάνονται σε ένα «φάσμα» διαταραχών μαζί με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, τις συναισθηματικές διαταραχές και ειδικότερα, τη διπολική διαταραχή (Κονταξάκης, 2002).

## 6. Διαταραχές της νηπιακής, παιδικής ηλικίας, εφηβείας



Τα παιδιά που έχουν υποστεί σωματική κακοποίηση είναι πιο πιθανό να γίνουν επιθετικοί ως ενήλικες. Έχει παρατηρηθεί ότι η βίαιη συμπεριφορά στα αγόρια τους δημιουργεί μια ταύτιση με τον επιτιθέμενο που έχει ως αποτέλεσμα να γίνονται αρκετές φορές επιθετικοί. Αντίθετα τα κορίτσια που έχουν υποστεί βία συνηθίζουν να θυματοποιούνται στις σχέσεις τους ως ενήλικες. Επιπλέον γενικοί παράγοντες που ταυτίζονται με την επιθετικότητα σχετίζονται με τις απουσίες από το σχολείο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και το φτωχό κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον. Αυξημένες πιθανότητες βίαιης συμπεριφοράς έχει ένα άτομο με ιστορικό συλλήψεων για βίαιη συμπεριφορά, με ιστορικό διαταραχής υπερκινητικότητας, με ιστορικό ψυχιατρικής νοσηλείας ως ανήλικος, καθώς και εμπρησμών και κακοποίησης ζώων (Τσιλιάκου, 2011).

## 7. Διαταραχές της προσωπικότητας που χαρακτηρίζονται από θυμό.

Το σύνδρομο θυμού είναι πιθανόν να εμφανίζεται στο 7,3% του πληθυσμού. Μέχρι το ποσοστό 4%, παρουσιάζει τη σοβαρή μορφή της διαταραχής που χαρακτηρίζεται από τρεις ή περισσότερες εκρήξεις απρόκλητου ή αδικαιολόγητου θυμού ετησίως οι οποίες συνδυάζονται με βίαιη συμπεριφορά. Τα άτομα που νοσούν από το σύνδρομο ίσως να επιτίθενται στους άλλους, στην ιδιοκτησία ή στα υπάρχοντα τους. Έχουν την τάση να προκαλούν τραυματισμούς ή φθορές στην ιδιοκτησία των άλλων. Η νόσος είναι ξεχωριστή και οι εκρήξεις θυμού που ίσως να συνυπάρχουν με βία, δεν δημιουργούνται από άλλες

ψυχικές παθήσεις ή από το αλκοόλ και τα ναρκωτικά. Οι πάσχοντες με το σύνδρομο αντιδρούν υπερβολικά, με ανεξέλεγκτο θύμο και νιώθουν μια ανακούφιση κατά το ξέσπασμά τους. Με την ολοκλήρωσή του όμως αισθάνονται τύψεις για το τι έχουν κάνει και τη συμπεριφορά τους. Το σύνδρομο εμφανίζεται αρχικά στην εφηβική ηλικία. Η νόσος προδιαθέτει για κατάθλιψη, άγχος, χρήση απαγορευμένων ουσιών. Σύμφωνα με μια έρευνα στην Η.Π.Α βρέθηκε ότι το 4% του πληθυσμού εμφανίζει τρία επεισόδια τέτοιας συμπεριφοράς. Βρέθηκε ότι στους ασθενείς με τη σοβαρή μορφή του συνδρόμου εκδηλώνονται κατά μέσο όρο 43 επιθετικά επεισόδια στη διάρκεια της ζωής τους. Το σύνδρομο συνδυάζεται με ουσιαστικά λειτουργικά προβλήματα της προσωπικότητας του ατόμου (Παναγιώτου, 2006).

Το σύνδρομο θυμού με ιδιαίτερα επιθετική συμπεριφορά, δεν είναι μόνο θέμα κακής συμπεριφοράς. Παρουσιάζει σημαντική γενετική συνιστώσα και βιολογικούς μηχανισμούς που είναι υπεύθυνη για την πάθηση. Η παραγωγή της σεροτονίνης στα άτομα αυτά και οι βιολογικοί μηχανισμοί που την συντονίζουν, είναι ανεπαρκείς. Έτσι οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (αντικαταθλιπτικά φάρμακα) είναι αποτελεσματικοί στη θεραπεία της πάθησης (Παναγιώτου, 2006).

#### 8. Διαταραχές προκαλούμενες από στρεσογόνο παράγοντα.

Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει αισθανθεί άγχος. Ακριβής ορισμός του άγχους όμως, είναι δύσκολο να δοθεί διότι η έννοια αυτή χρησιμοποιείται για ένα μεγάλο φάσμα απαντήσεων του ατόμου (Γιωτάκος, 2013).

Ενώ το άγχος υπάρχει ψυχολογικά ως συναίσθημα, αποτελεί χρήσιμο για την κατανόησή του να εξεταστεί ένα άλλο σχετικό συναίσθημα που είναι ο φόβος. Ο φόβος η μη ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση, που πραγματοποιείται ως απάντηση σε ένα εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, η οποία γίνεται αντιληπτός (ή) συνειδητά . Ο φόβος περιέχει μια υποκειμενική αίσθηση φόβου (ψυχολογική διάσταση) αλλά και φυσιολογικές αλλαγές που είναι κυρίως επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού , επιτάχυνση της αναπνοής , τρόμος των μυών όπως και ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάγχνα στους μεγάλους μυς (φυσιολογική διάσταση). Οι μεταβολές αυτές ετοιμάζουν το σώμα για μια μυϊκή δραστηριότητα (πάλη ή φυγή) που ίσως να είναι απαραίτητη ως απάντηση στην απειλή (Μαδιανός, 2004).

Αντίθετα στο άγχος η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης, φόβου ή ακόμη και τρόμου ως απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε υψηλό βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Όπως και ο φόβος, έτσι και το άγχος εκτός της ψυχολογικής διάστασης της τάσης, φόβου και τρόμου συνοδεύεται από διέγερση του νευρικού συστήματος που παρουσιάζεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (φυσιολογική διάσταση). Αντίθετα, με τον φόβο η πηγή του άγχους είτε είναι άγνωστη είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση φυσιολογικής και συναισθηματικής (ψυχολογικής) αντίδρασης που προκαλεί (Μιχόπουλος, 2008).

Κάποιες φορές το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε έναν βαθμό απαντάται σε ένα μεγάλο αριθμό ατόμων με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων, κτλ.). Το άγχος ονομάζεται παθολογικό όταν δημιουργεί πρόβλημα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην ολοκλήρωση επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου. (Μαδιανός, 2004).

### 4.1 Ορισμός αυτοκαταστροφικού ασθενή

Η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο με ψυχολογικές-ψυχοπαθολογικές, κοινωνικές και βιολογικές διαστάσεις. Τις τελευταίες δεκαετίες καταγράφονται ανησυχητικά αυξητικές τάσεις του φαινομένου στις περισσότερες αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες (Δουζένης, 2013).

Ως αυτοκαταστροφική συμπεριφορά θεωρείται η οποιαδήποτε εκ προθέσεως ενέργεια του ατόμου που προκαλεί τη σωματική βλάβη ή το θάνατο. Η συμπεριφορά αυτή, ενώ δεν συντελεί από μόνη της μια ψυχική νοσηρή οντότητα, συνδέεται άμεσα με ψυχική νοσηρότητα και συχνά σφραγίζει ένα διάστημα απελπισίας, απόγνωσης (Σολδάτος, 2006).

Η αυτοκαταστροφικότητα αποτελείται από ένα φάσμα ιδεών και συμπεριφορών που αρχίζει με τον αυτοκτονικό ιδεασμό, στη συνέχεια με την απόπειρα αυτοκτονίας και τέλος στην αυτοκτονία. Ένα άτομο μπορεί να οδηγηθεί στην αυτοκτονία χωρίς να έχει υπάρξει κάποια απόπειρα ή ίσως να έχει πραγματοποιήσει αρκετές απόπειρες, χωρίς να έχει καταλήξει αυτοκτονώντας. Σημαντικό επίσης είναι ότι η προηγούμενη απόπειρα ή οι απόπειρες είναι ένας βασικός παράγοντας κινδύνου για προσεχή απόπειρα αυτοκτονίας (Κονταξάκης, 2013).

Οι πιο σημαντικές μορφές αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς είναι οι απόπειρες αυτοκτονίας και οι επιτυχείς αυτοκτονίες. Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά των ατόμων που αποπειρώνται αυτοκτονία είναι: γυναίκες μικρής ηλικίας με ελάσσονα ψυχοπαθολογία που χρησιμοποιούν μη βίαιους τρόπους. Αντίθετα τα άτομα που καταλήγουν να αυτοκτονούν είναι: άνδρες ώριμης ή και πιο μεγάλης ηλικίας και εμφανίζουν μείζονα ψυχοπαθολογία και χρησιμοποιούν πιο συχνά βίαιους τρόπους αυτοκτονίας (Δουζένης, 2013).

Με βάση τις στατιστικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας κάθε 20 δευτερόλεπτα πραγματοποιείται μια αυτοκτονία σε όλο τον κόσμο και κάθε 1 δευτερόλεπτο μια απόπειρα αυτοκτονίας. Υπολογίζεται ότι 1.000.000 άνθρωποι περίπου αυτοκτονούν κάθε χρόνο σε παγκόσμιο επίπεδο. Η αυτοκτονία αποτελεί μια από τις δέκα σημαντικότερες αιτίες θανάτου στον πληθυσμό, ενώ στις ηλικίες 15-44 βρίσκεται στην τρίτη σειρά αιτίας θανάτου. Συνεχώς παρατηρείται αύξηση των δεικτών αυτοκτονίας σε συνάρτηση με την

ηλικία. Τα ηλικιωμένα άτομα αυτοκτονούν πιο συχνά από τα άτομα νεότερης ηλικίας, τα τελευταία χρόνια όμως έχει παρατηρηθεί αύξηση της αυτοκτονικότητας στους έφηβους και στα νεαρά άτομα (Χαβάκη και Κονταξάκη, 2013).

#### **4.2 Παράγοντες κινδύνου αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς**

Οι παράγοντες κινδύνου αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: προδιαθεσικούς, εκλυτικούς και ευοδωτικούς (Λύκουρας, 2013).

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες είναι κάποιες χρόνιες καταστάσεις που χαρακτηρίζουν ένα άτομο αδύναμο στην αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Οι εκλυτικοί παράγοντες αποτελούνται από οξείες καταστάσεις οι οποίες προκαλούν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Τέλος, οι ευοδωτικοί παράγοντες συμμετέχουν στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς αυξάνοντας την έκθεση στους προδιαθεσικούς και στους εκλυτικούς παράγοντες (Λύκουρας, 2013).

Τα φαινόμενα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς αποτελούν πολύπλευρα και πολύπλοκα βιοψυχοκοινωνικά φαινόμενα. Οι πράξεις ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας ή εξωστρεφόμενης επιθετικότητας, συχνά αποτελούν την κύρια αιτία επείγουσας ψυχιατρικής προσέλευσης και αναζήτησης βοήθειας (Κονταξάκης, 2013).

Υπάρχει στενή σχέση της αυτοκαταστροφικής και της επιθετικής συμπεριφοράς, η οποία ενισχύεται από μια σειρά επιδημιολογικών και βιολογικών παρατηρήσεων, όπως είναι η καταγραφή περιπτώσεων ανθρωποκτονιών που ακολουθούνται από αυτοκτονία του ανθρωποκτόνου. Επίσης, το γεγονός ότι περίπου 30% των ατόμων που πραγματοποιούν ετεροκαταστροφικές πράξεις έχουν ιστορικό αυτοκαταστροφικών ενεργειών. Επιπλέον, το γεγονός ότι 10-20% των ατόμων με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές έχουν ιστορικό βίαιων συμπεριφορών εναντίον άλλων ατόμων. Τέλος, το γεγονός πως εντοπίζεται μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα, τόσο σε άτομα με αυτοκαταστροφική όσο και σε άτομα με επιθετική συμπεριφορά (Χαβάκη και Κονταξάκη, 2013).

Ο αριθμός των αυτοκτονιών σε ορισμένες χώρες φθάνει μέχρι και τις 45/100.000 κατοίκους (π.χ. Ουγγαρία). Σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης καταγράφεται ένα ευδιάκριτο μοντέλο κατανομής των αυτοκτονιών, όπου οι χώρες της Βόρειας και Κεντρικής Ευρώπης εμφανίζουν υψηλούς δείκτες αυτοκτονιών, ενώ, αντίθετα, οι χώρες της Νότιας Ευρώπης

εμφανίζουν χαμηλούς δείκτες. Η Ελλάδα εμφανίζει έναν από τους χαμηλότερους δείκτες αυτοκτονιών στην Ευρώπη ( 4/100.000 κατοίκους) (Δημητρίου, 1994).

Διάφοροι παράγοντες συντελούν στην αύξηση των αυτοκτονιών, όπως η έλλειψη κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων, κυρίως στο επίπεδο της οικογένειας (χαλαροί συναισθηματικοί δεσμοί των μελών) η ανεργία, η μετανάστευση και η αστυφιλία, η έλλειψη πολιτιστικών ή και θρησκευτικών αξιών, οι κλιματολογικές συνθήκες (μικρότερη διάρκεια ημέρας και ηλιοφάνειας κ.α.). Συνήθως, οι άνδρες αυτοκτονούν με βίαιες μεθόδους, ενώ οι γυναίκες με μη βίαιες μεθόδους. Επίσης, υποστηρίζεται πως ένας σημαντικός αριθμός αυτοκτονιών δεν καταγράφεται ως αυτοκτονία για διάφορους λόγους (Δημητρίου, 1994, Κονταξάκης, 2013).

Οι απόπειρες αυτοκτονίας εκτιμάται ότι είναι πολλαπλάσιες των αυτοκτονιών. Σε κάθε μία αυτοκτονία αντιστοιχούν 10-30 απόπειρες. Οι αυξητικές τάσεις των αυτοκτονιών σε διάφορες χώρες, τα τελευταία χρόνια, φαίνεται ότι συμβαδίζουν με ανάλογη αύξηση των αποπειρών της αυτοκτονίας. Η σχέση των αποπειρών αυτοκτονίας με τις επιτυχείς αυτοκτονίες είναι δεδομένη. Όπως είναι γνωστό, 20-30% των ατόμων που αυτοκτονούν έχουν πραγματοποιήσει απόπειρα ή απόπειρες στο παρελθόν, ενώ 2% των αποπειραθέντων πραγματοποιούν επιτυχή αυτοκτονία ένα χρόνο μετά την απόπειρα (Δημητρίου, 1994).

