



## ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

Ζαρταλούδη Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PhD, MSc, Νοσηλεύτρια ΠΕ, Σισμανόγλειο Γ.Ν.Α, Ψυχιατρική κλινική

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η διαχείριση της επιθετικότητας και τα μέσα ελέγχου της συμπεριφοράς στις ψυχιατρικές δομές είναι ένα φαινόμενο με παγκόσμιο ενδιαφέρον. Πολλές μελέτες της βιβλιογραφίας ασχολήθηκαν με τη βία, τις αιτίες που την προκαλούν και τις τεχνικές ελέγχου (απομόνωση, καθήλωση) που χρησιμοποιούνται από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να κατασταλεί η βίαιη συμπεριφορά. **ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της μελέτης είναι να παρουσιάσει τα περιοριστικά μέτρα που εφαρμόζονται για τον έλεγχο της συμπεριφοράς των ψυχικά πασχόντων ασθενών, τη σχέση μεταξύ επιθετικής συμπεριφοράς και ψυχικής διαταραχής καθώς και ιστορικά στοιχεία που αφορούν τη χρήση των περιοριστικών μέτρων. **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Πραγματοποιήθηκε κριτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Πηγή συλλογής υλικού ήταν η βάση δεδομένων MEDLINE. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Για την αντιμετώπιση των ασθενών που βρίσκονται σε κατάσταση διέγερσης ή επιθετικότητας και υπάρχει φόβος να προξενήσουν βλάβη στον εαυτό τους ή στο περιβάλλον τους χρησιμοποιούνται δύο μέθοδοι φυσικού περιορισμού. Η απομόνωση και ο σωματικός περιορισμός χρησιμοποιήθηκαν μέσα στους αιώνες για την αντιμετώπιση της επιθετικής συμπεριφοράς κυρίως στην ψυχιατρικών ασθενών. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ακούσια νοσηλεία και ο περιορισμός χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που δεν έχουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους. Η πραγματικότητα δείχνει ότι είναι δύσκολο να δημιουργηθεί ισορροπία ανάμεσα στα δικαιώματα και τις ανάγκες του ασθενή και την προστασία του ίδιου και του περιβάλλοντος.

**Λέξεις – κλειδιά:** περιορισμός, καθήλωση, απομόνωση, επιθετική συμπεριφορά, ψυχική ασθένεια



## RESTRAINTS AND PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS AND AGGRESSIVE BEHAVIOR

Zartaloudi A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>PhD, MSc, RN, Department of Psychiatry, Sismanoglio General Hospital, Athens

### ABSTRACT

**BACKGROUND:** Aggression management and means of control in psychiatric settings is an international issue. Many studies in mental health literature are related to the appearance and the causes of violence and the use of control procedures, such as seclusion and restraint, from mental health professionals in order to control and suppress aggressive and violent behavior. **AIM:** The purpose of this study is to present the restraints used to control the behaviour of mentally ill patients, the relationship between aggressive behavior and mental disorders and the historical background concerning the use of restrictive measures. **METHOD:** A critical review of this body of literature was carried out. Evidence was collected through Medline database. **RESULTS:** Two restraint techniques are used in order to cope with patients who could cause harm to themselves or their environment, physical restraint and seclusion. These restrictive measures are used through centuries in order to suppress violent behaviour of mental patients. **CONCLUSION:** Involuntary treatment and restraint are used when patients loose control of their behavior. In fact it is difficult to achieve a balance between ensuring patients' rights and needs and preventing them from harming themselves or the others.

**Key words:** restraint, seclusion, mental illness, aggressive behaviour

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Πολλοί ερευνητές ασχολούνται με την ψυχοκοινωνική διάσταση της ανθρώπινης οντότητας σε μια ατέλειωτη προσπάθεια, με βάση τα αποτελέσματα και συμπεράσματα των μελετών τους, να κατανοήσουν, προβλέψουν, επηρεάσουν και ελέγξουν την ανθρώπινη συμπεριφορά. Σε πολλές περιπτώσεις, με την επίκληση της σημαντικότητας του κοινού καλού, χρησιμοποιήθηκαν διάφορες πρακτικές όπως βασανισμοί, εγκλεισμοί και άλλοι τύποι περιορισμού, προκειμένου να καταπιεστεί το άτομο και να συμμορφωθεί με τις απαιτήσεις της κοινωνικής ηθικής.

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες το αυξανόμενο ενδιαφέρον για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την παροχή πιο ανθρώπινης θεραπείας στους ψυχικά πάσχοντες ασθενείς συντέλεσε στην εμφάνιση πολλών μελετών που ασχολήθηκαν με τη βία, τις αιτίες που την προκαλούν και τις τεχνικές ελέγχου που χρησιμοποιούνται, προκειμένου να κατασταλεί η βίαιη συμπεριφορά<sup>(1,2,3,4,5)</sup>. Οι επαγγελματίες ψυχικής

υγείας προσπαθούν να εξασφαλίσουν την ασφαλή διαχείριση της διαταρακτικής ή βίαιης συμπεριφοράς στις ψυχιατρικές δομές<sup>6</sup>.

Ο φυσικός περιορισμός εφαρμόζεται σε νοσοκομειακούς ασθενείς, σε άτομα με ειδικά προβλήματα που ζουν στα διάφορα ιδρύματα, σε ηλικιωμένα άτομα και σε παιδιά<sup>7,8</sup>. Οι κυριότερες πρακτικές που εφαρμόζονται για τον έλεγχο της συμπεριφοράς των ψυχικά πασχόντων ασθενών είναι ο σωματικός περιορισμός όπως *ακινητοποίηση με δερμάτινες ζώνες, μανδύες, η απομόνωση και η χημική καταστολή*<sup>9</sup>.

Τα έννομα αγαθά που διακυβεύονται είναι της προσωπικής ελευθερίας, της υγείας του ψυχικά ασθενή και της ασφάλειας των τρίτων<sup>10,11</sup>. Το δίλημμα κατά πόσο είναι ηθικά παραδεκτό να επιβάλλονται περιοριστικά μέτρα στον άνθρωπο απασχολεί όλο και περισσότερο τη νοσηλευτική, όπως εμφανίζεται στη βιβλιογραφία<sup>12,13,14</sup>.

## ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η στενή σχέση μεταξύ επιθετικής συμπεριφοράς και ψυχικής διαταραχής είναι μια από τις πλέον διαδεδομένες αντιλήψεις στην κοινωνία<sup>1</sup>. Οι ψυχιατρικοί ασθενείς δεν αποτελούν ομοιογενή πληθυσμό, όπως φαίνεται από τις διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες. Για παράδειγμα, μερικοί εισάγονται με την ένδειξη της σχιζοφρένειας, της μανίας, της νοητικής καθυστέρησης, της κατάθλιψης και άλλοι για οργανικές διαταραχές συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών του αλκοολισμού, των ανοικών διαταραχών κ.α.<sup>15,16</sup>

Σε αρκετές μελέτες σημειώνεται σημαντικό ποσοστό των ασθενών με σχιζοφρένεια μεταξύ των ψυχικά ασθενών που εκδηλώνουν βίαιη συμπεριφορά και ιδιαίτερα εκείνων με παρανοειδή σχιζοφρένεια. Η διάγνωση που πιο συχνά συνδέεται με την επιθετική συμπεριφορά είναι αυτή της σχιζοφρένειας. Οι σχιζοφρενείς ως διαγνωστική ομάδα είναι πιο επιθετικοί από τους ασθενείς με άλλες διαγνώσεις.

Το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια παρουσιάζει εξαπλάσια πιθανότητα να αντιμετωπίζει κατηγορία βίαιης συμπεριφοράς σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες στην Αγγλία και Ουαλία. Η σχιζοφρένεια είναι η συχνότερα συναντώμενη νόσος σε ψυχικά πάσχοντες άρρηνες ανθρωποκτόνους, 55% του συνόλου, ενώ ακολουθούν οι διαταραχές προσωπικότητας (ποσοστό 26%) και οι διαταραχές του θυμικού (ποσοστό 19%).

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από δύο ευρείας κλίμακας επιδημιολογικές μελέτες. Ο Swanson και οι συνεργάτες του εκτίμησαν τη συχνότητα εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς σε τρεις περιοχές στις ΗΠΑ, μεταξύ 10.000 ατόμων τα οποία ανταποκρίθηκαν σε τηλεφωνική συνέντευξη. Από τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής προκύπτει ότι ασθενείς που έπασχαν από σχιζοφρένεια ή μείζονα συναισθηματική διαταραχή παρουσίαζαν οκταπλάσια πιθανότητα εμφάνισης βίαιης συμπεριφοράς συγκριτικά με τον μη νοσούντα πληθυσμό (10,6 % και 1,3% αντίστοιχα). Αξίζει να σημειωθεί ότι η παράλληλη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών διπλασίαζε αυτήν την πιθανότητα.

Η δεύτερη μελέτη, αφορά 15117 άτομα που γεννήθηκαν στην Στοκχόλμη το 1953 και παρακολούθηθηκαν για 30 χρόνια. Διαπιστώθηκε ότι ασθενείς με μείζονα ψυχιατρική διαταραχή παρουσίαζαν 4 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν διαπράξει κάποιο βίαιο αδίκημα. Σε μια πρόσφατη μελέτη συμμετείχαν 1151 σχιζοφρενείς σε επτά αναπτυσσόμενες και τρεις υπό ανάπτυξη χώρες. Το 20,6% των ασθενών εκδήλωνε επιθετική συμπεριφορά. Στις υπό ανάπτυξη χώρες η επιθετική συμπεριφορά ήταν τριπλάσια από τις αναπτυσσόμενες 31,5% και 10,5 % αντίστοιχα. Η πιθανή εξήγηση είναι ότι η πρόωμη θεραπευτική αντιμετώπιση με νευροληπτικά φάρμακα, που γίνεται στις αναπτυσσόμενες χώρες, μπορεί να επηρεάζει τη συνολική πορεία και εξέλιξη της νόσου. Τα πιο αναπτυσσόμενα κοινωνικά δίκτυα ενδέχεται να λειτουργούν ανασταλτικά στην εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς<sup>17</sup>.

Πολλοί παράγοντες που σχετίζονται με την επιθετική συμπεριφορά στο γενικό πληθυσμό

βρίσκονται και στους ψυχιατρικούς ασθενείς όπως το φύλο (οι άντρες είναι πιο επιθετικοί από τις γυναίκες), η ηλικία (οι νεότεροι ασθενείς πιο επιθετικοί από τους μεγαλύτερους), η οικογένεια, το ιστορικό παιδικής κακοποίησης. Σε γενικές γραμμές οι νέοι άντρες ασθενείς με ιστορικό βίας στην οικογένεια που έχουν κακοποιηθεί στην παιδική ηλικία είναι πιο πιθανό να γίνουν επιθετικοί<sup>8,18</sup>.

Αν και έχουν γίνει προσπάθειες να αναγνωρισθούν τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας που κινητοποιούν την επιθετική συμπεριφορά δεν μπορεί να ειπωθεί τίποτα με βεβαιότητα. Ίσως θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι κάποιες κατηγορίες συμπτωμάτων είναι περισσότερο «ανησυχητικές» από άλλες, αλλά σε καμιά περίπτωση δεν μπορούν να προβλέψουν τη μελλοντική εκδήλωση επιθετικής και βίαιης συμπεριφοράς<sup>17</sup>.

Σχεδόν όλες οι ψυχώσεις στην οξεία φάση σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο επιθετικής συμπεριφοράς. Η οξεία ψυχωτική συμπτωματολογία έχει θεωρηθεί ως ο πλέον σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Ανάλογα περιστατικά εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς είναι πιο πιθανό να συμβούν αμέσως μετά την εισαγωγή του ατόμου με το ψυχωσικό επεισόδιο απ' ό,τι αργότερα. Σε μελέτη ο αριθμός των επιθετικών περιστατικών που έγιναν τις πρώτες 10 ημέρες που ακολούθησαν την εισαγωγή ήταν σημαντικά μεγαλύτερος απ' ό,τι σε άλλες περιόδους της νοσηλείας σε ασθενείς διαφόρων διαγνωστικών κατηγοριών.

Σύμφωνα με άλλες μελέτες φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στις διαβαθμίσεις της επιθετικής συμπεριφοράς και της σοβαρότητας της αποδιοργάνωσης ή της θετικής παραγωγικής συμπτωματολογίας που παρατηρείται στις οξείες φάσεις<sup>18</sup>.

Η διαπίστωση ότι η παρουσία παραληρητικών ιδεών και ψευδαισθήσεων σχετίζεται με την ψυχωτική βία έχει επιβεβαιωθεί από πολλούς ερευνητές. Ιδιαίτερα, ψυχικά ασθενείς με χρόνια παραληρήματα εκδηλώνουν βίαιη συμπεριφορά κατά συνανθρώπων τους και διαπράττουν ανθρωποκτονίες σύμφωνα με μελέτες από τη Γαλλία. Έχει βρεθεί ότι ασθενείς με χρόνια παρανοϊκό παραλήρημα διαπράττουν ή αποπειρώνται να διαπράξουν ανθρωποκτονία συχνότερα από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια καθώς επίσης ότι στις περιπτώσεις που το θύμα ανήκε στον οικογενειακό περίγυρο του ασθενούς στους μεν ασθενείς με σχιζοφρένεια επρόκειτο συχνότερα για πρόγονο ενώ στους ασθενείς με χρόνια παρανοϊκά ιδιαίτερα παραληρήματα επρόκειτο συχνότερα για σύζυγο.