Η κατάθλιψη, ως σύμπτωμα παρατηρείται στην πλειονότητα των ατόμων που εμπλέκονται σε αυτοκαταστροφικού τύπου συμπεριφορές. Εξάλλου υψηλά ποσοστά ψυχικής νοσηρότητας (80-95%) έχουν εντοπιστεί σε άτομα που αυτοκτόνησαν. Υψηλά ποσοστά αυτοκτονιών ( σε σχέση με το γενικό πληθυσμό) αναφέρονται σε διάφορες ψυχιατρικές καταστάσεις, όπως είναι συναισθηματικές διαταραχές, η σχιζοφρένεια, ο αλκοολισμός, η κατάχρηση ουσιών κ.α. (Μπεράτη, 1994).

Σε 25-75% των ατόμων που αυτοκτόνησαν εντοπίστηκε μια σοβαρή, χρόνια, επώδυνη ή τερματική νόσος. Οι σωματικές νόσοι που, κυρίως, έχουν συσχετιστεί με αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές φαίνονται παρακάτω:

#### § Κακοήθεις νεοπλασίες:

Παθήσεις του νευρικού συστήματος:

▼ Εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις.



- ✓ Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.
- ✓ Επιληψία.
- ✓ Νόσος του Huntington.
- ✓ Πολλαπλή σκλήρυνση.
- ✓ Άνοια.
- ✓ AIDS.

#### § Καρδιαγγειακές παθήσεις:

Ενδοκρινικές διαταραχές:

- ✓ Νόσος του Cushing.
- ✓ Σύνδρομο Klinefelter.
- ✓ Ψυχογενής ανορεξία.
- ✓ Πορφυρία.
- ✓ Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος.
- ✓ Πεπτικό έλκος.
- ✓ Κίρρωση ήπατος.

#### § Παθήσεις του ουρογεννητικού συστήματος:

- ✓ Νεφρική ανεπάρκεια ( υπό αιμοκάθαρση)
- ✓ Υπερτροφία προστάτη (Χαβάκη–Κονταξάκη, 2013).

Η πλειονότητα των ασθενών με καρκίνο πραγματοποιούν αυτοκαταστροφικές πράξεις τον πρώτο χρόνο, μετά τη γνωστοποίηση της νόσου τους και ενώ βρίσκονται υπό χημειοθεραπεία. Εξάλλου, σημαντικό μέρος των καρκινοπαθών εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία ή και μείζονα κατάθλιψη (Δουζένης, 2013).

Ασθενείς με παθήσεις του νευρικού συστήματος συχνά εμφανίζουν συναισθηματικού τύπου εκδηλώσεις (κυρίως κατάθλιψη), ενώ η κατάθλιψη απαντάται σταθερά μεταξύ ατόμων με νεφρική ανεπάρκεια που βρίσκονται υπό αιμοκάθαρση (Παπαδημητρίου, 2013).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας αναφέρονται παρακάτω:

#### § Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες:

- § Ψυχοπαθολογικοί παράγοντες:
- § Βιολογικοί παράγοντες:
- § Προηγούμενη απόπειρα αυτοκτονίας (σοβαρή- βίαη) (Χαβάκη-Κονταξάκη 2013).

Εκτός από τους αναφερθέντες βιολογικούς παράγοντες, συζητούνται ακόμη η πιθανή σχέση της χαμηλής στάθμης της χοληστερόλης και της υψηλής στάθμης της κορτιζόλης του πλάσματος με την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Χριστοδούλου, 2013)

Είναι προφανές, πως όσο περισσότερους παράγοντες συγκεντρώνει ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Από το σύνολο των παραγόντων κινδύνου αυτοκτονίας, ισχυρότερο προγνωστικοί δείκτες θεωρούνται η ύπαρξη προηγούμενης απόπειρας και η ύπαρξη ψυχικής διαταραχής (Χριστοδούλου, 2013).

Βέβαια, η προγνωστική σημασία των παραγόντων είναι σχετικά περιορισμένη. Η μακροπρόθεσμη πρόβλεψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, στη βάση των παραγόντων κινδύνου, είναι εξαιρετικά δύσκολη, αφού πολλοί από τους παράγοντες αυτούς είναι δυνατόν να τροποποιηθούν στην προοπτική του χρόνου (Χαβάκης και Κονταξάκης, 2013).

Τουλάχιστον, 20% των επειγουσών ψυχιατρικών περιπτώσεων έχουν ως κύριο λόγο προσέλευσης τον αυτοκαταστροφικό ιδεασμό ή μια απόπειρα αυτοκαταστροφής, ενώ στους μισούς ή και περισσότερους από αυτούς συνιστάται άμεση ψυχιατρική νοσηλεία (Κονταξάκης, 2013).

Σήμερα, στην Αγγλία, οι απόπειρες αυτοκαταστροφής κατέχουν την πρώτη θέση μεταξύ των έκτακτων εισαγωγών σε γενικά νοσοκομεία για τις γυναίκες και τη δεύτερη για τους άνδρες (μετά τα καρδιακά επεισόδια) (Κονταξάκης, 2013).

Στα πλαίσια της αντιμετώπισης ατόμων με τάσεις ή απόπειρες αυτοκαταστροφής θα πρέπει να διερευνηθεί ο βαθμός «αυτοκτονικής πρόθεσης» του ατόμου, ο κίνδυνος επανάληψης της απόπειρας ή ο κίνδυνος προσεχούς αυτοκτονίας, η γενική ψυχιατρική κατάσταση του ατόμου (ψυχοπαθολογία), η ανάγκη (ενδεχομένως) για άμεση ψυχιατρική νοσηλεία, η ύπαρξη δυνατοτήτων αντιμετώπισης και υποστήριξης του ατόμου στο οικογενειακό περιβάλλον (Χαβάκη και Κονταξάκη, 2013).

Η εκτίμηση της γενικής ψυχοπαθολογικής κατάστασης του ατόμου και το ψυχιατρικό ιστορικό θα βοηθήσουν στην εντόπιση ψυχικών διαταραχών -όπως είναι η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια- που ενδεχομένως διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς και χρειάζονται άμεση αντιμετώπιση (Δημητρίου, 1994).

Εξάλλου, το κοινωνικό ιστορικό θα βοηθήσει στην αποκάλυψη κοινωνικών παραγόντων (απώλεια, αποτυχία, πένθος) που σχετίζονται με την εκδήλωση της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς, αλλά και άλλων, που ενδεχομένως μπορούν να βοηθήσουν (υποστηρικτικά συστήματα ) στην αντιμετώπιση του προβλήματος (Δημητρίου, 1994).

Η ανάγκη για άμεση ψυχιατρική νοσηλεία του ατόμου ενδείκνυται στις περιπτώσεις όπου υπάρχει σοβαρή ψυχική διαταραχή (μείζων κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, οργανική ψυχική διαταραχή), σοβαρός αυτοκτονικός ιδεασμός και υψηλός βαθμός «αυτοκτονικής πρόθεσης», ιστορικό παρορμητικών συμπεριφορών, κατάσταση «κρίσης» και έντονου stress, απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος (κυρίως στο επίπεδο της οικογένειας) (Μπεράτη, 1994).

Στην περίπτωση που ο ασθενής (λόγω της συνυπάρχουσας σοβαρής ψυχοπαθολογίας και της έλλειψης «εναισθησίας» αρνηθεί την εισαγωγή του, μπορούμε να καταφύγουμε σε αναγκαστική νοσηλεία του (Μπεράτη, 1994).

Εάν αποφασιστεί η αντιμετώπιση του ατόμου σε εξωτερική βάση, απαιτείται συχνή παρακολούθηση και στενή συνεργασία με την οικογένεια, που πρέπει να αναλάβει την ευθύνη για τη φροντίδα του ατόμου σε 24ωρη βάση (Δημητρίου, 1994).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως η ανάπτυξη ειδικών υπηρεσιών για καταθλιπτικούς ασθενείς με τάσεις αυτοκαταστροφής θα βοηθήσει στη θεραπευτική αντιμετώπιση και την ψυχοκοινωνική τους υποστήριξη, αλλά και στην τήρηση της ψυχοπροφυλακτικής φαρμακοθεραπείας, με στόχο την αποτροπή των νέων καταθλιπτικών φάσεων και την πρόληψη των αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών (Δημητρίου, 1994).

#### **4.3 Αντιμετώπιση του επιθετικού βίαιου ασθενούς**

Εκτιμάται ότι τουλάχιστον 10% των έκτακτων ψυχιατρικών περιστατικών έχουν ως κύριο λόγο προσέλευσης απειλές ή πράξεις επιθετικής ή βίαιης συμπεριφοράς. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς αυτούς πάσχουν ταυτόχρονα από κάποια μείζονα (συνήθως) ψυχιατρική

διαταραχή. Προτεραιότητα, βέβαια, πρέπει να δοθεί στην άμεση αντιμετώπιση της βίαιης συμπεριφοράς του ατόμου (Μαδιανός, 2004).

Η αντιμετώπιση του ασθενούς πρέπει να βασίζεται στη φιλική και «εμπαθητική» στάση, τη σταθερότητα, την αίσθηση ασφάλειας που πρέπει να μεταφερθεί στον άρρωστο, αλλά και το ρεαλισμό (Κονταξάκης, 2013).

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση του επιθετικού – βίαιου ασθενούς περιλαμβάνει τη χορήγηση νευροληπτικών (όπως είναι η αλοπεριδόλη) ή και βενζοδιαζεπινών (όπως είναι η διαζεπάμη) σε ενέσιμη μορφή. Ηλεκτροσπασμοθεραπείες (ECT) συνιστώνται σε περιπτώσεις επιθετικών ψυχωσικών ασθενών (κυρίως με κατατονική συμπτωματολογία) (Χαβάκης και Κονταξάκης, 2013).

Η απομόνωση και η καθήλωση του ασθενούς εφαρμόζεται σε περιπτώσεις παρατεταμένης επιθετικής δραστηριότητας. Η αναγκαστική ψυχιατρική νοσηλεία συνιστάται στις περιπτώσεις όπου η μη ελεγχόμενη επιθετική-βίαιη συμπεριφορά του ατόμου είναι δευτεροπαθής εκδήλωση υποκείμενης σοβαρής ψυχικής διαταραχής (όπως είναι η σχιζοφρένεια), συνιστά δε άμεσο κίνδυνο για το περιβάλλον του αρρώστου (Δουζένης, 2013).

Η ενδονοσοκομειακή νοσηλεία θα πρέπει να αποφασιστεί με βάση τα παρακάτω κριτήρια:

1. Αναμφίβολα έντονη επιθυμία θανάτου και επικινδυνότητας της απόπειρας.
2. Αμφίβολη επικινδυνότητα.

Στην περίπτωση του δεύτερου κριτηρίου πρέπει να συνυπολογιστούν: η έλλειψη συστήματος συναισθηματικής υποστήριξης, η διακοπή συναισθηματικών δεσμών και η ύπαρξη σοβαρής ψυχοπαθολογίας με αυξημένη επιθετικότητα. Επιπλέον οφείλεται να τεθεί υπόψη: η ανάγκη για διαγνωστική εκτίμηση ή εφαρμογή ειδικών θεραπειών (ηλεκτροσπασμό-θεραπεία, συνδυασμένη φαρμακευτική αγωγή), η εμπλοκή του ατόμου σε καταστάσεις που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αυτοκτονική συμπεριφορά (οικογενειακά προβλήματα), η πρόσφατη επίταση αυτοκαταστροφικών μορφών συμπεριφοράς και η αδυναμία του γιατρού να εκτιμήσει το βαθμό επικινδυνότητας (Μαδιανός, 1994).

Η βραχεία ενδονοσοκομειακή νοσηλεία απευθύνεται: σε άτομα που αποπειράθηκαν αυτοκτονία και έχουν διαταραχές προσωπικότητας, σε άτομα που παρουσιάζουν σαφείς

αυτοκαταστροφικές τάσεις, σε ασθενείς που πάσχουν από σοβαρά ψυχικά νοσήματα και σε άτομα που δεν είναι σε θέση να δώσουν πλήρες ιστορικό και δεν έχουν οικογένεια ή φίλους (Δημητρίου, 1994).

Κατά την διάρκεια της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο θα πρέπει να ληφθούν μέτρα προφύλαξης του από μελλοντική ενδεχόμενη απόπειρα. Η επιτήρηση του ασθενή πρέπει να είναι διακριτική αλλά αποτελεσματική. Οι εντολές προς το προσωπικό πρέπει να είναι πάντα γραπτές, σαφείς και συγκεκριμένες. Ο θάλαμος του ασθενή θα πρέπει να βρίσκεται στο ισόγειο, ασφαλής και με περισσότερα από ένα κρεβάτια. Όλοι οι χώροι του νοσοκομείου να είναι ασφαλισμένοι και κλειδωμένοι (Δημητρίου, 1994).

Η εξωνοσοκομειακή αντιμετώπιση πρέπει να αποφασίζεται σε περιπτώσεις όπου η επιθυμία του ατόμου για θάνατο έχει μειωθεί και οι απόπειρες αυτοκτονίας δεν ήταν σοβαρές (Μαδιανός, 1994).

#### **4.4 Αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή**

Στην αναγνώριση του αυτοκαταστροφικού ασθενή δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην διάρκεια λήψης του ιστορικού (Δουζένης, 2013).

Οι ασθενείς που έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν αυτοκαταστροφικοί είναι: οι πάσχοντες από ψυχική νόσο, οι πάσχοντες από σοβαρή σωματική νόσο, οι ασθενείς με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό αυτοκτονίας, οι ασθενείς με ιστορικό αλκοολισμού ή χρήσης ουσιών, οι ασθενείς που βιώνουν μια σημαντική απώλεια και οι ασθενείς που ζουν μόνοι, χωρίς υποστηρικτικό δίκτυο (Δουζένης, 2013).

Επίσης, ο οποιοσδήποτε εμφανίζει ένα από τα παρακάτω μπορεί να χαρακτηριστεί αυτοκαταστροφικός: απόσυρση – απομόνωση, δυσκολία στις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που πριν τον ευχαριστούσαν. αλλαγή στη συμπεριφορά (απαισιοδοξία, ευερεθιστότητα, απάθεια ή οποιαδήποτε ξαφνική αλλαγή στην συμπεριφορά), έντονη θλίψη, έντονη ανησυχία ή πανικό, επαναλαμβανόμενη αναφορά στο θάνατο ή την αυτοκτονία, αλλαγή στις συνήθειες διατροφής ή ύπνο, αισθήματα ενοχής, ντροπής, αναξιότητας. ξαφνική επιθυμία να τακτοποιηθούν προσωπικές υποθέσεις (Δουζένης, 2013).

Όλα τα παραπάνω μαζί με τις διαταραχές προσωπικότητας συνδέονται με την αυτοκτονική συμπεριφορά η οποία μπορεί να είναι αντικοινωνική ή και οριακή. Επίσης η ένωση αυτών

των διαταραχών και της κατάθλιψης αυξάνει κατά πολύ τον κίνδυνο αυτοκτονίας. Ορισμένα στοιχεία του χαρακτήρα όπως είναι η παρορμητικότητα, επιθετικότητα, δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνική απόσυρση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσπιστία, αρνητισμός, απαισιοδοξία και αναμονή δυσάρεστων γεγονότων, εμπλοκή σε επικίνδυνες συμπεριφορές, συνδυάζονται με υψηλότερο κίνδυνο για αυτοκτονική συμπεριφορά (Δουζένης, 2013).

### 5.1 Η επιβολή σωματικού περιορισμού και απομόνωσης σε ψυχικά ασθενείς

Οι περιοριστικοί μέθοδοι που εφαρμόζονται σε τμήματα της ψυχιατρικής κλινικής σε δύσκολες περιπτώσεις επιθετικότητας και βίαιης συμπεριφοράς ασθενών είναι ο σωματικός περιορισμός καθώς και η απομόνωση. Η χρήση αυτών έχει απασχολήσει επί δεκαετίες τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας, τις οργανώσεις και τα σωματεία των πασχόντων, καθώς επίσης τους οργανισμούς πιστοποίησης ποιότητας νοσηλείας (Νακάκης, 2013).

Ο σωματικός περιορισμός σχετίζεται με τη φυσική καθήλωση, που περιέχει τη μέθοδο συγκράτησης του ασθενή με τα χέρια και με τη μηχανική καθήλωση που εφαρμόζεται με τη χρήση ειδικού εξοπλισμού ή ενδυμάτων και γίνεται με σκοπό τη σωματική συγκράτηση πασχόντων που εκδηλώνουν επιθετικές και εκτός ελέγχου εκδηλώσεις. Αρκετές φορές θέτουν σε κίνδυνο τον ίδιο τους τον εαυτό, τους άλλους ασθενείς, το προσωπικό αλλά και γενικότερα το θεραπευτικό περιβάλλον της κλινικής. Η απομόνωση σχετίζεται με την εξασφάλιση ατομικής νοσηλείας με τον περιορισμό του ασθενή σε ένα ήρεμο και ειδικά διαμορφωμένο χώρο, με στόχο τη διαχείριση της διέγερσής του και των αποτελεσμάτων της και ενδεχομένως, στην μείωση ακραίας συμπτωματολογίας από αισθητηριακή υπερφόρτωση. Οι δυο αυτές περιοριστικές πρακτικές πρέπει να εφαρμόζονται υπό την άμεση επίβλεψη των νοσηλευτών για να εξασφαλίζεται η προστασία και η ασφάλεια των ιδιαίτερα διεγερτικών ασθενών (Νακάκης, 2013, Ζαταρλούδη, 2009).

Ο σωματικός περιορισμός και η απομόνωση έχουν υποστεί κριτική και η εφαρμογή τους σε χώρους ψυχιατρικής νοσηλείας έχει προκαλέσει αντιπαραθέσεις ανάμεσα σε επιστήμονες, με αποτέλεσμα να έχει αμφισβητηθεί η θεραπευτική τους αξία. Οι περιοριστικές αυτές εφαρμογές εμφανίζονται ως δυνητικά επιβλαβείς διότι έχουν αναφερθεί σοβαρές συνέπειες από την μη κατάλληλη ή τη μη ενδεδειγμένη χρήση τους, που πιθανόν να επιφέρουν τραυματισμούς, σημαντικές βλάβες ή και θάνατο. Επιπλέον, έχουν διαπιστωθεί αρνητικά αποτελέσματα από την εφαρμογή των πρακτικών περιορισμού στην ψυχολογική σφαίρα των ασθενών, στις οποίες περιλαμβάνονται η επιδείνωση της διέγερσης, η ύφεση των γνωστικών λειτουργιών και οι αντιδράσεις μετατραυματικού στρες. Επίσης έχει αναφερθεί από πάσχοντες ότι, μέσα από τις διαδικασίες εφαρμογής αυτών των περιοριστικών μεθόδων, αναβίωσαν εμπειρίες

επιθετικότητας που τους είχαν ασκηθεί στο παρελθόν και τις είχαν εκλάβει ως μια τιμωρία καθώς και στέρηση της ελευθερίας τους (Νακάκης, 2013).

Η χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης ως περιοριστικές κλινικές πρακτικές φέρνουν στην επιφάνεια νομικά ζητήματα που ενέχουν ακόμη και ποινικές ευθύνες για τις συνέπειες της εφαρμογής τους, καθώς και ηθικά ζητήματα, διότι στην εφαρμογή τους υπάρχει η έννοια της επιβολής και του περιορισμού του πάσχοντα. Ωστόσο, παρά την αμφισβήτηση που έχει υποστεί η χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης και τις προσπάθειες που έχουν γίνει για την κατάργηση της εφαρμογής τους, τα συγκεκριμένα μέτρα εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται στην ψυχιατρική κλινική μέσα στο πλαίσιο της επείγουσας ψυχιατρικής φροντίδας, ως μέτρα ελέγχου της βίαιης συμπεριφοράς και θεραπείας των ψυχικά ασθενών στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς (Ζαρταλούδη, 2009).

## **5.2 Επιθετική συμπεριφορά και χρήση του σωματικού περιορισμού**

Η βίαιη συμπεριφορά των ασθενών που βρίσκονται σε ψυχιατρικές κλινικές είναι συχνή και εκτιμάται πως ένας στους επτά πάσχοντες εκδηλώνει κάποια στιγμή επιθετική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Επιπλέον, έχει εκτιμηθεί ότι περίπου το μισό νοσηλευτικό προσωπικό έχει υποστεί βίαιη επίθεση σε ψυχιατρικές κλινικές. Η πλειονότητα των επιθετικών εκδηλώσεων από πάσχοντες σε ψυχιατρικές κλινικές δεν έχει ως αποτέλεσμα ένα σωματικό τραυματισμό, ωστόσο, οι ψυχολογικές επιπτώσεις στα άτομα που εμπλέκονται, είναι πιθανόν να είναι σοβαρές με συνακόλουθο θυμό, ενοχής, διαταραχή μετατραυματικού στρες, αυτομομφής και ντροπής (Ζαρταλούδη, 2009).

Ο σωματικός περιορισμός είναι πιθανόν να αφορά τη «δια χειρός» μέθοδο συγκράτησης του ασθενή από τα τέσσερα άκρα για να πραγματοποιηθεί η ακινητοποίηση του και για να του χορηγηθεί επείγουσα ενέσιμη φαρμακευτική αγωγή (βενζοδιαζεπίνες αντιψυχωσικά σκευάσματα και συνδυασμός τους). Αφού έχει εκτιμηθεί η κατάσταση με σκοπό να ελεγχθεί η διέγερση και να αποφευχθεί βέβαιη βίαιη συμπεριφορά, ή να ανασταλεί η εξελισσόμενη βίαιη συμπεριφορά (Ζαρταλούδη, 2009).

Στα στοιχεία των ασθενών στους οποίους γίνεται εφαρμογή μέτρων περιορισμού, λαμβάνεται υπόψη η χρήση ουσιών, το φύλο, η νεαρή ηλικία και η ιδιότητα του μετανάστη. Ως παράγοντες που σχετίζονται με τη λήψη απόφασης, για να γίνει εφαρμογή



της καθήλωσης είναι η απειλητική και η καταστροφική συμπεριφορά, η πλημμελής κλινική αξιολόγηση, η προαποφασισμένη εφαρμογή της καθήλωσης κατά την εισαγωγή των ανήσυχων ασθενών για τη διευκόλυνση του προσωπικού, η πραγματοποίηση σε προηγούμενες νοσηλείες βίαιων πράξεων, η απουσία κλίματος συνεργασίας, η κατάχρηση ουσιών, ο ανεπαρκής αριθμός του προσωπικού και η ανεπαρκής εκπαίδευσή του καθώς επίσης και η οργανωτική δομή της ψυχιατρικής μονάδας. Τα συχνά αίτια για την χρήση της καθήλωσης που έχουν καταγραφεί είναι οι κίνδυνοι που απειλούν την ασφάλεια του πάσχοντα και του προσωπικού, η ανεξέλεγκτη διέγερση και βία, ο έλεγχος της διέγερσης και της επιθετικής συμπεριφοράς, η ύπαρξη ψευδαισθήσεων οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε αυτοτραυματισμό και οι μη ελεγχόμενες τάσεις αυτοκτονίας (Νακάκης, 2013).

Επίσης έχει παρατηρηθεί η θεραπευτική διάσταση του σωματικού περιορισμού. Τα δυο τρίτα των ασθενών που εφαρμόστηκε ένιωσαν την αίσθηση της φροντίδας, ανάλογα με την αντιμετώπιση του προσωπικού που περιελάμβανε την ενημέρωση του πάσχοντα κατά τη διάρκεια εφαρμογής του σωματικού περιορισμού και την θέληση για παροχή βοήθειας και ψυχολογικής υποστήριξης. Ωστόσο, η εφαρμογή του σωματικού περιορισμού ενδείκνυται μόνο, όταν έχουν αποβεί αναποτελεσματικές άλλες παρεμβάσεις που έχουν γίνει για την ασφάλεια του ασθενή και του περιβάλλοντος. Θεωρείται η τελευταία επιλογή για την αντιμετώπιση της επιθετικής και εκτός χωρίς έλεγχο συμπεριφορά των ασθενών (Νακάκης, 2013).

### **5.3 Η επιθετική συμπεριφορά και η χρήση της απομόνωσης.**

Στις οργανωμένες ψυχιατρικές μονάδες παρατηρείται η ύπαρξη δωματίου απομόνωσης. Πιο συγκεκριμένα παρατηρείται για έναν κατάλληλα διαμορφωμένο χώρο που διασφαλίζεται η προστασία των πασχόντων σε καταστάσεις που είναι ιδιαίτερα ανήσυχοι και τίθενται υπό έλεγχο οι επιθετικές εκδηλώσεις οι οποίες αποδιοργανώνουν το θεραπευτικό ψυχιατρικό περιβάλλον (Ουζούνη, 2013).

Κατά την διάρκεια εφαρμογής της απομόνωσης ο ασθενής νοσηλεύεται ακούσια σε έναν ειδικά διαμορφωμένο χώρο, μέσα στον οποίο είναι περιορισμένος, αφού είναι συνήθως κλειδωμένος. Ο χώρος αυτός είναι ήσυχος και αισθητηριακά λιτός, έτσι ώστε να προσφέρει στον ασθενή μόνο τις απαραίτητες ανέσεις και συγχρόνως να του εξασφαλίζει σωματική ασφάλεια από κάποιο ενδεχόμενο τραυματισμό. Ο χώρος απομόνωσης ως

μέρος με ελάχιστα περιβαλλοντικά ερεθίσματα, επιδρά κατασταλτικά σε κάποιες ακραίες εκδηλώσεις του ασθενή, αποτρέποντάς τον από τον κίνδυνο αυτοτραυματισμού, μειώνει τις πιθανότητες εμπλοκής του με τα υπόλοιπα άτομα, καθώς επίσης προσφέρει τη δυνατότητα στο προσωπικό να έχει στενή επίβλεψη και έλεγχο της κατάστασής του (Ουζούνη, 2013).

Υποστηρίζεται, πως η εφαρμογή της απομόνωσης συμβαίνει μόνο στη περίπτωση έσχατης ανάγκης και δεν πρέπει να είναι προκαθορισμένο μέρος του θεραπευτικού σχεδιασμού ή τιμωρία, διότι οι πάσχοντες τη βιώνουν ως μία τραυματική εμπειρία με επακόλουθα συναισθήματα τρόμου, επιθετικότητας, θυμού, ταπείνωσης, εγκατάλειψης, φόβου, εξευτελισμού, και απώλειας ελέγχου (Ουζούνη, 2013).

#### **5.4 Ενδείξεις χρήσης σωματικού περιορισμού και απομόνωσης**

Σε όλες τις θεραπευτικές μεθόδους υπάρχουν πάντα οι ενδείξεις και οι αντενδείξεις. Στην ένδειξη χρήσης του σωματικού περιορισμού θα πρέπει να τεκμηριώνονται με σαφήνεια και να χρησιμοποιούνται εφόσον όλες οι προηγούμενες παρεμβάσεις δεν είχαν το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης ενδείκνυται στην αποφυγή επικίνδυνων αυτοκαταστροφικών – ετεροκαταστροφικών εκδηλώσεων. Ιδιαίτερα ενδείκνυται σε ασθενείς που η συμπεριφορά τους έχει υποστεί μια διαταραχή και δείχνουν να έχουν την τάση να προκαλέσουν φθορές στην κλινική αλλά και σε ασθενείς που θα πρέπει να μειωθούν τα αισθητηριακά ερεθίσματα. Αξιοσημείωτη ένδειξη είναι όταν ο ίδιος ο ασθενής ζητήσει αυτή τη μέθοδο έχοντας την εναισθησία αλλά όχι των έλεγχω των παρορμήσεων, έτσι ώστε να μην βλάψει άλλους ασθενείς. Η εφαρμογή του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης ως θεραπευτικής μεθόδου χρήζει από τους νοσηλευτές ιδιαίτερη προσοχή (Νακάκης, 2013):

- Στην τήρηση των κατευθυντήριων γραμμών και του νομικού πλαισίου που είναι κύριος παράγοντας για τη χρήση τους.
- Στην ενημέρωση του ασθενή για τη μέθοδο θεραπευτικής αντιμετώπισης που θα ακολουθήσει έτσι ώστε να υπάρξει αποτελεσματική συνεργασία.
- Στην διατήρηση της αξιοπρέπειας του ασθενή, των ψυχολογικών και σωματικών αναγκών του καθώς επίσης στη παροχή κάποιου βαθμού άνεσης.