Ο τύπος των παραληρητικών ιδεών είναι συνήθως διωκτικού περιεχομένου. Επίσης παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπικού περιεχομένου αποτελούν το συνηθέστερο κίνητρο ανθρωποκτονίας. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς που προβαίνουν σε κάποια βίαιη πράξη, βρίσκονται υπό την επίδραση ακουστικών ψευδαισθήσεων και μπορούν να αναγνωρίσουν την πηγή τους<sup>17</sup>.

Στην παρανοειδή σχιζοφρένεια κυριαρχεί κάποια μορφή παραισθήσεων. Η επιθετική συμπεριφορά είναι συνήθως καλά προσχεδιασμένη και ανάλογη με το παραλήρημα. Η επιθετικότητα κατευθύνεται σε ένα συγκεκριμένο άτομο, συνήθως σημαντικό στη ζωή του

ασθενή που θεωρεί ότι τον καταδιώκει ή του στερεί βασικές ανάγκες. Αντίθετα η επιθετικότητα που παρατηρείται σε μια αποδιοργανωμένη ψυχωσική φάση είναι λιγότερο επικεντρωμένη, λιγότερο προσχεδιασμένη και συχνά λιγότερο επικίνδυνη. Σε μια μελέτη ο Benzech κατέληξε ότι η μεγαλύτερη συχνότητα φόνων παρατηρήθηκε στην παρανοειδή σχιζοφρένεια. Οι παραισθήσεις ήταν σταθερές και καλά αναπτυσσόμενες. Οι ασθενείς φαίνεται να ενεργούν σύμφωνα με τις παραισθήσεις τους. Αυτό συχνά οδηγεί σε σοβαρές επιθετικές πράξεις που κατευθύνονται σε κάποιο μέλος της οικογένειας. Οι μελετητές σύγκριναν τα εγκλήματα που διέπραξαν οι ασθενείς με παρανοειδή σχιζοφρένεια με εκείνα ασθενών με χρόνια αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια. Οι ασθενείς με παρανοειδή σχιζοφρένεια ήταν πιο πιθανό να διαπράξουν έγκλημα και να ενεργήσουν ενάντια στην οικογένεια και τους φίλους απ' ό,τι οι χρόνιοι αδιαφοροποίητοι σχιζοφρενείς. Οι πρώτοι είναι πιο πιθανό να έχουν ως κίνητρο την εκδίκηση για το έγκλημα σε αντίθεση με τους χρόνιους αδιαφοροποίητους σχιζοφρενείς που έχουν ως κίνητρο το κέρδος. Επιπλέον οι ασθενείς με παρανοειδή σχιζοφρένεια ήταν πιο μυστικοπαθείς για τα σχέδια τους από τους ασθενείς με χρόνια αδιαφοροποίητη σχιζοφρένεια<sup>18</sup>.

Σε μεταγενέστερες μελέτες διαπιστώθηκε ότι η ψυχωσική πράξη ήταν ευθέως ανάλογη με τον αριθμό των λογικών επεξεργασιών που σχετίζονταν με το κεντρικό θέμα του περιεχομένου του παραληρήματος. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι το ακόλουθο: Ο ασθενής πιστεύει ότι ο οδοντίατρός του (ποιος;), τοποθετεί ένα μικρόφωνο (τι;) στο δόντι του (που;) κατά τη διάρκεια της τελευταίας επίσκεψης (πότε;). Το μικρόφωνο επιτρέπει στις Αρχές (σε ποιους;) να τον παρακολουθούν (γιατί;) ώστε να μπορούν να τον συλλάβουν όταν το θελήσουν (γιατί;). Εδώ διακρίνονται επτά λογικές επεξεργασίες. Κάτω από αυτό το πρίσμα η βίαιη συμπεριφορά των ψυχωσικών ασθενών μπορεί να θεωρηθεί ως μια λογική αντίδραση απέναντι σε παράλογες πεποιθήσεις και αντιλήψεις<sup>17</sup>.

Κατά την καταθλιπτική διαταραχή, η αυτοκαταστροφική και η ετεροκαταστροφική συμπεριφορά συσχετίζονται συχνά με τη νόσο. Η βία από τους καταθλιπτικούς ασθενείς στρέφεται συνήθως ενάντια στα κοντινά μέλη της οικογένειάς τους.

Το φαινόμενο αυτοκτονίας - ανθρωποκτονίας συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Σε μελέτη ανθρωποκτονιών, στις οποίες οι δράστες μετά αυτοκτόνησαν σε αντίθεση με τις περιπτώσεις εκείνες όπου οι δράστες αποπειράθηκαν ανεπιτυχώς να αυτοκτονήσουν, το ποσοστό της καταθλιπτικής νόσου είναι κατά 75% υψηλότερο. Κάποιοι μελετητές αμφισβητούν την ύπαρξη ψυχωσικών συμπτωμάτων σε αυτές τις περιπτώσεις και υποστηρίζουν την ύπαρξη διαταραχής προσωπικότητας και χρόνια προβλήματα σχέσεων. Η άποψη ότι οι αυτοκαταστροφικές και οι ετεροκαταστροφικές εκδηλώσεις μιας ψυχιατρικής νόσου εξαρτώνται συχνά από τις συνθήκες του περιβάλλοντος και αποτελούν αδυναμία της αμυντικής ικανότητας του ατόμου να αντιμετωπίσει πλήθος ψυχοπαιστικών παραγόντων είναι ευρύτατα διαδεδομένη. Για την καταθλιπτική διαταραχή το άτομο αδυνατεί να αντιμετωπίσει κοινούς ψυχοπαιστικούς παράγοντες όπως δυσκολία σχέσεων, αλκοολισμός,

ανεργία κτλ. Η αυτοκτονία είναι ακραία αυτοκαταστροφική συμπεριφορά και εμφανίζεται όταν το άτομο βιώνει επίμονα έντονα συναισθήματα απελπισίας και ενοχής<sup>17</sup>.

Τα άτομα με διαταραχή προσωπικότητας κατατάσσονται ανάμεσα στα άτομα με βίαιη συμπεριφορά. Παρουσιάζουν ουσιαστική αδυναμία προσαρμογής στην κοινωνία, έχουν την τάση να είναι ανεύθυνα, ανίκανα ή απρόθυμα να δημιουργήσουν επιτυχείς διαπροσωπικές σχέσεις. Στο ιστορικό των ατόμων αυτών υπάρχει συχνά διαζύγιο, χωρισμός ή θάνατος στην οικογένεια ή προβλήματα αλκοολισμού. Τα άτομα αυτά συχνά έχουν κακοποιηθεί ως παιδιά<sup>18</sup>.