- Στην ασφαλή χρήση και εφαρμογή των περιοριστικών μεθόδων για την αποτροπή επικίνδυνων συνεπειών.
- Στο χρονικό διάστημα εφαρμογής των περιοριστικών μεθόδων.
- Καταγραφή του αιτιολογικού παράγοντα που είχε ως αποτέλεσμα τη χρήση των περιοριστικών μέτρων, με σκοπό τη συνεπής παρακολούθηση του ασθενή (Νακάκης, 2013).

### **5.5 Αντενδείξεις της χρήσης απομόνωσης και σωματικού περιορισμού**

Η απομόνωση και ο σωματικός περιορισμός αντενδείκνυται σε πάσχοντες με εγκεφαλοπάθεια οι οποίοι ίσως να έχουν υποστεί μείωση των αισθητηριακών ερεθισμάτων, όπως επίσης και σε ασθενείς που εκδηλώνουν παθολογικά αστάθεια. Επιπλέον, δεν εφαρμόζεται σε ασθενείς που είναι γνωστό πως έχουν υποστεί σοκ στο παρελθόν κατά την εφαρμογή των περιοριστικών μέτρων. Τέλος, είναι πρέπον να καθορίζονται οι καταστάσεις στις οποίες οι περιοριστικοί μέθοδοι θα πρέπει να διακόπτονται. Τα άτομα που φέρουν την ευθύνη παρακολούθησης και εκτίμησης του ασθενή στον οποίο εφαρμόζονται να καθορίζουν τα χρονικά διαστήματα για την επανεκτίμηση των περιορισμένων ασθενών (Ουζούνη, 2013).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### 6.1 Η χρήση του χιούμορ στην φροντίδα ψυχικά ασθενών

Η βασική σημασία του χιούμορ ως ένας ξεχωριστός τρόπος επικοινωνίας, που έχει σκοπό την πρόκληση γέλιου αποτελεί στοιχείο της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Για τους Ισπανούς το χαμόγελο και η χειραψία είναι δυο βασικοί παράγοντες που συντελούν στην ανάπτυξη εύλικρινούς επαφής και εμπιστοσύνης. Οι Ρώσοι όμως μια τέτοια συμπεριφορά από την πλευρά των νοσηλευτών την θεωρούν ως αυθάδεια και άσκοπη κίνηση (Στάθαρου και Γαλάτου, 2012)

Ο Mishkinsky το 1977 τόνισε δυο στοιχεία του χιούμορ: το διανοητικό και το συναισθηματικό. Το διανοητικό στοιχείο είναι δημιουργική σκέψη. Το συναισθηματικό στοιχείο είναι ο συνδυασμός της θλίψης και της διασκέδασης η οποία ενεργοποιεί το γέλιο, για να επιδράσει στο άτομο. Το χιούμορ εμφανίζεται ως μηχανισμός «θάρρους» στα πλαίσια ενός αμυντικού μηχανισμού. Η ομοιότητα εντοπίζεται στο γεγονός ότι, όπως οι αμυντικοί μηχανισμοί, έτσι και το χιούμορ χρησιμοποιείται σε καταστάσεις καθημερινών συγκρούσεων. Η διαφορά τους είναι ότι το χιούμορ δεν στηρίζεται σε γνωστικά στοιχεία αλλά δίνει έμφαση σε κάποια σημεία μιας δεδομένης κατάστασης. Αντίθετα ένας αμυντικός μηχανισμός χρησιμοποιεί παθογόνα συστατικά (Freud, 2009).

Ο Ιπποκράτης υποστηρίζει πως ο άνθρωπος αποτελείται από τέσσερις κράσεις, όπου κάθε μία έχει σχέση με την επικράτηση ενός από τους τέσσερις χυμούς του ανθρώπινου οργανισμού (χολή, φλέγμα, μέλαινα χολή, αίμα). Όταν ο συνδυασμός αυτών των χυμών είναι ομαλός, τότε άνθρωπος είναι υγιής και ευδιάθετος (Freud, 2009).

Το χαρούμενο χιούμορ συνδέθηκε με το αίμα, το ευερέθιστο και το άγριο χιούμορ συνδέθηκε με τη χολή. Το φλεγματικό χιούμορ που ήταν απαθές συνδέθηκε με το φλέγμα, ενώ το μελαγχολικό, που δεν είναι αυθόρμητο, με τη μαύρη χολή (Αθανασιάδου, 2014).

Μελέτες υποστηρίζουν ότι το χιούμορ είναι το καλύτερο φάρμακο. Υποστηρίζουν ότι ενδυναμώνει το σύστημα άμυνας του οργανισμού και καταπολεμάει το άγχος. Τα άτομα εκείνα που γελούν εύκολα και έχουν αίσθηση του χιούμορ, σε σχέση με τα άτομα που εξαγριώνονται εύκολα, έχει διαπιστωθεί ότι παρουσιάζουν λιγότερα καρδιακά επεισόδια. Επίσης και η αναμονή κάποιου ευχάριστου γεγονότος που συνδέεται με το γέλιο

παρουσιάζει αλλαγές στον μεταβολισμό του σώματος και των αιμοφόρων αγγείων (Γαλάτου και Κοτρώτσιου, 2012).

Σε έρευνα του Πανεπιστημίου Irwin της Καλιφόρνιας επιβεβαιώθηκε ότι οι ορμονικές αλλαγές εμφανίζονται στη αναμονή για χιούμορ και γέλιο. Η έρευνα αυτή βασίστηκε σε 20 εθελοντές οι οποίοι βρίσκονταν σε αναμονή κάποιου ευχάριστου γεγονότος και οι οποίοι υποβλήθηκαν σε τριήμερη παρακολούθηση. Στα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι υπήρξε (Freud, 2009):

- Μείωση του 39% των επιπέδων της κορτιζόλης στο αίμα, μια ορμόνη που σχετίζεται με το άγχος
- Μείωση του 70% της αδρεναλίνης, ορμόνης του στρες
- Αύξηση του 27% της ενδορφίνης, είναι μια ορμόνη που παράγεται στον οργανισμό και βοηθάει τα άτομα να νιώθουν καλά
- Αύξηση του 87% της αυξητικής ορμόνης η οποία δρα θετικά στο ανοσοποιητικό σύστημα (Στάθαρου, 2012).
- Η μείωση του άγχους και της αρτηριακής πίεσης αποτρέπουν την πιθανότητα βλάβης στο ενδοθήλιο, τον εσωτερικό χιτώνα του αυλού των αρτηριών. Οι βλάβες που δημιουργούνται από το στρες και την αυξημένη πίεση καταλήγουν σε αγγειακά προβλήματα ενώ στη παρακάτω παρουσιάζεται απόφραξη των ζωτικών αρτηριών της καρδιάς και του εγκεφάλου που οδηγούν σε καρδιακά και εγκεφαλικά επεισόδια. Έτσι το χιούμορ και το γέλιο μεταβάλουν τα επίπεδα ορμονών στο αίμα. Οι καταστάσεις αυτές είναι πολύ καλές για την καρδιά, τον εγκέφαλο και τα άλλα αγγεία (Στάθαρου, 2012).

Το χιούμορ είναι ένας παράγοντας ο οποίος είναι ιδιαίτερα χρήσιμος στο νοσηλευτικό προσωπικό έτσι, ώστε να πετύχει τους στόχους και τους σκοπούς που έχει προγραμματίσει σε σχέση με την υγεία του ασθενούς. Επίσης χρησιμοποιείται ως θεραπευτική μέθοδος σε ψυχικές παθήσεις αλλά και σε ψυχοθεραπείες, καθώς αποτελεί μια διαδικασία η οποία βοηθάει στην ανταλλαγή των ιδεών και της έκφρασης (Αθανασιάδου, 2014)

Για την σχέση ανάμεσα στους ασθενή-νοσηλευτή το χιούμορ ίσως να έχει κάποιες ψυχολογικές συνέπειες. Μπορεί να δημιουργήσει έναν μηχανισμό άμυνας για αντιμετώπιση ψυχοπιεστικών καταστάσεων αλλά και για καλύτερη επικοινωνία. Η αίσθηση του χιούμορ όπως είπαμε είναι ένας παράγοντας ο οποίος συνδέεται με το δείκτη ευφυΐας και την δημιουργία ενσυναίσθησης. Επιστήμονες θεωρούν πως το γέλιο είναι ένας

τρόπος απάντησης, ωστόσο και το γέλιο και το χιούμορ δημιουργούν θετικά στοιχεία και στον αποστολέα αλλά και στο λήπτη από την ανάπτυξη συναισθημάτων που ωθούν την σταθερότητα και μειώνουν την αρνητικότητα ελέγχοντας την πίεση. Σε μελέτη που έγινε παρατηρήθηκε πως το χιούμορ ξεχωρίζει από ένα ερέθισμα, μια απάντηση, κάποιου χαρακτηριστικού προσωπικότητας, μια γνωστική διαδικασία κα τέλος μια θεραπευτική παρέμβαση (Freud, 2009).

Ο τρόπος κατά τον οποίο λειτουργεί ο μηχανισμός των θετικών συναισθημάτων έχει αποδειχθεί ότι μειώνει ή αποβάλλει τα συναισθήματα αρνητικού περιεχομένου. Αυτός ο τρόπος βασίζεται στην αμοιβαία επίδραση των φυσιολογικών και των ψυχολογικών διαδικασιών που υπάρχουν στην αντίδραση της πίεσης (άγχος) και στον έλεγχο αυτής. Κάποιες φορές ίσως επεισόδια κρίσης μπορεί να θεωρηθούν και ως επίθεση ή αδιαφορία για την σοβαρότητα της κατάστασης (Freud, 2009).

Σε μια συνάντηση του Αμερικάνικου Συνδέσμου Ψυχιάτρων το 2008 αναφέρθηκε η χρήση του χιούμορ ως θεραπευτική αντιμετώπιση καταλήγοντας στα εξής:

- Να μην χρησιμοποιείται ο σαρκασμός και να δίνεται η απαιτούμενη προσοχή στον ασθενή, για να μην θεωρηθεί πως αγνοείται η σοβαρότητα της κατάστασής του.
- Η χρήση του χιούμορ εξαρτάται από τον χρόνο και τον ασθενή
- Το χιούμορ ελαττώνει το στρες και την κατάθλιψη αλλά αυξάνει τα όρια του πόνου, τον αυτοσεβασμό. Επιλύονται προβλήματα και υπάρχει καλύτερη επικοινωνία.
- Βοηθάει τα άτομα σε δύσκολες καταστάσεις
- Βελτιώνει τον τρόπο ζωής των ασθενών και μειώνει την ένταση των συμπτωμάτων (Freud, 2009).

Ο Alehart-Treichl το 2008 έκανε μια έρευνα με θέμα την κατάθλιψη σε ένα δείγμα 200 ασθενών χρησιμοποιώντας το χιούμορ ως μέθοδο αντιμετώπισης. Τα αποτελέσματα ήταν θετικά και ζήτησαν την ενσωμάτωση του στην θεραπευτική πρακτική. Τα τελευταία χρόνια αρκετά στοιχεία αναδεικνύουν την θετική δράση του χιούμορ και ιδιαίτερα όταν ασκείται και από τον θεραπευτή και από τον ασθενή που λαμβάνει την φροντίδα (Freud, 2009).

Ο Freud το 1856 παρουσίασε το χιούμορ σαν μια ευεργετική διαδικασία που βοηθάει τα άτομα να καταπολεμήσουν τα αρνητικά συναισθήματα. Η χρήση του προωθεί την επικοινωνία και βοηθάει στην ανάπτυξη υποστηρικτικού θεραπευτικού περιβάλλοντος (Freud, 2009).

Η Beck (1963) τονίζει τη θετική πλευρά του χιούμορ στην ανθρώπινη αλληλεπίδραση αλλά και τα αρνητικά αποτελέσματα που ίσως να έχει η λανθασμένη χρήση του η οποία οδηγεί σε μια μελετημένη αλληλεπίδραση. Ο Hullat πιστεύει πως το χιούμορ έχει και μια επικινδυνότητα στην χρήση του αλλά σε σύγκριση με τα θετικά του στοιχεία έχουμε μια ισορροπία. Αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα επικοινωνίας που σε πολλές περιπτώσεις είναι ένα έμφυτο συστατικό. Δεν αποσκοπεί αποκλειστικά και μόνο στην πρόκληση γέλιου αλλά και στην ανάπτυξη εμπιστοσύνης με τον ψυχικά ασθενή, όπως και στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης (Γαλάτου, 2012).

Ο Falkenberg παρομοιάζει το χιούμορ ως μια κοινωνική ικανότητα. Κύριο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι η άμεση απάντηση σε ένα χιουμοριστικό ερέθισμα, όπου στους σχιζοφρενείς επηρεάζεται από την κατάθλιψη. Οι σχιζοφρενείς ασθενείς δεν αποδέχονται εύκολα το χιουμοριστικά ερεθίσματα λόγω των γνωστικών τους ελλειμμάτων που επηρεάζουν την αντιληπτική τους ικανότητα και της δυσαρμονίας ανάμεσα στις εκφράσεις του προσώπου και του συναισθήματος (Αθανασιάδου, 2014).

### 7.1 Ακούσια Νοσηλεία

Η ακούσια νοσηλεία είναι μια ιδιαίτερη μορφή νοσηλείας η οποία για να προγραμματιστεί θα πρέπει να υπάρξει νωρίτερα μια συνεργασία ανάμεσα στο άμεσο συγγενικό περιβάλλον του ασθενούς, τους ιατρούς και τις αστυνομικές αρχές. Είναι μια επίπονη διαδικασία που κύριο σκοπό έχει την έγκαιρη βοήθεια στον πάσχοντα και την προσπάθεια επανένταξής του σε κανονικούς ρυθμούς (Τρίκκας, 2000).

Στην ψυχιατρική κλινική η εντολή για σύσταση νοσηλείας σε έναν ψυχικά ασθενή είναι μια πάρα πολύ περίπλοκη κατάσταση, αλλά η απόφαση για σύσταση ακούσιας νοσηλείας είναι ακόμη πιο δύσκολη, αφού σχετίζεται με κοινωνικά αποκλίνουσες συμπεριφορές αυτοκαταστροφικές ή ετεροκαταστροφικές των ψυχικά πασχόντων. Σε όλες τις μεγάλες κοινωνίες η πολιτεία έχει οργανώσει μια ειδική νομοθεσία, με στόχο την προστασία των πασχόντων από ψυχικές παθήσεις αλλά και την προφύλαξη του κοινωνικού συνόλου από τις διαταραχές των ψυχικά ασθενών (Τρίκκας, 2000).

Οι νομοθεσίες αυτές διαφέρουν από χώρα σε χώρα στη φιλοσοφία έχουν προβλέψει όμως την ειδική, κατοχυρωμένη, παροχή φροντίδας στα συγκεκριμένα άτομα τα οποία λόγω της ψυχικής τους κατάστασης μπορεί να γίνουν επικίνδυνα για τον εαυτό τους ή και τους άλλους ή δεν δέχονται την θεραπευτική αγωγή. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να είναι ελεύθερος και να αποφασίσει ο ίδιος για το αν θα λάβει θεραπευτική αγωγή ή όχι, παράλληλα όμως υπάρχει άμεση ανάγκη για την εφαρμογή κάποιας θεραπευτικής παρέμβασης, για να μπορέσει να προστατευθεί και ο κοινωνικός περίγυρος (Τρίκκας, 2000).

Στις Σκανδιναβικές χώρες οι διαδικασίες για αναγκαστική ή ακούσια νοσηλεία του ψυχικά ασθενή είναι πολύ απλές, ενώ στις Η.Π.Α είτε δεν υπάρχει η συγκεκριμένη νομοθεσία είτε οδηγούνται σε ακροαματικές διαδικασίες του δικαστηρίου. Στη Μεγάλη Βρετανία και στην Ουαλία υπάρχει ανάλογη νομοθεσία από το 1983 ενώ στην Ελλάδα η τελευταία αναθεώρηση της νομοθετικής διαδικασίας για την ακούσια νοσηλεία των ψυχικά ασθενών είναι από το 1992 και υπάρχει στο ΝΔ 2071 για την οργάνωση και εξέλιξη του συστήματος υγείας (Τρίκκας, 2000).



Πριν όμως από την απόφαση της ακούσιας νοσηλείας θα υπάρξουν ενέργειες από τον θεράποντα ιατρό να μεταπείσει τον ασθενή αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον για την αναγκαιότητα της νοσηλείας και της θεραπευτικής αγωγής. Όταν οι προσπάθειες αυτές δεν έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα και η ακούσια νοσηλεία κριθεί απαραίτητη, κυρίως λόγω μη αποδοχής της κατάστασης από τον ασθενή, τότε ο ψυχίατρος ενημερώνει εκ νέου τους συγγενείς για την αναγκαία συμμετοχή τους στην διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει την αίτηση στις εισαγγελικές αρχές, την συνεργασία με την αστυνομική υπηρεσία κτλ. τέλος ο ψυχίατρος θα τους βοηθήσει να απενοχοποιηθούν από τα συναισθήματα ενοχής που βιώνουν (Μπιλανάκης, 2011).

Απαραίτητες προϋποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία αποτελούν η ύπαρξη συγκεκριμένης ψυχοπαθολογικής κατάστασης, η αδυναμία του πάσχοντος να κρίνει και να αποφασίσει για το συμφέρον του, η μη υποβολή του σε θεραπευτική αγωγή και η επιδείνωση της κατάστασής του στην περίπτωση που δεν νοσηλευθεί ή υπάρξει επικινδυνότητα από τη συνολική συμπεριφορά του ασθενούς (Μπιλανάκης, 2011).

## **7.2 Δικαιώματα των ασθενών**

Το δικαίωμα θεραπείας αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα κάθε πάσχοντος ατόμου και κατά συνέπεια και του ψυχικά πάσχοντος. Η ακούσια νοσηλεία αποσκοπεί στην εφαρμογή της θεραπείας και τότε μόνο δικαιολογείται αν και έχει προκύψει διχογνωμία για το κατά πόσο στην ακούσια νοσηλεία μπορεί να δοθεί θεραπεία χωρίς τη θέληση του αρρώστου (Αλεβίζος, 2000).

Για να μην δημιουργηθούν προβλήματα, όταν εφαρμόζεται η φαρμακευτική θεραπεία, θα πρέπει ο ψυχίατρος να έχει μελετήσει σωστά την κλινική εκτίμηση του ασθενή όπου θα περιλαμβάνει και εργαστηριακό έλεγχο, να συγκρίνει την παλιά με την νέα φαρμακευτική αγωγή και να συμπληρώσει ένα πλήρες ιστορικό. Επιπλέον θα πρέπει να δώσει κατευθυντήριες οδηγίες για την χρήση τους και για το ενδεχόμενο εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών (Αλεβίζος, 2000).

### 7.3 Δικαίωμα άρνησης της θεραπείας

Η αντίληψη ότι ο νοσηλεύόμενος ψυχικά ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί τη θεραπεία, αποτελεί αντικείμενο διχογνωμίας στον ψυχιατρικό χώρο. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα το διαχωρισμό της ακούσιας νοσηλείας από τη θεραπεία, για την οποία ο ασθενής εισάγεται στην κλινική. Ο εκούσιος πάσχοντας είναι ικανός να εξισορροπεί τα υπέρ και τα κατά μιας θεραπείας, έχοντας το πλεονέκτημα να αποφασίζει για την θεραπεία του με βάση της οδηγίες του θεράποντα ιατρού. Το ερώτημα είναι όμως ποιος αποφασίζει για την θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς που δεν είναι σε θέση να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του (Μπιλανάκης, 2011).

Οι δικαστικές αποφάσεις στις Η.Π.Α είναι αντιφατικές με το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας. Ο εκούσιος ασθενής δεν είναι σε θέση να αποφασίσει για την θεραπεία του αλλά πρέπει να ακολουθεί την ενδεδειγμένη θεραπεία. Το δικαίωμα άρνησης της θεραπείας διατυπώθηκε στη δεκαετία του 1960, δεν αντιπροσωπεύει δικαίωμα, αλλά αποτελεί ένα κλινικό ζήτημα που περιλαμβάνει τη θεραπευτική συμμαχία και τη συγκατάθεση στη θεραπεία στα πλαίσια αυτής της συμμαχίας (Μπιλανάκης, 2011).

Όπως αναφέρθηκε αρχικά η ακούσια νοσηλεία είναι μια ξεχωριστή παρέμβαση και ο λόγος που γίνεται είναι πολύ συγκεκριμένος. Το γεγονός ότι οι ασθενείς αυτοί νοσηλεύονται παρά τη θέλησή τους και χωρίς να έχουν επίγνωση της κατάστασέως τους δεν σημαίνει ότι δεν είναι και αυτοί άνθρωποι και δεν έχουν δικαιώματα, τα όποια θα πρέπει να γίνονται σεβαστά απ' όλους τους αρμόδιους φορείς (Αλεβίζος, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### 8.1 Ψυχοθεραπεία και πρόληψη στους ψυχικά πάσχοντες και στην οικογένεια

Η ραγδαία σχεδόν αποδιοργάνωση της κοινότητας, που μεσολαβούσε διακριτικά και προστατευτικά μεταξύ οικογένειας και κοινωνίας, αύξησε το άγχος στην οικογένεια. Στην προσπάθεια να ανταπεξέλθουν στις καινούργιες συνθήκες αρκετές οικογένειες ισορροπούν με συμπτώματα διαταραχής σε ένα ή περισσότερα μέλη τους. Μετά από έρευνα έχουν διαπιστωθεί κάποια χαρακτηριστικά και τρόποι με τους οποίους η οικογένεια οργανώνει τη ζωή της. Υπάρχουν κάποιοι μέθοδοι μέσω των οποίων επηρεάζεται αυτή η οργάνωση, έτσι ώστε να αποφεύγεται ή να μειώνεται η παραγωγή ψυχοπαθολογίας. Στις μεθόδους αυτές περιλαμβάνονται συστηματικής προσέγγισης παρεμβάσεις στην οικογένεια, συμμετοχή σε ομάδα ευαισθητοποίησης ή θεραπείας ζευγαριών (Καζαμίας, 1994).

Η παρέμβαση σε όλη την οικογένεια και σε όλες τις οικογενειακές σχέσεις και όχι μόνο στο άτομο που έχει τα συμπτώματα ψυχικής ασθένειας είχε ως αποτέλεσμα την εξέλιξη:

- 1) Από το άτομο στον περίγυρο του και στις σχέσεις που εξελίσσονται εκεί.
- 2) Από το ενδοπροσωπικό στο διαπροσωπικό χώρο.
- 3) Από το παρελθόν στο παρόν.
- 4) Από το γιατί στο πως.
- 5) Από το απλό σχήμα της γραμμικής αιτιότητας στην αυτόνομη επιλογή εξέλιξης.
- 6) Από την μονόδρομη δράση στην ανάδρομη και στην αλληλομεταβολή.
- 7) Από το περιεχόμενο στη διεργασία (Shepard, 2003)

Η συστηματική προσέγγιση στη μελέτη της οικογένειας απεκάλυψε ορισμένες συστηματικές διαστάσεις ή δομικές μεταβλητές, που διέπουν την λειτουργία της οικογένειας. Οι μεταβλητές αυτές ξεχωρίζουν τις οικογένειες σε αυτές που παράγουν ψυχοπαθολογία και στις φυσιολογικές. Οι μεταβλητές αυτές είναι:

- 1) Η δομή δυνάμεως: η ιεραρχία δύναμης και ο τρόπος διαπραγμάτευσης της.
- 2) Ο βαθμός που η οικογένεια επιτρέπει εξατομίκευση και ανέχεται διαφορές
- 3) Ο τρόπος αντίληψης της πραγματικότητας:
  - Ο βαθμός σύγκλισης ανάμεσα στην οικογενειακή μυθολογία και την πραγματικότητα
  - Ο τρόπος που η οικογένεια αντιμετωπίζει την ροή του χρόνου

4) Το επίπεδο αντοχής στον χωρισμό και την απώλεια.

5) Η συναισθηματική έκφραση ή ο επικρατών συναισθηματικός τόνος

Η γνώση αυτών των παραμέτρων αποτελούν σημαντικό παράγοντα στη διαμόρφωση της ποιότητας της οικογενειακής ζωής και μπορεί να προσφέρει πρώιμες ή θεραπευτικές παρεμβάσεις (Μινουσίν, 2000).

Η οικογένεια είναι ένα ανοιχτό σύστημα, το οποίο περιλαμβάνει επίπεδα οργάνωσης μεγίστης πολυπλοκότητας, που αρχίζουν από το βιολογικό και εξελίσσονται προς το ψυχολογικό, το κοινωνικό, το πολιτιστικό. Το οικογενειακό σύστημα αποτελείται από υποσυστήματα όπως:

- Το ζευγάρι των γονιών
- Τα παιδιά
- Το κάθε μέλος ξεχωριστά τα οποία βρίσκονται σε σχέση συν-αλλαγής (Μινουσίν 2000)

Η θεραπεία του ζεύγους έχει αναπτυχθεί παράλληλα αλλά και ανεξάρτητα από τη θεραπεία οικογένειας. Το ζευγάρι μπορεί να θεωρηθεί είτε ως σύστημα είτε ως δυο ξεχωριστά άτομα τα οποία αλληλεπιδρούν και οι ανάγκες τους είτε εναρμονίζονται είτε συγκρούονται. Στη θεραπεία ζεύγους αρκετοί προτιμούν τη συμμετοχή δυο θεραπευτών, αντίθετου φύλου. Τα ζεύγη προσέρχονται στη θεραπεία είτε λόγω προβλημάτων σχέσης είτε λόγω συμπτωματολογίας ενός από τους συντρόφους (Ρήγας, 2008).

Στα παιδιά η κατάσταση είναι πιο περίπλοκη. Έρευνες υποστηρίζουν πως ένα στα πέντε παιδιά έχει πρόβλημα έκφρασης συναισθημάτων και χρειάζεται ειδική βοήθεια, για να το ξεπεράσει. Επίσης υπάρχουν παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς τα οποία, αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα, θα τα βιώνουν σε όλη τους τη ζωή ή θα τα οδηγήσουν σε κάποια ψυχική διαταραχή (Miller, 1997).

Στην προσχολική ηλικία τα παιδιά εμφανίζουν:

- Δυσκολία στον ύπνο και στη διατροφή
- Διαταραχές του λόγου
- Προβλήματα στην συμπεριφορά
- Κοινωνικές δυσκολίες (Miller, 1997)

Στη σχολική ηλικία εμφανίζουν:

- Προβλήματα μάθησης- συγκέντρωσης-προσοχής
- Ανασφάλεια
- Χαμηλή αυτοπεποίθηση (Miller, 1997)

Στην εφηβεία εμφανίζουν:

- Μαθησιακές και κοινωνικές δυσκολίες
- Διαταραχές στη συμπεριφορά
- Κρίσεις πανικού
- Χρήση ουσιών
- Προβλήματα ταυτότητας φύλου (Miller, 1997)



Σε αυτή τη θεραπεία κυρίαρχο ρόλο έχει η επικοινωνία. Μέσω της επικοινωνίας τα παιδιά εκφράζουν τις ανησυχίες τους είτε μέσα από το παιχνίδι είτε μέσα από τη ζωγραφική είτε μέσα από το λόγο. Αποφεύγεται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και όταν ενδείκνυται γίνεται με τη βοήθεια του παιδοψυχιάτρου. Σε τέτοιου είδους θεραπευτικές μεθόδους χρειάζεται χρόνος και υπομονή και από την οικογένεια και από το ίδιο το παιδί. Βασικό όμως θα ήταν να υπάρχει και συμβουλευτική κατευθυντήρια γραμμή και στους γονείς έτσι ώστε να βοηθούν και αυτοί με τη σειρά τους από το σπίτι (Miller, 1997).