Πολλές μελέτες έχουν συσχετίσει την «ψυχοπαθητική προσωπικότητα» με την επιθετική και βίαιη συμπεριφορά. Ο Mc Cord περιγράφει το άτομο με ψυχοπαθητική προσωπικότητα ως «ένα μη κοινωνικό, επιθετικό, πολύ παρορμητικό άτομο που αισθάνεται ελάχιστη ή και καθόλου ενοχή και είναι ανίκανο για μακροχρόνιους συναισθηματικούς δεσμούς με άλλα ανθρώπινα όντα». Τα άτομα αυτά εμπλέκονται πολύ συχνότερα σε εκδηλώσεις βίας, συμπεριλαμβανομένης και της σεξουαλικής, τόσο εντός όσο και εκτός νοσοκομειακών ή σωφρονιστικών ιδρυμάτων.

Η παρουσία αντικοινωνικών στοιχείων στην προσωπικότητα συνδυάζεται θετικά με την παραπτωματικότητα και ειδικότερα με την βίαιη συμπεριφορά. Αυτή η σχέση δεν είναι κατά ανάγκη αιτιολογική σχέση. Δείχνει ότι υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά στοιχεία που σχετίζονται με την επιθετική συμπεριφορά, δεν δίνει, ωστόσο, καμιά πληροφορία για τη διαδικασία που οδηγεί στη σχέση κάποιων διαταραχών προσωπικότητας με τη βιαιότητα<sup>19</sup>.

Μελέτες παρακολούθησης ασθενών, που είχαν νοσηλευθεί ακούσια επειδή είχαν εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά, έδειξαν ότι μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο εμπλέκονται σε σοβαρά βίαια περιστατικά. Νεότερες μελέτες έδειξαν ότι μέσα σε χρονικό διάστημα πέντε χρόνων τόσο οι ασθενείς που εξέρχονται από τη θεραπεία για κάποιο αδίκημα βίας όσο και οι καταδικασμένοι σε ισόβια που βγαίνουν από τις φυλακές διαπράττουν κάποιο νέο αδίκημα σε ίδιο ποσοστό 25%, ενώ ποσοστό 5% διαπράττει ανθρωποκτονία. Τα ποσοστά αυτά είναι διπλάσια όταν υπάρχει διάγνωση διαταραχής της προσωπικότητας<sup>17</sup>.

Μια μελέτη στους κατοίκους του Οχάιο το 1987 αποκάλυψε ότι η επικινδυνότητα ήταν ο πιο σημαντικός λόγος που δημιουργούσε το σίγμα της ψυχικής ασθένειας. Τα μέσα ενημέρωσης παρουσίασαν και καλλιέργησαν το στερεότυπο αυτό. Μελέτες αποκάλυψαν ότι τα άρθρα των εφημερίδων τείνουν να συνδέσουν την ψυχική ασθένεια με το έγκλημα και τέτοιες ιστορίες γίνονται συνήθως πρωτοσέλιδα. Σε τηλεοπτικά προγράμματα οι επικίνδυνοι και απρόβλεπτοι χαρακτήρες αποδίδονται συνήθως σε τηλεοπτικούς χαρακτήρες που πάσχουν από ψυχικό νόσημα. Το 72% των τηλεοπτικών χαρακτήρων με ψυχική ασθένεια παρουσιάζονται ως βίαιοι.

Ο στιγματισμός και τα αρνητικά στερεότυπα δημιουργούν σημαντικά προβλήματα σε άτομα με ψυχικά νοσήματα και τις οικογένειές τους. Ο στιγματισμός και η περιθωριοποίηση των ασθενών

οδηγεί στην δευτερογενή αύξηση της εγκληματικότητας των στιγματιζόμενων που είναι οι ψυχικά πάσχοντες<sup>20</sup>.

Πέρα από το γεγονός ότι η μορφή του ψυχοπαθούς ανισόρροπου εγκληματία συνδέεται με περιστατικά που διογκώνονται και διαστρεβλώνονται, ένα άλλο πρόβλημα είναι η άποψη που κυριαρχεί για τον απρόβλεπτο και ακατανόητο χαρακτήρα της εγκληματικής πράξης του ψυχοπαθούς. Συχνά οι πράξεις του είναι απρόβλεπτες και ακατανόητες μόνο σε ένα πρώτο επιφανειακό επίπεδο. Μια επιθετική συμπεριφορά που φαίνεται άσκοπη εκ πρώτης όψεως (ως προς το κίνητρο και τον τρόπο εκτέλεσης) αποκτά άλλο νόημα όταν αποκωδικοποιούνται τα μηνύματα που μεταδίδονται από τον ασθενή πιθανώς με συμβολικό ή έμμεσο τρόπο με αποτέλεσμα να εξηγούνται προβλήματα, επιθυμίες, φόβοι του πάσχοντος ατόμου. Αυτή η συμπεριφορά του ψυχωσικού δεν είναι απρόβλεπτη αν ληφθούν υπόψη οι άμεσες και έμμεσες προειδοποιήσεις του, που πολύ συχνά αγνοούνται από τους επαγγελματίες υγείας<sup>17</sup>.

Σε μια άλλη μελέτη, ο Link και οι συνεργάτες του στη Νέα Υόρκη σύγκριναν 186 εξωτερικούς ασθενείς και 46 νοσηλεύόμενους με 521 κατοίκους της ίδιας κοινότητας που δεν είχαν ποτέ ψυχιατρική περίθαλψη. Μεθοδολογικά, είναι πιθανώς η καλύτερη μελέτη που έγινε για την επιθετική συμπεριφορά των ψυχιατρικών ασθενών. Οι ομάδες αυτές ελέγχθηκαν για μια μεγάλη ποικιλία δημογραφικών χαρακτηριστικών και η επιθετική συμπεριφορά μετρήθηκε με πολλαπλούς τρόπους (συλλήψεις, χειροδικίες, τσακμούς, χρήση όπλων, κακοποιήσεις). Η ομάδα των ψυχιατρικών ασθενών διαιρέθηκε σε αυτούς που νοσηλεύονταν για πρώτη φορά και είχαν αρχίσει θεραπεία μέσα στον προηγούμενο χρόνο, σε αυτούς που νοσηλεύονταν κατ' επανάληψη και είχαν αρχίσει θεραπεία στα προηγούμενα χρόνια και νοσηλεύονταν κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας και σε ασθενείς που είχαν νοσηλευθεί τα προηγούμενα χρόνια αλλά όχι κατά τη διάρκεια του αμέσως προηγούμενου χρόνου. Τα αποτελέσματα έδειξαν οι ψυχιατρικοί ασθενείς ήταν δύο με τρεις φορές πιο πιθανό να επιδείξουν επιθετική συμπεριφορά σε σύγκριση με τον πληθυσμό της κοινότητας. Η έρευνα του Link κατέληξε ότι καμία δημογραφική και κοινωνικοοικονομική μεταβλητή δεν ήταν υπεύθυνη για τις διαφορές που παρουσίαζε η επιθετική συμπεριφορά ανάμεσα στις ομάδες. Η μόνη μεταβλητή που δημιουργούσε διαφορά ήταν το διαφορετικό επίπεδο ψυχιατρικών συμπτωμάτων, δηλ. όσο πιο ενεργά ήταν τα συμπτώματα τόσο πιο πιθανό ήταν οι ασθενείς να εμφανίσουν επιθετική συμπεριφορά<sup>20</sup>.