Στην θεραπεία της οικογένειας το ενδιαφέρον στρέφεται στη στάση της οικογένειας απέναντι στο μέλος που εμφανίζει κάποια συμπτωματολογία, καθώς και στον αντίκτυπο που έχει η ατομική συμπτωματολογία στα υπόλοιπα μέλη. Αποκαλύπτονται δηλαδή οι ενδοοικογενειακές σχέσεις, τόσο πριν την εκδήλωση ενός ψυχιατρικού προβλήματος όσο και μετά από αυτήν. Η θεραπεία οικογένειας συνιστάται σε αραιές συνεδρίες με ολόκληρη την οικογένεια ή ένα μέρος της. Κατά τη θεραπεία επισημαίνονται θετικά οι υγιείς εφεδρείες της οικογένειας. Συζητούνται η ατομική συμπτωματολογία ή αυτό που προσκομίζει η οικογένεια ως πρόβλημα και συνδέονται με αλλαγές ή σημαντικά γεγονότα

στη ζωή της οικογένειας, καθώς και με τις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Εμφανίζονται πιθανές σημασίες και ρόλοι, που μπορεί να κρύβει η ατομική συμπτωματολογία ή η προβληματική συμπεριφορά (Τομαράς, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### 9.1 Ο ρόλος του νοσηλευτή

Η φύση του αντικειμένου των υπηρεσιών της υγείας απαιτεί τη συμμετοχή περισσότερων του ενός επαγγελματιών υγείας. Τα μέλη της νοσηλευτικής θεραπευτικής ομάδας συνεργάζονται και συντονίζουν τις προσπάθειές τους με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης των ασθενών. Η Νοσηλευτική της Υγείας στηρίζεται στο θεωρητικό οικοδόμημα της Βασικής Νοσηλευτικής, που ως επιστήμη και κλινική πρακτική εστιάζει το ενδιαφέρον της στα τρία στάδια πρόληψης:

- Προαγωγή και διατήρηση της υγείας (πρωτοβάθμια)
- Παροχή φροντίδας και θεραπεία (δευτεροβάθμια)
- Αποκατάσταση (τριτοβάθμια) (Μάλαμα, 2012).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η ταυτότητα του νοσηλευτή έχει διαφοροποιηθεί σημαντικά. Έτσι, από τον παραδοσιακό ρόλο του «φύλακα» ασθενών και απλού «εκτελεστή» των ιατρικών οδηγιών, έφθασε μέσω της εκπαίδευσης και της ειδίκευσης στην ανάληψη πιο ενεργού ρόλου στη θεραπευτική ομάδα (Μάλαμα, 2012).

Ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA) ορίζει Νοσηλευτή Υγείας «έναν τομέα νοσηλευτικής άσκησης, που ως επιστήμη επικεντρώνεται σε θεωρίες ανθρώπινης συμπεριφοράς και ως κλινική πρακτική στη δυναμική χρήση του εαυτού κάθε ατόμου». Πραγματοποιείται μέσω μιας διαπροσωπικής διαδικασίας, αποσκοπώντας στην προαγωγή και διατήρηση συμπεριφοράς, η οποία συμβάλλει στην ολοκλήρωση της λειτουργικότητας του ασθενή. Σύμφωνα με τους θεωρητικούς της Νοσηλευτικής Perlau, Rogers και Roy ο ρόλος του νοσηλευτή προϋποθέτει την ολιστική θεώρηση και προσέγγιση των ασθενών, ανεξάρτητα από την τρέχουσα νόσο (Μάλαμα, 2012).

Οι νοσηλευτές ειδικεύονται μέσω προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών, παρέχοντας τους τη δυνατότητα να αναπτύξουν τις δραστηριότητές τους σε ποικίλους τομείς:

1. *Ο θεραπευτικός-Σημαντική είναι η παρουσία του νοσηλευτή στη θεραπεία του πάσχοντα. Η παρουσία του έχει χαρακτήρα «θεραπευτικό», καθώς μέσω της διαπροσωπικής σχέσης που αναπτύσσεται,, υποστηρίζει και ενισχύει τον άρρωστο κατά την εφαρμογή της θεραπευτικής αγωγής.*

2. *Ο οργανωτικός- διοικητικός.* Ο νοσηλευτής με τρόπο καταλυτικό για τη λειτουργία της μονάδας, οργανώνει το χώρο και συντονίζει το χρόνο, τα μέσα και τις διαδικασίες που άπτονται της αρμοδιότητας του. Συμμετέχει στην κωδικοποίηση και εφαρμογή των αποφάσεων και των αποτελεσμάτων της ομάδας, αλλά και στην αξιολόγηση της θεραπευτικής στάσης και της γενικότερης οργάνωσης της μονάδας, τόσο ως αυτόνομου φορέα περίθαλψης, όσο και σε σχέση με άλλους φορείς.
3. *Ο εκπαιδευτικός.* Ο νοσηλευτής οργανώνει και πραγματοποιεί εκπαιδευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε συναδέλφους. Κύριο μέλημα του νοσηλευτή αποτελεί η εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους, ατομικά ή ομαδικά, σε θέματα υγείας.
4. *Ο συμβουλευτικός.* Ο νοσηλευτής παρέχει συμβουλευτική σε ασθενείς και στις οικογένειές τους, σε συναδέλφους - συνεργάτες και οργανισμούς.
5. *Ο ερευνητικός.* Ο νοσηλευτής σχεδιάζει, οργανώνει, προγραμματίζει και συμμετέχει στη διενέργεια ερευνητικών προγραμμάτων (Παπαγεωργίου, 2012).

Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας του ρόλου του νοσηλευτή διαφαίνεται σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων του, που περιλαμβάνουν:

*α. Δημιουργία θεραπευτικού περιβάλλοντος.* Το έργο του είναι προσανατολισμένο στην έννοια του θεραπευτικού περιβάλλοντος με σκοπό την άσκηση θεραπευτικής επίδρασης στον άρρωστο και στην από μέρους του μεγιστοποίηση του δυναμικού της υγείας του. Δημιουργεί και συντηρεί, σε συνεργασία με τον ασθενή και τους άλλους επαγγελματίες υγείας «θεραπευτικό περιβάλλον» προσαρμοσμένο στο φυσικό. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον, οι νοσηλευτές:

- Διατηρούν την κατάλληλη ατμόσφαιρα, που διευκολύνει την επικοινωνία και την έκφραση συναισθημάτων από πλευράς ασθενών.
- Μεριμνούν ώστε σε όλη τη διάρκεια του θεραπευτικού χρόνου (όλο το 24ωρο) οι ασθενείς να νιώθουν ασφαλείς, να εισπράττουν αποδοχή και σεβασμό και να διασφαλίζεται η αξιοπρέπειά τους.

Προϋπόθεση για την δημιουργία του θεραπευτικού περιβάλλοντος είναι η ειλικρινής διαπροσωπική επικοινωνία. Για το λόγο αυτό θεωρείται απαραίτητο η προστασία των νομικών δικαιωμάτων του, καθώς και η διασφάλιση των όρων που είναι απαραίτητοι για την χρήση πιθανών περιοριστικών μέτρων (Παπαγεωργίου, 2012).



β. *Αξιοποίηση πληροφοριών - εκτίμηση- νοσηλευτική διάγνωση.* Ο νοσηλευτής συμβάλλει στην εκτίμηση του ασθενούς, συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ίδιο και το ευρύτερο οικογενειακό-κοινωνικό περιβάλλον του, αξιοποιώντας το νοσηλευτικό-θεραπευτικό συνεχές (24ωρη νοσηλευτική βάρδια). Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της παρατήρησης της συμπεριφοράς του ασθενούς και του περιβάλλοντός του, με τη νοσηλευτική συνέντευξη και τη διαπροσωπική επικοινωνία. Ο νοσηλευτής αποτελεί, με αυτόν τον τρόπο, το συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και της υπόλοιπης θεραπευτικής ομάδας (Χριστοδούλου, 2012).

Η εκτίμηση του ασθενούς αφορά πολλές πλευρές, όπως:

- Τη δυνατότητα να προστατευτεί, ώστε να μην αποτελεί κίνδυνο για τον εαυτό του και τους άλλους.
- Την αξιολόγηση ουσιαστικών παραπόνων, ενοχλημάτων ή άλλων παρατηρήσεων που επισημαίνει ο ίδιος.
- Το επίπεδο λειτουργικότητας του ασθενούς, που αφορά τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τους κοινωνικούς ρόλους, συμπεριλαμβανόμενης και της δυνατότητας εργασίας.
- Τη συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία και τις πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες
- Τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ικανότητα επικοινωνίας.
- Την ύπαρξη και την ποιότητα των υποστηρικτικών συστημάτων (οικογενειακό, κοινωνικό, πολιτισμικό, εργασιακό).
- Το επίπεδο υγείας (άλλες σωματικές νόσοι, διατροφή).
- Τα κίνητρα και τις δυνατότητες, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ασθενή για την προαγωγή της υγείας του.
- Τις πνευματικές ικανότητες και τις ηθικές αξίες (Μάλαμα, 2012).

Ο νοσηλευτής αξιοποιεί το υλικό εκτίμησης, επισημαίνει τα πραγματικά και προβλέπει τα πιθανά προβλήματα του ασθενούς προγραμματίζοντας τις ανάλογες παρεμβάσεις (Μάλαμα, 2012).

γ. *Παρεμβάσεις.* Η μορφή των παρεμβάσεων προσαρμόζεται ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς, τις νοητικές του δυνατότητες, το κοινωνικό-πολιτισμικό επίπεδο, την πολιτισμική ιδιαιτερότητα, την εκπαίδευση, το φύλο, το σεξουαλικό προσανατολισμό και την αξιολόγηση του υλικού εκτίμησης (Χριστοδούλου, 2012).

Στην κλινική πρακτική εφαρμόζεται ένα ευρύ φάσμα παρεμβάσεων, που περιλαμβάνει:

- Την προώθηση της αυτοφροντίδας του ασθενούς, την ενίσχυση της προσωπικής υπευθυνότητας για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, τη διατήρηση και προαγωγή της γενικής λειτουργικότητας, με στόχο την ανεξαρτητοποίηση και αποκατάστασή του.
- Τον προγραμματισμό, το συντονισμό και την υλοποίηση διαγνωστικών διαδικασιών που προτείνονται από άλλες ειδικότητες.
- Την εφαρμογή βιολογικών θεραπειών με ταυτόχρονη ενίσχυση θετικής στάσης έναντι αυτών. Επιδιώκεται η ανακούφιση από τις ανεπιθύμητες ενέργειες και η συνεχής αξιολόγηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία.
- Την εφαρμογή ψυχολογικών, υποστηρικτικών παρεμβάσεων με στόχους:
  - Ø Την εγκατάσταση σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή
  - Ø Τη βελτίωση της αυτοεκτίμησής του
  - Ø Την εδραίωση της θεραπευτικής επικοινωνίας
- Την οργάνωση ενισχυτικών παρεμβάσεων με στόχο τη συνεργασία και τη συμμετοχή του αρρώστου σε δραστηριότητες επανακοινωνικοποίησης του και την αποφυγή του ιδρυματισμού στη μονάδα ή στο σπίτι.
- Την άσκηση συμβουλευτικής στον ασθενή και στην οικογένειά του, με σκοπό την ενίσχυση υγιών συμπεριφορών, την κατανόηση πλευρών της νόσου και την έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων για τη διατήρηση της θεραπευτικής συνέχειας.
- Τη διασύνδεση του ασθενούς με άλλους χώρους θεραπευτικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης και με άλλους ιατροκοινωνικούς φορείς (Παπαγεωργίου, 2012).

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχουν έναν κρίσιμο ρόλο στην παροχή φροντίδας κατά την ψυχιατρική νοσηλεία ασθενών, καθώς και στη δημιουργία ευκαιριών για την αποτελεσματική διαχείριση δυνητικά επικίνδυνων συμπεριφορών, στοχεύοντας την αποδόμηση των συνθηκών που οδηγούν στην χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης. Στα πλαίσια της φροντίδας για την πρόληψη της αύξησης ανεξέλεγκτων συμπεριφορών, χρειάζεται να εξαντλούνται οι διαθέσιμες εναλλακτικές μέθοδοι, πριν ληφθεί η απόφαση για την χρήση περιοριστικών μέτρων. Όταν οι ψυχολογικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην ελάττωση της

επιθετικής συμπεριφοράς, τότε εξετάζεται ως λύση έσχατης ανάγκης η εφαρμογή του σωματικού περιορισμού ή της απομόνωσης (Ουζούνη, 2013).

## **9.2 Σωματικός περιορισμός – απομόνωση και ο ρόλος του νοσηλευτή**

Το προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων χρειάζεται να είναι επαρκές ως προς τον αριθμό και εκπαιδευμένο στην κατανόηση των κινδύνων που συνδέονται με τη χρήση περιοριστικών μέτρων, στην παρακολούθηση και στην εκτίμηση των σωματικών και ψυχολογικών αναγκών του ασθενή. Επίσης οφείλει να είναι ειδικευμένο στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση απρόβλεπτων και επειγόντων καταστάσεων, οι οποίες ενδεχομένως να θέσουν σε κίνδυνο την ακεραιότητα ή και τη ζωή του νοσηλευόμενου. Αποφεύγεται οποιαδήποτε απρόβλεπτη συνέπεια λόγω της εφαρμογής του σωματικού περιορισμού, για την οποία χρειάζεται άμεση παρέμβαση. Επιπλέον είναι καθοριστική η συνεχής παραμονή μέλους του νοσηλευτικού προσωπικού κοντά στον ασθενή. Συνεπώς για την φροντίδα αλλά και τον περιορισμό της επικινδυνότητας, προτείνεται να εξασφαλίζεται η παρακολούθηση του ασθενή που περιορίζεται σωματικά ή η στενή επίβλεψη του όταν νοσηλεύεται σε δωμάτιο απομόνωσης, για ενδεχόμενες μεταβολές στις παραμέτρους των ζωτικών του σημείων (θερμοκρασία, συχνότητα αναπνοών, καρδιακή συχνότητα, αρτηριακή πίεση) αλλά και όσον αφορά στην ψυχική του και διανοητική του κατάσταση (επίπεδο συνείδησης, εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων – δυστονίες) (Ουζούνη, 2013).

Όταν κατά την εφαρμογή του σωματικού περιορισμού χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή με σκοπό τη ταχεία καταστολή του διεργετικού ασθενή, κάθε πέντε με δέκα λεπτά και για μία τουλάχιστον ώρα, χρειάζεται να πραγματοποιείται εκτίμηση της κατάστασής του. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι ο ασθενής αισθάνεται δυσφορία ή παρατηρηθούν πρόδρομα σημεία κυάνωσης, ακανόνιστη ή επιπόλαια αναπνοή αλλά και οποιεσδήποτε άλλες σοβαρές οργανικές μεταβολές, τα μέτρα περιορισμού διακόπτονται άμεσα και χορηγείται επείγουσα φροντίδα. Είναι απαραίτητο να υπάρχει η δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε εξοπλισμό υποστήριξης ζωής (απινιδωτής, αναπνευστήρας) και σε επείγουσα φαρμακευτική αγωγή.

Εάν ο ασθενής έχει περιορισθεί σωματικά σε πρηνή θέση χρειάζεται να διευκολύνεται και να ελέγχεται η αναπνοή του και γι' αυτό το νοσηλευτικό προσωπικό φροντίζει για τη διασφάλιση της βατότητας των αεροφόρων οδών και τον έλεγχο της αναπνευστικής του επάρκειας. Ακόμα η πρόληψη ενδεχόμενης θρόμβωσης σε ασθενείς υψηλού κινδύνου από

την παρατεταμένη ακινησία λόγω του σωματικού περιορισμού, θα μπορούσε να επιτευχθεί με τη χορήγηση προληπτικά αντιπηκτικής αγωγής. Επομένως ο νοσηλευτής είναι απαραίτητο να είναι ενημερωμένος για την ευπάθεια των νοσηλευόμενων (άσθμα, ΧΑΠ, πνευμονία, παχυσαρκία, αγγειακή νόσος, καρδιολογικές νόσοι) στους οποίους εφαρμόζονται περιοριστικές πρακτικές και για τους κινδύνους που ενέχει η χρήση αυτών των μέτρων (Νακάκης, 2013).

Οι πληροφορίες που λαμβάνονται από το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την παρατήρηση και την περιοδική εκτίμηση του ασθενή, καθώς και οι παρεμβάσεις που χρειάστηκε να εφαρμοστούν, καταχωρούνται λεπτομερώς και αιτιολογημένα στα φύλλα νοσηλείας του. Επίσης χρειάζεται να καταγράφεται η επικοινωνιακή συνδιαλλαγή με τον ασθενή που αφορά στις αντιδράσεις του και στην ανταπόκρισή του στα μέτρα περιορισμού. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην εκτίμηση της ύφεσης των συμπτωμάτων του και στη δυνατότητά του να αναφέρεται σε επιλογές που αφορούν στον έλεγχο της συμπεριφοράς του, με δεδομένο ότι οι παρεμβάσεις των νοσηλευτών αποσκοπούν στο να κατευθύνουν τον ασθενή να ανακτήσει τον αυτοέλεγχό του (Νακάκης, 2013).

Επιπλέον σημαντικός λόγος που χρειάζεται άμεσα παρακολούθηση ο ασθενής από άτομο του προσωπικού της κλινικής, είναι το γεγονός ότι υπάρχει σοβαρός κίνδυνος να αισθανθεί εγκατάλειψη, παραμέληση ή και εξευτελισμό όταν βρεθεί στη δύσκολη θέση να αναγκάζεται να φωνάζει για ό,τι χρειάζεται αναφορικά με την κάλυψη των σωματικών του αναγκών. Για το λόγο αυτό επιβάλλεται να του παρέχεται η κατάλληλη φροντίδα για τη χορήγηση υγρών και τροφής, καθώς και η δυνατότητα να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα. Ο νοσηλευτής που αναλαμβάνει την παρακολούθηση και τη φροντίδα του ασθενή κατά τη διάρκεια του περιορισμού δεν πρέπει να έχει εμπλακεί άμεσα στη διαδικασία εφαρμογής του σωματικού περιορισμού ή της απομόνωσης. Σε περίπτωση που ο ασθενής είναι βίαιος και υπάρχει σοβαρό ενδεχόμενο να τεθεί υπό περιορισμό, αλλά υπάρχει και η βεβαιότητα ή η πιθανότητα να έχει μαζί του όπλο, μαχαίρι, αναπτήρα ή αντικείμενα με τα οποία μπορεί να προκαλέσει βλάβη στον εαυτό του ή σε άλλους, του προτείνεται να τα αφήσει. Αυτά θα απομακρυνθούν κατόπιν από το προσωπικό ή σε περίπτωση που δεν υπάρχει δυνατότητα συνεργασίας για την απόσπασή τους θα χρειασθεί να παρέμβει το προσωπικό ασφαλείας (Ουζούνη, 2013).

Μετά τη λήξη του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης χρειάζεται να παρέχονται ευκαιρίες στον ασθενή για αυτοέκφραση και λεκτικοποίηση των συναισθημάτων του

αναφορικά με τη βίωση του σωματικού περιορισμού, ώστε να μην εγγραφεί στη μνήμη του αρνητικά και αποτελέσει γι' αυτόν τραυματική εμπειρία (Ουζούνη, 2013).

### **9.3 Χιούμορ και νοσηλευτής**

Η Maslach το 1982 θεωρεί πώς το άγχος στην δουλειά των νοσηλευτών είναι ένα αίτιο ψυχολογικής κόπωσης. Ειδικότερα όταν οι ασθενείς με τους οποίους ασχολούνται είναι σε τελικό στάδιο τους οδηγεί σε μια κούραση. Έτσι το χιούμορ και το γέλιο αποτελούν ένα δυνατό παράγοντα στην πίεση, βοηθώντας τον νοσηλευτή να χαλαρώσει και να αποδώσει καλύτερα (Αθανασιάδου, 2014).

Έχει αποδειχθεί πως δεν αντιδρούν όλοι οι άνθρωποι με τον ίδιο τρόπο στα εξωτερικά ερεθίσματα, ενώ κάποιοι άλλοι αντιμετωπίζουν καλύτερα την πίεση από τους γύρω τους. Το χιούμορ είναι ένα εργαλείο με το οποίο αντιμετωπίζει καλύτερα τα προβλήματα καθώς τα βλέπει από μια άλλη οπτική γωνία. Επίσης αποτελεί ένα είδος μηχανισμού άμυνας και αυτοπροστασίας, δημιουργεί ευεξία του σώματος, του μυαλού και του πνεύματος. Η πιθανότητα να συμμετέχει κάποιος σε συναισθήματα λύπης και ανικανότητας είναι μικρότερη όταν γελάει με αυτό που τον ενοχλεί (Αθανασιάδου, 2014).

Το χιούμορ λέγεται ότι έχει την τάση να ελαττώνει την πίεση, να αυξήσει τον αυτοσεβασμό και να μειώσει τα ψυχικά συμπτώματα που έχουν σχέση με τα άσχημα γεγονότα της ζωής. Η αίσθηση του χιούμορ συνδέεται με τα επίπεδα αυτοσεβασμού. Η υψηλότερη αίσθηση του χιούμορ έχει άμεση σχέση με τα μειωμένα επίπεδα μοναξιάς, κατάθλιψης, άγχους και αυτοσεβασμού. Τα άτομα που έχουν καλή ψυχολογία και διακατέχονται από θετικά και αισιόδοξα συναισθήματα δημιουργούν έναν ιδιαίτερο τρόπο αντιμετώπισης του στρες, όπως είναι το χιούμορ. Με τη βοήθειά του η καλή ψυχολογία του ατόμου ενισχύεται περισσότερο ενώ κάποιες φορές ο μηχανισμός αυτός δημιουργείται από μόνος του, όταν αισθανθεί άγχος και στρες (Στάθαρου και Κοτρώτσιου, 2012).

Ο Abel το 2002 θεωρεί πώς είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να χρησιμοποιούν το χιούμορ στην διάρκεια της εργασίας διότι με αυτό τον τρόπο βελτιώνονται οι εργασιακές σχέσεις και δημιουργείται μια ρεαλιστική αντίληψη μιας κατάστασης. Ο Freud θεωρεί ότι το αστείο μειώνει το αίσθημα της ανησυχίας και πως το γέλιο μεταβάλλει τα άσχημα συναισθήματα σε ευχάριστα. Αυτό το είδος χιούμορ ονομάζεται «χιούμορ αγχόνης». Η χρήση του συγκεκριμένου χιούμορ είναι απαραίτητο σε ανθρώπους επαγγελματίες υγείας

έτσι ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν καθημερινά και να προστατευθούν από την πραγματικότητα (Freud, 2009).

### 10.1 Συμπέρασμα και επίλογος

Ολοκληρώνοντας την εργασία αυτή καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως η επιθετική συμπεριφορά είναι συνήθεις σε ένα γενικό νοσοκομείο. Αν και αποτελεί κυρίαρχο σύμπτωμα της ψυχοπαθολογίας είναι πιθανό να εμφανιστεί σε ασθενείς οι οποίοι δεν πάσχουν από κάποιο ψυχικό νόσημα. Η βία είναι μια συμπεριφορά και όχι μια νόσος. Η διάγνωση, η αντιμετώπιση και η ασφάλεια είναι βασικός κανόνας σε αυτές περιπτώσεις.

Η αντιμετώπισή της χρειάζεται εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό και ορισμένες φορές την κατάλληλη υποδομή καθώς επίσης και την συνεργασία πολλών ειδικών. Θα πρέπει να δημιουργηθεί ένα θεραπευτικό περιβάλλον όπου με την κατάλληλη συνεργασία ψυχολόγων, ψυχιάτρων και οικογενειακού περιβάλλοντος θα μπορέσει να διατηρηθεί μια φυσιολογική επικοινωνία με τον ασθενή, εκφράζοντας τα συναισθήματά του και μεταφέροντάς του σεβασμό, αποδοχή, αξιοπρέπεια

### 10.2 Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Οι ασθενείς οι οποίοι είναι χρήστες εξαρτισιογόννων ουσιών ή αλκοόλ ή ήταν κατά το παρελθόν θα μπορούσαν κατόπιν συνεννόησης της ιατρικής ομάδας που τον παρακολουθεί και της οικογένειάς του να γίνει μέλος σε κάποιο κέντρο θεραπείας όπως είναι το Κ.Ε.Θ.Ε.Α και το Ο.Κ.Α.Ν.Α. Τα προγράμματα αυτά θα τους βοηθήσουν έχοντας στόχο την απεξάρτηση και την επανένταξή τους στην κοινωνία. Μέσα από τέτοιου είδους ενέργειες τα άτομα αυτά κάνουν μια σημαντική προσπάθεια βελτίωσης της ψυχικής και σωματικής τους ακεραιότητας.

Όπως αναφέραμε η βία είναι ένα σύμπτωμα και όχι μια νόσος. Υπάρχουν αρκετά άτομα τα οποία ασκώντας βία με κάθε τρόπο και μορφή επιλύουν τα προβλήματά τους. Τα άτομα αυτά με την βοήθεια ειδικού θα μπορούσαν να παρακολουθήσουν μαθήματα αυτοσυγκράτησης του θυμού και της οργής για την αποφυγή των συγκρούσεων με βίαιο τρόπο ή μαθήματα προώθησης της ψυχικής υγείας. Με αυτόν τον τρόπο θα υπάρξει μια σταδιακή βελτίωση των επιπέδων του θυμού προσφέροντας σημαντικά οφέλη σε αυτά τα άτομα καθώς επίσης ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης του ατόμου ώστε να μπορεί να οργανώνει και να συντονίζει τη ζωή του σε δύσκολες καταστάσεις.

Τέλος το οικογενειακό περιβάλλον θα μπορούσε μέσα από κάποιο πρόγραμμα να ενημερωθεί για τον τρόπο που πρέπει να φροντίζει τον ασθενή σύμφωνα με τις ανάγκες και τα προβλήματά του. Μέσα από αυτή την ενημέρωση το οικογενειακό περιβάλλον θα μάθει ποικίλους τρόπους μετάδοσης του μηνύματος αυτοφροντίδας, προώθησης καλής σωματικής υγιεινής καθώς επίσης και για την παροχή βοήθειας σε καθημερινές λειτουργίες.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

### 11.1 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Ατομικές πληροφορίες ασθενούς (Για λόγους διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου κάποιες από τις παρακάτω πληροφορίες έχουν διαφοροποιηθεί για προστασία του ασθενή)

**Όνοματεπώνυμο:** Β.Γ

**Ηλικία:** 27

**Φύλλο:** Άρρεν

**Ασφαλιστικός Φορέας:** ΙΚΑ

**Θρησκεία:** Χριστιανός Ορθόδοξος

**Επάγγελμα:** Άνεργος

**Καταγωγή:** Πάτρα

**Τόπος κατοικίας:** Καλλιθέα

**Οικογενειακή κατάσταση:** Άγαμος

**Ημερομηνία εισόδου:** 10/05/2015

#### Νοσηλευτικό Ιστορικό

Ασθενής 27 ετών εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών στις 10/05/2015 και ώρα 13:00 με την διαδικασία της Ακούσιας Νοσηλείας μετά από εισαγγελική εντολή λόγω επιθετικής συμπεριφοράς. Πρόκειται για την τρίτη νοσηλεία του ασθενή ο οποίος έχει ιστορικό ψύχωσης και λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή με ρισπεριδόνη. Ωστόσο οι συγγενείς αναφέρουν μη σωστή λήψη φαρμάκων και πρόσφατη χρήση κάνναβης. Στο παρελθόν έχει ξανά παρουσιάσει επιθετική συμπεριφορά.

#### Αιτία Εισόδου

Αναφέρθηκε ότι προηγήθηκε μια διένεξη μεταξύ του ιδίου και του πατέρα του, όπου του επιτέθηκε με μια βαριοπούλα και απειλές κατά του αδερφού του.