Η οξεία ψυχωτική συμπτωματολογία έχει κατά καιρούς θεωρηθεί ως ο πλέον σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Οι παραληρητικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις θεωρήθηκαν ως το κλειδί της κατανόησης της βίας των σχιζοφρενών<sup>19</sup>.

Υπάρχουν ενδείξεις που να προκύπτουν από τις έρευνες που να υποδεικνύουν ποια άτομα είναι πιθανό να εμφανίσουν βίαιη συμπεριφορά; Μια σημαντική ένδειξη για όλους είναι το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς καθώς και η ταυτόχρονη κατάχρηση αλκοόλ ή φαρμακευτικών ουσιών. Για τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια, η ταυτόχρονη κατάχρηση αλκοόλ και φαρμακευτικών ουσιών συντελεί σημαντικά

στην εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς. Ένας τρίτος παράγοντας είναι η μη συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή που προκύπτει από την έλλειψη εναισθησίας, τις παρενέργειες των φαρμάκων και την όχι καλή σχέση αρρώστου – επαγγελματιών υγείας. Οι παραισθήσεις, ιδιαίτερα εκείνες στις οποίες οι άνθρωποι πιστεύουν ότι κάποιος ή κάτι ελέγχει το μυαλό τους, βρέθηκε ότι συσχετίζονται με τη βίαιη συμπεριφορά σε έρευνες που έγιναν στην Αγγλία. Νευρολογική εκφύλιση είναι επίσης συνηθισμένη σε ψυχικά ασθενείς που γίνονται βίαιοι και γίνεται υπόθεση για το αν τα άτομα αυτά έχουν κάποια μορφή επιληψίας που δεν έχει διαγνωσθεί. Παραισθήσεις, στις οποίες κάποιος τους δίνει εντολές να κάνουν κάτι, επίσης συχνά θεωρούνται ενδείξεις για εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς<sup>20</sup>.

Σύμφωνα με την έρευνα των Carmel και Hunter το μεγαλύτερο ποσοστό τραυματισμών που οφείλεται στην επιθετικότητα του ασθενή παρατηρείται στο νοσηλευτικό προσωπικό. Οι άντρες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο από τις γυναίκες<sup>21</sup>.

Είναι δυνατό να προβλέψουμε ποιος ψυχικά ασθενής θα γίνει βίαιος; Έρευνες από τους Apperson, Mulvey, Lidz και Gardner κατέληξαν ότι η συμβολή της κρίσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας είχε υποτιμηθεί. Χρησιμοποιώντας τις ενδείξεις που αναφέρονται ίσως είναι δυνατό να προβλέψουν επιθετική συμπεριφορά.

## **Ο ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΩΣ ΜΕΘΟΔΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ ΒΙΑΙΟΥ ΑΣΘΕΝΗ**

Για την αντιμετώπιση των βίαιων ασθενών χρησιμοποιούνται δύο μέθοδοι φυσικού περιορισμού. Ο εγκλεισμός σε δωμάτιο μόνωσης και η καθήλωση. Οι δύο αυτές μέθοδοι έχουν μακρόχρονη εφαρμογή στην ψυχιατρική. Οι ενδείξεις, αντενδείξεις, κίνδυνοι, οφέλη και η μεθοδολογία της εφαρμογής τους βασίζονται σε συγκεκριμένες αρχές οι οποίες περιγράφηκαν επίσημα πριν από 200 χρόνια από τον Phillippe Pinel<sup>22</sup>.

Τα περισσότερα μέτρα χρησιμοποιούνται στις περιπτώσεις εκείνες που θέλουμε να ακινητοποιήσουμε το άτομο όταν αυτό βρίσκεται σε κατάσταση διέγερσης ή επιθετικότητας και υπάρχει φόβος να προξενήσει βλάβη στον εαυτό του ή στο περιβάλλον του. Επιπλέον, εφαρμόζονται όταν πρόκειται να διευκολύνουν το διαγνωστικό έργο, να ελεγχθούν ανάρμοστες συμπεριφορές, να δοθεί σωστή θέση στο άτομο στο κρεβάτι ή στην καρέκλα, να στερεωθούν τα υποστηρικτικά συστήματα ζωής ή να μειωθεί το άγχος του νοσηλευτικού προσωπικού όταν αδυνατεί να φροντίσει τα άτομα αυτά λόγω ανεπαρκούς στελέχωσης<sup>12</sup>.

Σκοπός των περιοριστικών μέτρων είναι ο έλεγχος της συμπεριφοράς των ασθενών. Η απομόνωση είναι χώρος κατάλληλα κατασκευασμένος που παρέχει ασφαλές περιβάλλον στον ασθενή του οποίου η συμπεριφορά θα μπορούσε να αποβεί επικίνδυνη για τον ίδιο και τους άλλους. Καθήλωση είναι η ακινητοποίηση των άκρων τον ασθενή με δερμάτινους ιμάντες συνδεδεμένους με ακλόνητα σημεία του κρεβατιού του, με σκοπό να περιοριστούν οι κινήσεις του ασθενή στον αναγκαίο βαθμό για να επιτευχθεί η νοσηλεία, η εξέταση και η προστασία του ασθενή.

Οι κυριότερες πρακτικές που εφαρμόζονται για τον έλεγχο της συμπεριφοράς των ψυχικά πασχόντων ασθενών είναι ο σωματικός περιορισμός όπως ακινητοποίηση των άκρων με δερμάτινες ζώνες, μανδύες, η απομόνωση και η χημική καταστολή. Ο περιορισμός των ασθενών με την χρήση φαρμακευτικών ουσιών πραγματοποιείται όταν νευροληπτικά, αγχολυτικά, ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται συστηματικά. Ο φαρμακευτικός περιορισμός σχετίζεται με απειλητική, επιθετική συμπεριφορά του ασθενή, στην περίπτωση του οποίου η ακινησία έχει προστατευτική επίδραση<sup>9,23</sup>.

Ο πιο χαρακτηριστικός χώρος σε μια νοσοκομειακή ψυχιατρική μονάδα είναι αυτός της απομόνωσης. Απομόνωση είναι ο εγκλεισμός ενός ασθενή μόνου σε κάποιο δωμάτιο ή άλλο κλειστό χώρο από τον οποίο ο ασθενής δεν έχει καμία δυνατότητα εξόδου. Ο σκοπός της χρησιμοποίησης της απομόνωσης, που είναι κατάλληλα διαρρυθμισμένος χώρος, είναι να παρέχει ασφάλεια στο νοσηλευόμενο και στους γύρω του, αποτρέποντας την επιτυχή εκδήλωση αυτο- ή έτερο-καταστροφικής συμπεριφοράς. Σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να λειτουργήσουν σαν χώροι τιμωρητικοί για τον ασθενή.