### **Οικογενειακό Ιστορικό**

**Μάνα:** Απεβίωσε

**Πατέρας:** Αλκοολικός

**Αδελφός:** Χρήστης ουσιών και κάνναβης

### **Ατομικό Ιστορικό Ασθενούς**

**Παρόντα νοσήματα:** Ψύχωση

**Παρελθοντικά νοσήματα:** όχι

**Αλλεργίες:** όχι

**Χειρουργικές επεμβάσεις:** όχι

**Χρήση απαγορευμένων ουσιών:** ναι

**Χρήση αλκοόλ:** σπάνια

**Καπνιστής:** ναι

### **Ζωτικά Σημεία**

**Θερμοκρασία:** 36.3

**Αρτηριακή Πίεση:** 135/65 mmHg

**Αναπνοές:** 30/min

**Σφίξεις:** 80 bpm.min

**Spo2%:** 97%

### **Κλινικές Παρατηρήσεις**

**Κινητικότητα:** διεργετικός

**Διανοητική και ψυχική κατάσταση:** ψυχοκοινωνικά ανήσυχος, έλλειψη ενεσθησίας

**Ομιλία:** εκφράζει πίεση λόγου και παραλήρημα, παρουσιάζει ανακοπή σκέψεων

**Ακοή:** φυσιολογική

**Αναπνευστικό:** φυσιολογικό

**Καρδιαγγειακό:** φυσιολογικό

**Μυοσκελετικό:** φυσιολογικό

**Ενδοκρινολογικό:** φυσιολογικό

**Γενετικό και αναπαραγωγικό:** φυσιολογικό

**Έμετοι:** όχι

**Κενώσεις:** φυσιολογικές

**Ούρηση:** φυσιολογική

### **Κλινικές Εξετάσεις**

**Αιματολογικές Εξετάσεις:** Σάκχαρο: 110 mg/dl, Na<sup>+</sup>: 140 mEq/L (φυσιολογική τιμή 135-153), Αιματοκρίτης: 49% (φυσιολογική τιμή 40-52), Ουρία: 40mg/dl (φυσιολογική τιμή 10-50), Κρεατινίνη: 0,9 mg/dl (φυσιολογική τιμή 0,7-1,3)

**Ακτινογραφία θώρακος:** φυσιολογική

**Εξετάσεις Ούρων:** όψη: διαυγής, χροιά: κίτρινη, Οσμή: ιδιάζουσα

### **Τελική εκτίμηση και προγραμματισμός**

Κατόπιν εισαγγελικής εντολής είναι αναγκαία η παραμονή του ασθενούς στην Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών καθώς διαπιστώθηκε ψυχοκοινωνικά

ανήσυχος με επιθετική συμπεριφορά εξαιτίας της ψύχωσης που υπάρχει. Αποφασίστηκε αρχικά ενέσιμη θεραπεία με βενζοδιαζεπίνη, αλοπεριτίνη και περιορισμός των τεσσάρων άκρων για την αντιμετώπιση της επιθετικής συμπεριφοράς.

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Ο ασθενής παρουσιάζει επιθετική συμπεριφορά	Έλεγχος της επιθετικότητας του ασθενούς	Ο ασθενής να λαμβάνει την φαρμακευτική του αγωγή για την σταδιακή βελτίωση της υγείας του	Ο ασθενής έλαβε την φαρμακευτική του αγωγή	Ελεγχόμενη αντιμετώπιση της επιθετικότητας με αντι-ψυχωσικά, βενζοδιαζεπίνες, αλοπεριτίνη και τέλος ψυχοθεραπεία
	Μείωση των εμμονών Αντιμετώπιση της διατάραξης σκέψης-λόγου	Περισσότερη ενυδάτωση κατά την διάρκεια του περιορισμού καθώς υπάρχει αύξηση της τιμής CPK	Χορηγήθηκε ορός N/S 1.000cc	Σταδιακός αποπεριορισμός των άκρων όταν ο ασθενής ξεκίνησε να επικοινωνεί με το νοσηλευτικό προσωπικό και δεν ήταν ετεροκαταστροφικός
	Να προληφθούν οι επιπλοκές	Λήψη φλεβικού αίματος (αιματολογικές εξετάσεις)	Έγινε η λήψη αίματος, ούρων και εστάλησαν για εξετάσεις	Βελτίωση της ομιλίας καθώς και της εξωτερικής του εμφάνισης
	Σταδιακή μείωση του περιορισμού	Λήψη ούρων (για τοξικολογική εξέταση)	Έγινε η λήψη ζωτικών σημείων, θερμομέτρησης και οξυμετρία	Φυσιολογικές τιμές στις γενικές εξετάσεις ούρων και αίματος
	Η χορήγηση φαρμάκων από	Καθημερινή λήψη των ζωτικών σημείων,		

	ενδοφλέβια να μετατραπεί σε peros	θερμόμετρο, οξυμετρία		
--	-----------------------------------	-----------------------	--	--

## 11.2 Ολιστική και εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα με τη μέθοδο της Νοσηλευτικής Διεργασίας

Ατομικές πληροφορίες ασθενούς(Για λόγους διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου κάποιες από τις παρακάτω πληροφορίες έχουν διαφοροποιηθεί για προστασία του ασθενούς)

**Όνοματεπώνυμο:** Α.Κ

**Ηλικία:** 50

**Φύλλο:** θήλυ

**Ασφαλιστικός φορέας:** ΙΚΑ

**Θρησκεία:** Χριστιανός Ορθόδοξος

**Επάγγελμα:** Άνεργος

**Καταγωγή:** Αίγιο

**Τόπος κατοικίας:** Ναύπακτος

**Οικογενειακή κατάσταση:** Άγαμος

**Ημερομηνία εισόδου:** 25/08/2015

### Νοσηλευτικό Ιστορικό

#### Αιτία Εισόδου

Ασθενής 50 ετών προσήλθε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών στις 25/08/2015 και ώρα 17:00 συνοδευόμενη από την οικογένειά της αναφέροντας παραλυτικές ιδέες δίωξης και ετεροκαταστροφικής συμπεριφοράς. Πιστεύει πως η οικογένειά της θέλει να της κάνει κακό ή να την δηλητηριάσει. Πρόκειται για την τρίτη νοσηλεία της ασθενούς η

οποία έχει ιστορικό διπολικής διαταραχής, αναφέρεται από την οικογένεια μη σωστή λήψη φαρμακευτικής αγωγής.

**Οικογενειακό Ιστορικό:** ελεύθερο

**Ατομικό Ιστορικό Ασθενούς**

**Παρόντα νοσήματα:** μανιακά επεισόδια με ψυχωτικά στοιχεία

**Παρελθοντικά νοσήματα:** διπολική διαταραχή

**Αλλεργίες:** όχι

**Χειρουργικές επεμβάσεις:** όχι

**Χρήση απαγορευμένων ουσιών:** όχι

**Χρήση αλκοόλ:** όχι

**Καπνιστής:** ναι

**Ζωτικά Σημεία**

**Θερμοκρασία:** 36,7

**Αρτηριακή Πίεση:** 139/65mmHg

**Αναπνοές:** 40/min

**Σφίξεις:** 67bpm/min

**SpO2%:** 97%

**Κλινικές Παρατηρήσεις**

**Κινητικότητα:** διεργετικός

**Ψυχοκοινωνική κατάσταση:** ανήσυχος

**Αναπνευστικό:** φυσιολογικό

**Καρδιαγγειακό:** φυσιολογικό

**Μυοσκελετικό:** φυσιολογικό

**Ενδοκρινολογικό:** φυσιολογικό

**Γενετικό-Αναπαραγωγικό:** φυσιολογικό

**Έμετοι:** όχι

**Κενώσεις:** φυσιολογικές

**Ούρηση:** φυσιολογική

### Κλινική Εξέταση

**Αιματολογικές- Βιοχημικές:** αιματοκρίτης 44.30 (φυσιολογική τιμή 40-52), αιμοπετάλια:172.000, ουρία: 54 (φυσιολογική τιμή 10-50), Κρεατινίνη: 1.2(φυσιολογική τιμή 0,7- 1,3) φυσιολογικό

**Ακτινογραφία θώρακος:** φυσιολογική

**Εξετάσεις Ούρων:** Όψη: διαυγής, Χροιά: κίτρινη, Οσμή: ιδιάζουσα

### Τελική Εκτίμηση και Προγραμματισμός

Κατόπιν εκτίμησης της κλινικής κατάστασης της ασθενούς κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή της στην Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πατρών καθώς διαπιστώθηκαν : λεκτική επιθετικότητα, ευερεθιστότητα, μειωμένος ύπνος, διεργετικότητα που οφείλονται στην διαταραχή που υπάρχει. Αποφασίστηκε αρχικά περιορισμός τεσσάρων άκρων και ενέσιμη θεραπεία με αλοπεριτίνη.

ΑΝΑΓΚΕΣ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΣ ΣΚΟΠΟΣ	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ	ΕΚΤΙΜΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ
Η ασθενής παρουσιάζει παραλυτικές ιδέες δίωξης και επιθετικής συμπεριφοράς	Αντιμετώπιση επιθετικής συμπεριφοράς	Περιορισμός στα τέσσερα άκρα	Ο ασθενής έλαβε την φαρμακευτική του αγωγή	Σταδιακή αντιμετώπιση της πορείας του ασθενή με αλοπεριτίνη
	Υποχώρηση ψυχωτικών συμπτωμάτων, μανίας	Λήψη ζωτικών σημείων, θερμομέτρησης	Ληφθηκαν τα ζωτικά σημεία	Σταδιακή μείωση του περιορισμού, μείωση συμπτωμάτων επιθετικής

				συμπεριφοράς
	Η θεραπεία από ενέσιμη να μετατραπεί peros	Ο ασθενής να λάβει την φαρμακευτική του αγωγή	Περιορίστηκε στα τέσσερα άκρα	Σταδιακή βελτίωση της διεργετικότητας
	Πρόληψη επιπλοκών	Περισσότερη ενυδάτωση κατά την διάρκεια του περιορισμού καθώς υπάρχει αύξηση της τιμής CPK	Έγινε η λήψη αίματος	Ο ασθενής κοιμάται το βράδυ και υπάρχει εμφανής βελτίωση της κλινικής του εικόνας.
	Σταδιακή μείωση περιοριστικών μέτρων.	Λήψη φλεβικού αίματος (αιματολογικές εξετάσεις)	Χορηγήθηκε N/S 1.000cc	
		Συνεχείς εκτίμηση της πορείας του ασθενή		



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Πίνακας 1: Παράγοντες επιθετικότητας

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Kaplan J & Sadock's I. (2007). Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα
- Miller S. & Kolene S.(1997). Ψυχαναλυτική θεραπεία. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
- Shepard P. (2003). Όμοιος ομοίω ζευγαρώνει. Εκδόσεις Διογένης, Αθήνα
- Freu S. (2009). Το ευφυολόγημα και η σχέση με το ασυνείδητο. Το χιούμορ. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Αθανασιάδου Μ. (2014). Οφέλη χιούμορ. Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Αθανασιάδου Μ. (2014). Ψυχική νόσος – Χιούμορ. Εκδόσεις Κέντρο ψυχικής υγιεινής, Αθήνα
- Γιωτάκος Ο. και Τσιλιάκου Μ. και Τσίτσικα Α. (2011). Κακοποίηση παιδιού και εφήβου. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα
- Γιωτάκος Ο. (2011). Η κακοποίηση στην εφηβική ηλικία. Εκδόσεις Πασχαλίδη, Αθήνα
- Γιωτάκος Ο. (2013). Ψυχιατρική. Επιθετική συμπεριφορά: σύγχρονα θεραπευτικά και βιολογικά δεδομένα. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Δημητρίου Ε.Χ. (1994). Θέματα προληπτικής Ψυχιατρικής. Εκδόσεις Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα
- Καραπέτσας Α.Β. (1992). Η νευροψυχολογία της επιθετικότητας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Μασδράκης Ι. και Ζέρβας Ι.Μ. και Λιάππας Ι.Α. (2013). Αγχώδεις Διαταραχές. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Μινουσίν. (2000). Οικογένειες και οικογενειακή θεραπεία. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Μπαλανάκης Ν. (2011). Ακούσια νοσηλεία ψυχικά ασθενών. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα

- Μπεράτη Σ. (1994). Παράγοντες κινδύνου και πρόληψη αυτοκτονίας. Εκδόσεις Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα
- Νέστορας Ι.Ν. (1992). Ψυχοπαθολογία και επιθετικότητα. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Παπαδημητρίου Γ.Ν. και Λιάππας Ι.Α. και Λύκουρας Ε. (2013). Σύγχρονη Ψυχιατρική, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Ρήγας Δ. (2008). Θεραπεία ζεύγους. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα
- Τριλίβα Σ. & Giovanni Chimentì. (1998). Προγράμματα Ελέγχου των συγκρούσεων. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Τσιλιάκου Μ. και Γιωτάκος Ο. και Μαγγανάς Α. (2009). Βιολογικά δεδομένα της συμπεριφοράς – Σύγχρονοι προβληματισμοί στους τομείς ψυχιατρικής και εγκληματολογίας. Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα
- Χαβάκη Μπ.- Κονταξάκη. & Δουζένης Α. & Κονταξάκης Β. (2013). Αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Χριστοδούλου Γ. & Ραμπαβίλας Α. (2012). Ψυχιατρική. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Χριστοδούλου Γ.Ν και Συνεργάτες. (2014). Ψυχιατρική. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα
- Χριστοδούλου Γ.Ν. & Κονταξάκης Β.Π. (1994). Η πρόληψη της αυτοκαταστροφικής συμπεριφοράς. Εκδόσεις Κέντρο ψυχικής υγιεινής, Αθήνα
- Ζαρταλούδη Α. (2009). Διεπιστημονική φροντίδα υγείας. 1(3),85-92
- Πάπλος Κ.Γ. και Χαβάκη Μ.Ι - Κονταξάκη και Κονταξάκης Β.Π. και Χριστοδούλου Γ.Ν. (2002). Παρορμητικότητα και ψυχικές διαταραχές. Ειδικό άρθρο, 13,209-221
- Ουζάνη Χ. & Ναζάκης Κ. (2013). Η χρήση του σωματικού περιορισμού και της απομόνωσης σε ψυχιατρική κλινική. Το βήμα του Ασκληπιού, 12(3),304-316