Ο συχνότερος λόγος εγκλεισμού σε δωμάτιο απομόνωσης ή καθήλωσης με δερμάτινους ιμάντες είναι η εκδήλωση διαπροσωπικής βίας. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι σε ασθενείς που περιορίστηκαν οι πιο συχνές διαγνώσεις είναι η σχιζοφρένεια και η μανία, οι ασθενείς είχαν μικρότερη ηλικία, η χρήση του περιορισμού είναι πιο συχνή σε ασθενείς με προηγούμενες νοσηλείες και οι ασθενείς αυτοί είχαν περισσότερο χρόνο νοσηλείας και μεγαλύτερες δυσκολίες στην αντιμετώπιση τους<sup>4,24</sup>.

Αξίζει να αναφερθεί μια μελέτη των Sheline και Nelson στην οποία φαίνεται ότι σε περίπτωση εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών προτίμησε τη φαρμακευτική αντιμετώπιση, παρ' όλα αυτά ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών επιθυμεί τον περιορισμό από τη φαρμακευτική αντιμετώπιση. Οι ερευνητές έδωσαν τη δυνατότητα σε 100 ασθενείς να επιλέξουν την προτιμότερη μέθοδο αντιμετώπισής τους. Ποσοστό 64% των ασθενών προτίμησε να αντιμετωπισθεί φαρμακευτικά, όμως, το υπόλοιπο 36% προτίμησε να αντιμετωπισθεί με περιορισμό (24% σε μόνωση, 10% με καθήλωση και 2% με συνδυασμό)<sup>23</sup>.

Η εισαγωγή του ασθενή στην απομόνωση είναι μια ψυχοτραυματική εμπειρία με αρνητικά συναισθήματα για αυτόν, όπως φόβο, ενοχή, επιθετικότητα. Ακόμη προφανείς είναι οι συνέπειες των περιοριστικών μέτρων στη διάθεση θεραπευτικής συνεργασίας αλλά και παραμονής και ολοκλήρωσης της θεραπείας εκ μέρους του ασθενή, παράγοντες καθοριστικοί για την προθυμία ψυχιατρικής παρακολούθησης μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο και επανάληψης της νοσηλείας σε περίπτωση υποτροπής.

Η καθήλωση βιώνεται από τον ασθενή ως εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς από το προσωπικό και περιορίζει ακόμη περισσότερο τη δυνατότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης. Κάτω από οποιεσδήποτε συνθήκες, τόσο η χρήση της απομόνωσης όσο και η καθήλωση πρέπει να είναι

λύσεις τελευταίας επιλογής και να εκτελούνται από εκπαιδευμένο προσωπικό<sup>15,23,25</sup>.

## ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΑ ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Ο σωματικός περιορισμός χρησιμοποιήθηκε μέσα στους αιώνες για την αντιμετώπιση της επιθετικής συμπεριφοράς κυρίως στην ψυχιατρικών ασθενών. Η απομόνωση χρησιμοποιήθηκε και αυτή ως μέτρο για την αντιμετώπιση των ψυχικά διαταραγμένων ασθενών. Στην ιστορική αναδρομή ο σκοπός της απομόνωσης, η διαμόρφωσή της ως χώρος καθώς και η σύνδεσή της με το σωματικό περιορισμό ποικίλλει αναφορικά με την ιστορική περίοδο και τη χώρα. Αυτό παρατηρείται γιατί οι κοινωνικές πεποιθήσεις, οι πολιτικές επιδιώξεις και η Θρησκευτική εξουσία επηρέαζαν τις θεραπευτικές απόψεις και κατά συνέπεια και τις μεθόδους θεραπείας της ψυχικής ασθένειας.

Στην Αρχαία Ελλάδα υπήρχαν «ήσυχια δωμάτια» που είχαν σχεδιαστεί για να προσφέρουν στους ψυχικά ασθενείς κατάλληλες συνθήκες, ώστε αφού κοιμηθούν να μπορέσουν να ονειρευτούν την επιστροφή στην πνευματική τους υγεία, γεγονός που θα βοηθούσε, όπως πίστευαν, σημαντικά στο να αναρρώσουν. Οι άνθρωποι που φρόντιζαν τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της παραμονής τους εκεί, τους έχριαν με λάδι και τους έκαναν μασάζ βοηθώντας τους με αυτές τις μεθόδους να αναρρώσουν.

Το 2<sup>ο</sup> μ.χ ο Soranus περιγράφει το δωμάτιο της απομόνωσης ως έναν εξαιρετικά ήσυχο χώρο, ζεστό και επαρκώς φωτισμένο, χωρίς περιττές ζωγραφιές στους τοίχους. Στο δωμάτιο αυτό δεν επιτρέπεται η είσοδος πολλών ατόμων, ιδιαίτερα εκείνων που ο ασθενής δε γνωρίζει. Σε όσους χρειάζεται και εισέρχονται εκεί δίνονται κατευθύνσεις πώς να ακούνε με συμπάθεια τους ασθενείς καθώς και πώς να τους βοηθούν να ελέγχουν τις παρεκτροπές τους.

Το 18<sup>ο</sup> αιώνα στη θεραπεία των ψυχασθενών υπήρχε και η τιμωρητική διάσταση. Ο «φρενοβλαβής», κλειδωμένος μακριά από τους υγιείς, ελεγχόταν με μαστίγια, αλυσίδες και άλλους περιορισμούς. Ο Διαφωτισμός έδωσε έμφαση στις ανθρωποκεντρικές αξίες και κατ' επέκταση στην κοινωνική διάσταση της ψυχικής ασθένειας και στη δυνατότητα φροντίδας των ψυχικά ασθενών με κοινωνικούς τρόπους όπως είναι η «ηθική θεραπεία» (moral treatment) σ' ένα ήπιο περιβάλλον. Ο Pinel το 1793 όρισε το τέλος μιας εποχής, αφαιρώντας τις αλυσίδες από τους ασθενείς. Τόνισε πόσο σημαντικό είναι να σταθμιστεί η ισορροπία ανάμεσα στην ασφάλεια και τα δικαιώματα του ασθενή και αναφέρθηκε στην μη τιμωρητική χρήση της απομόνωσης και του σωματικού περιορισμού. Μετά την εμφάνιση της «ηθικής θεραπείας» οι μηχανικοί περιορισμοί, που εφαρμόζονταν ως τότε ως τρόποι ελέγχου της συμπεριφοράς των ασθενών, θρωρήθηκαν απάνθρωποι και στη θέση τους χρησιμοποιήθηκε η απομόνωση. Στην Αμερική η ιδέα της «ηθικής θεραπείας» εφαρμόστηκε σε περιορισμένο αριθμό ιδρυμάτων επειδή αρκετά πρόσωπα με σημαντική επιρροή παρέμειναν πιστοί υποστηρικτές των σωματικών περιορισμών για τον έλεγχο της παραφροσύνης.

Με το τέλος του 19<sup>ου</sup> αιώνα η ιδέα της «ηθικής θεραπείας» εξασθένησε και λιγότερο αισιόδοξες

απόψεις για τη θεραπεία της ψυχικής ασθένειας άρχισαν να υπερισχύουν. Έτσι και πάλι άρχισαν να εφαρμόζονται όλο και περισσότερο οι μηχανικοί περιορισμοί και λιγότερο η χρησιμοποίηση των δωματίων απομόνωσης<sup>26</sup>.

Στον 20ο αιώνα αναπτύχθηκαν σωματικές θεραπείες ελέγχου των ανήσυχων ασθενών με την εφαρμογή ισουλινικού σοκ, εφαρμογή ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT), την ψυχοχειρουργική και τα ηρεμιστικά φάρμακα. Στα μέσα του 20ου αιώνα τα ψυχοφάρμακα, λόγω των θεαματικών αποτελεσμάτων τους, αντικατέστησαν άλλες μορφές σωματικού περιορισμού. Στις περιπτώσεις που δεν ήταν αποτελεσματικά η απομόνωση ήταν η εναλλακτική μέθοδος.

Στη δεκαετία των '50 '60 κυριάρχησε η έννοια του θεραπευτικού περιβάλλοντος που διαμόρφωσε τη στάση της «ανοιχτής πόρτας» με αποτέλεσμα να μη χρησιμοποιούνται τα δωμάτια απομόνωσης. Οι απόψεις αυτές εξασθένησαν και η απομόνωση επανήλθε ως τρόπος ελέγχου ανήσυχων ασθενών. Η απομόνωση χρησιμοποιείται στις μέρες μας λιγότερο στη Μ. Βρετανία ή στην Ευρώπη και περισσότερο στην Αμερική.

Ο σωματικός περιορισμός και κυρίως η απομόνωση εφαρμόζονται ως θεραπευτικός τρόπος παρέμβασης σε ασθενείς που εκδηλώνουν συμπεριφορά εκτός ελέγχου. Στην πρόσφατη βιβλιογραφία αμφισβητείται η θεραπευτική επίδραση των μεθόδων αυτών και τονίζονται τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών που δικαιούνται να τους παρέχεται φροντίδα και θεραπεία σε ένα κατά το δυνατό λιγότερο περιοριστικό περιβάλλον<sup>27</sup>.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ψυχική ασθένεια είναι παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς στην κοινότητα. Ο συνδυασμός ψυχικής ασθένειας και κατάχρησης αλκοόλ ή φαρμακευτικών ουσιών αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάμειξης του ασθενή σε βίαιες πράξεις. Η ενεργή συμπτωματολογία είναι ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την εκτίμηση του ασθενή και προσπάθεια πρόληψης του βίαιου επεισοδίου<sup>28</sup>.

Η πιο συχνή αιτία που οδηγεί στον περιορισμό του ασθενή είναι η σύγκρουση ανάμεσα στο προσωπικό και τον ασθενή. Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι πολύ ευάλωτο εξαιτίας της συχνής επαφής που έχει με τους ασθενείς και το ρόλο που παίζει στον καθορισμό ορίων στην καθημερινή ζωή του ασθενή<sup>29,30</sup>.

Η δημιουργία θεραπευτικής συμμαχίας με τον ασθενή είναι σημαντικός στόχος και το πιο κατάλληλο μέσο αντιμετώπισης των επιθετικών ασθενών<sup>31</sup>. Η εκπαίδευση του ασθενή να εκφράζει τα συναισθήματά του, να αναγνωρίζει έγκαιρα αισθήματα θυμού και να επιστρατεύει τεχνικές που έχει μάθει για να τα αντιμετωπίσει βοηθούν πολύ την κατάσταση<sup>5,29</sup>. Παρ' όλα αυτά, το μέτρο που εφαρμόζεται για να ελεγχθεί η επιθετική συμπεριφορά είναι ο εγκλεισμός στην απομόνωση και ο σωματικός περιορισμός (χρήση μηχανικών μέσων για να περιοριστεί ο ασθενής στο κρεβάτι του)<sup>32</sup>.

Η προσπάθεια να συνδέσουμε δημογραφικά στοιχεία με την εφαρμογή περιοριστικών μέτρων δείχνει ότι η ηλικία (οι νεαρότερες ηλικίες των ασθενών), η ακούσια εισαγωγή τους για νοσηλεία, η

εθνικότητα (οι μαύροι φαίνεται να μπαίνουν συχνά στην απομόνωση, δεν υπάρχουν όμως επαρκείς αποδείξεις στη βιβλιογραφία που να συνδέουν την εθνικότητα με τα περιοριστικά μέτρα), το φύλο (οι άντρες περιορίζονται σε μεγαλύτερο ποσοστό από τις γυναίκες) και η διάγνωση (οι ασθενείς με σχιζοφρένεια) φαίνεται να επιδρούν στην εφαρμογή περιοριστικών μέτρων<sup>33</sup>.

Η ακούσια νοσηλεία και ο περιορισμός χρησιμοποιούνται σε ασθενείς που δεν έχουν τον έλεγχο της συμπεριφοράς τους. Η ελευθερία κινήσεων των ασθενών περιορίζεται όταν το προσωπικό πιστεύει ότι ο ασθενής δεν είναι ικανός να πάρει αποφάσεις για τον εαυτό του.

Οι επαγγελματίες υγείας ενεργούν πατερναλιστικά για να βεβαιωθούν ότι οι ασθενείς λαμβάνουν τη θεραπεία ή είναι ασφαλείς παρά τις αντιδράσεις των ίδιων των ασθενών<sup>34,35</sup>. Η πραγματικότητα δείχνει ότι είναι δύσκολο να δημιουργηθεί ισορροπία ανάμεσα στα δικαιώματα και τις ανάγκες του ασθενή και την προστασία του κοινού<sup>36,37</sup>.

Καθώς οι νοσηλευτές είναι σε ζωτική θέση σχετικά με την απόφαση που λαμβάνεται για περιορισμό του ασθενή, είναι πολύ σημαντικό να έχουν τις γνώσεις, την εμπειρία και την ηθική κρίση ώστε να κρίνουν ποιες παρεμβάσεις θα έχουν ωφέλειες για τους ασθενείς και να μπορέσουν να τις εφαρμόσουν. Η εκπαίδευση και η γνώση είναι το κλειδί που θα βοηθήσει το νοσηλευτικό προσωπικό στην πρόληψη και αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών<sup>38,39,40</sup>. Ο σκοπός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας πρέπει πάντα να είναι η ολιστική προσέγγιση του ασθενή, η ποιότητα της φροντίδας, η παροχή εξατομικευμένης και ανθρωποκεντρικής φροντίδας σε συνδυασμό με την προστασία της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας του ασθενή<sup>24,35</sup>.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sullivan A., Bezmen J., Barron C., Rivera J., Curley-casey L. & Marino D. Reducing restraints: Alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service—utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *Psychiatric quarterly* 2005; 76 (1): 51-65.
2. Kaltiala-Heino R., Tuohimaki C., Korkeila J., et al. Reasons for using restraint and seclusion in psychiatric care. *International Journal of Law and Psychiatry* 2003; 26:139-149.
3. Allen M.H. & Currier G.W. Use of restraint and pharmacotherapy in academic psychiatric emergency services. *General Hospital Psychiatry* 2004; 26(1):42-19.
4. Thomas S.D., Daffern M., Martin T., Ogloff J.R., Thomson L.D. & Ferguson M. Factors associated with seclusion in a statewide forensic psychiatric service in Australia over a 2-year period. *Int J Ment Health Nurs*. 2009; 18(1): 2-9.
5. Muralidharan S. & Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 19: 3-9.
6. O'Grady J. Commentary: A British Perspective on the Use of Restraint and Seclusion in Correctional Mental Health Care. *J Am Acad Psychiatry Law* 2007; 35: 439-43.
7. Πλατή Χ. Ο φυσικός περιορισμός του αρρώστου. *Νοσηλευτικό δίλημμα*. Νοσηλευτική 1994; 435-439.

8. Dean A., Duke S., George M. & Scott J. Behavioral Management Leads to Reduction in Aggression in a Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Unit. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(6): 711-720.
9. Kraus J. & Sheitman B. Clozapine Reduces Violent Behavior in Heterogeneous Diagnostic Groups. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2005; 17(1): 36-44.
10. Dirway N., Kaminer D., Mbanga I. & Stein D. The psychiatric sequelae of human rights violations. *J Nerv Ment Dis.* 2004; 192(4): 255-259.
11. Welsh S. & Deahl M. Modern psychiatric ethics. *Lancet* 2002; 359(19): 253-255.
12. Fisher W. Restraint and seclusion: A review of the literature. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1584-1591.
13. Evans D., Wood J. & Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: A systematic review. *J Adv Nursing* 2003; 41(3): 274-282.
14. Zun L. A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine* 2003; 24(2):119-124.
15. Greene R. Ablon J. & Martin A. Innovations: Child & Adolescent Psychiatry Use of Collaborative Problem Solving to Reduce Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Inpatient Units. *Psychiatric Serv.* 2006; 57: 610-612.
16. Sukhodolsky D., Cardona L. & Martin, A. Characterizing Aggressive and Noncompliant Behaviors in a Children's Psychiatric Inpatient Setting. *Child. Psychiatry and Human Development* 2005; 36(2): 177-193.
17. Μούγια Β. Επίδραση της αναγκαστικής νοσηλείας στην κλινική εικόνα ψυχοσθενών σε σύγκριση με τους εκούσια νοσηλευόμενους. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αθήνα. 1999.
18. Krakowski H., Volanka J. & Brizer D. Psychopathology and Violence: A review of literature. *Comprehensive Psychiatry* 1986; 27(2): 131-148.
19. Χριστοδούλου Γ.Ν. και συνεργάτες. *Ψυχιατρική. Εκδόσεις Βήτα.* 2002
20. Torrey E. Violent Behavior by individuals with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry* 1994; 45(7): 653-661.
21. Carmel H. & Hunter M. Staff injuries from inpatient Violence. *Hospital and Community Psychiatry* 1989; 40: 41-45.
22. Μαδιανός Μ. Η Ψυχοκοινωνική αποκατάσταση από το άσυλο στην κοινότητα. *Ελληνικά γράμματα.* 1994.
23. Frueh C., Knapp R., Cusack K., Grubaugh A., Sauvageot J., Cousins V., Yim E., Robins C., Monnier J. & Hiers T. Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services* 2005; 56:1123-1133.
24. Delaney K.R. Evidence base for practice: reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2006; 3 (1):19-30.
25. Nelstrop L., Chandler-Oatts J., Bingley W., Bleetman T., Corr F., Cronin-Davis J., Fraher D.M., Hardy P., Jones S., Gournay K., Johnston S., Pereira S., Pratt P., Tucker R. & Tsuchiya A. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2006; 3(1): 8-18.
26. Μαδιανός Μ. Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση και η ανάπτυξη της από τη θεωρία στην πράξη. *Ελληνικά Γράμματα.* 1994.
27. Colaizzi J. Seclusion & restraint: a historical perspective. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2005; 43(2): 31-7.
28. Dawkins V. Restraints and the Elderly with Mental illness. Ethical issues and moral reasoning. *Journal of Psychosocial Nursing* 1998; 36 (100): 22-27.
29. Littrell K. et al. Current Understanding of violence and aggression: Assessment and treatment. *Journal of Psychosocial Nursing* 1998; 36(12): 18-24.
30. Foster C., Bowers L. & Nijman H. Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *J Adv Nurs.* 2007; 58(2):140-9.
31. Μαδιανός Μ.Γ. *Κλινική Ψυχιατρική. Εκδόσεις Καστανιώτη. Αθήνα.* 2004.
32. Mulvey E. Assessing the evidence of a link between mental illness and violence. *Hospital and Community Psychiatry* 1994; 45 (7): 663-668.
33. Sheridan M., Henrion R., Robinson L. & Baxter V. Precipitants of violence in a Psychiatric Inpatient Setting. *Hospital and Community Psychiatry* 1990; 41(7): 776-780.
34. Phillips P. & Nasr S. Seclusion and Restraint and Prediction of Violence. *Am J. Psychiatry* 1983; 140(2): 229-231.
35. Olver, J., Love, M., Daniel, J., Norman, T. & Nicholls, D. The impact of a changed environment on arousal levels of patients in a secure extended rehabilitation facility. *Australasian Psychiatry* 2009; 17(3): 207-211.
36. Way B. & Banks S.A. Use of seclusion and restraint in Public psychiatric hospitals: patient characteristics and facility effects. *Hospital and community Psychiatry* 1990; 41 (1): 75-81.
37. Migon M.N., Coutinho E.S., Huf G., Adams C.E., Cunha G.M. & Allen M.H. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30(3): 263-8.
38. Appelbaum P. & Roth L. Involuntary treatment in medicine and psychiatry. *Am J Psychiatry* 1984; 141 (2): 202-205.
39. Petit J.R. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am.* 2005; 28(3): 701-11.
40. Jonker E.J., Goossens P.J., Steenhuis I.H. & Oud N.E. Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008; 15(6): 492-9.
41. Grove B. Reform of Mental Health Care in Europe. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165: 431-433.