

## Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Χριστοδούλου Χρ., Μιχόπουλος Ι., Λύκουρας Εθ.

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

Η επιθετική συμπεριφορά στους ανθρώπους προσλαμβάνει την μορφή βίαιων πράξεων εναντίων άλλων. Στην εκούσια αυτή πρόκληση σωματικών βλαβών από άτομο σε άτομο, συμπεριλαμβάνονται ο ξυλοδαρμός, ο βιασμός, η ληστεία, η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση και η ανθρωποκτονία. Η επιθετικότητα και η βία συμβαίνουν σε πολλές κλινικές καταστάσεις, από την τοξίκωση ή την στέρηση ουσιών, τις ψυχώσεις και τις διαταραχές προσωπικότητας με πλημμελή έλεγχο των παρορμήσεων, μέχρι τις γνωσιακές διαταραχές.

Κυριότερα σημεία πρόβλεψης και εκτίμησης της βίαιης συμπεριφοράς είναι οι πρόσφατες βίαιες πράξεις, λεκτικές ή εξω-λεκτικές απειλές, αυξανόμενη ψυχοκινητική διέγερση, ιδέες διώξεως, επιτακτικές ακουστικές ψευδαισθήσεις, εγκεφαλικές παθήσεις, κ.α. Λαμβάνονται επίσης υπ' όψιν: το ιστορικό του ασθενή, το φύλο (άνδρες), η ηλικία (15-24 έτη), η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το ανεπαρκές κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα.

Η βία ή η απειλή βίας πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα. Αρχικά γίνεται προσπάθεια αποκλιμάκωσης της βίας, με την χρήση ψυχοκοινωνικών τεχνικών που σκοπό έχουν την καταπράυνση της διαταραγμένης συμπεριφοράς και τον επαναπροσδιορισμό του ασθενή σε περισσότερο ήρεμο προσωπικό χώρο. Η υποκείμενη αιτία της βίας πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα. Αν εκδηλωθεί βίαιη συμπεριφορά είναι αναγκαία η απομόνωση και ο περιορισμός του ασθενή ως και η χρήση φαρμάκων.

**Λέξεις ευρετηρίου:** επιθετικότητα, βίαιη συμπεριφορά, Γενικό Νοσοκομείο, αντιμετώπιση της βίαιης συμπεριφοράς

### Εισαγωγή—ορισμός

Ως επιθετικότητα (aggression) ορίζεται μια εμφανής συμπεριφορά στην οποία εμπεριέχεται η πρόθεση να προκαλέσει κάποιος επώδυνα ερεθίσματα σε έναν άλλο οργανισμό ή να εκδηλώσει καταστροφική συμπεριφορά προς άψυχα αντικείμενα. Οι άνθρωποι εκδηλώνουν τρεις κυρίως μορφές επιθετικότητας: την λεκτική επιθετικότητα, την σωματική επιθετικότητα εναντίον άλλων ανθρώπων και την σωματική επιθετικότητα (καταστροφικότητα) εναντίον αντικειμένων. Η βία (violence) συνήθως έχει την έννοια της σωματικής επιθετικότητας εναντίον άλλων ανθρώπων και υπό αυτήν την έννοια αποτελεί υποομάδα της επιθετικότητας<sup>1</sup>.

Η βία αποτελεί μια συμπεριφορά και όχι μια νόσο. Μπορεί να επέλθει και από άτομα τα οποία δεν πάσχουν από ψυχικό νόσημα. Πρόκειται για μια πολύ συνηθισμένη κατάσταση η οποία τρομάζει τους πολίτες στην πιθανότητα να γίνουν θύματα μιας βίαιης πράξης.

Η αναλογία των βίαιων πράξεων είναι υψηλότερη στις μεγάλες μητροπολιτικές περιοχές παρά στις αγροτικές<sup>2</sup>. Υπάρχει όντως ένας έντονος διάλογος με το ερώτημα εάν τα άτομα με ψυχικές νόσους έχουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα για βίαιες πράξεις από ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Τα δεδομένα δείχνουν ότι τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές διαπράττουν βίαιες πράξεις συχνότερα από άτομα χωρίς ψυχιατρική διάγνωση αν και οι περισσότεροι ψυχικά πάσχοντες κινούνται μέσα στα πλαίσια του νόμου και δεν είναι βίαιοι<sup>3,4</sup>.

### Αιτίες της επιθετικότητας

Η επιθετικότητα είναι μια πολυπαραγοντικής αιτιολογίας συμπεριφορά για την οποία ενοχοποιούνται διάφοροι παράγοντες. Μερικές από τις αιτίες της επιθετικότητας είναι:

1. Κοινωνικές αιτίες-περιβαλλοντικοί παράγοντες: Άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου έχουν περισσότερες πιθανότητες να γίνουν θύτες ή/και θύματα βίας, λόγω της απομόνωσης και της περιθωριοποίησης, των διακρίσεων, της διάλυσης της οικογένειας και της γενικής αίσθησης της ματαιώσης. Η ματαιώση είναι από τους ισχυρότερους παράγοντες που προάγουν την επιθετικότητα στον άνθρωπο. Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως οικονομικοί και κοινωνικοί λόγοι, κακές διαπροσωπικές σχέσεις, δύσκολες συνθήκες διαβίωσης, εμπλοκές με το νόμο οδηγούν σε επιθετικότητα και βία.
2. Άμεση πρόκληση: Υπάρχουν ενδείξεις ότι η σωματική κακοποίηση και οι λεκτικές ύβρεις και χλευασμοί συχνά προκαλούν επιθετικές πράξεις.
3. Επιθετικότητα: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της επιθετικότητας και της έκθεσης στην τηλεοπτική βία. Όσο περισσότερη τηλεοπτική βία παρακολουθούν τα παιδιά, τόσο μεγαλύτερο είναι και το επίπεδο της επιθετικότητας αυτών εναντίον των άλλων. Στα παραπάνω συνεισφέρουν, η πολύ κακή πλέον ποιότητα ζωής στις πόλεις με τους συνεχείς θορύβους, το συνωπισμό, την

αδιαφορία και την απομάκρυνση και ως εκ τούτου την έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων<sup>5,6</sup>.

4. Ένας από τους ισχυρότερους δείκτες πρόβλεψης βίας στους ενήλικες είναι η επιθετικότητα στην παιδική ηλικία. Η κακοποίηση κατά την παιδική ηλικία επίσης οδηγεί σε μεγαλύτερη πιθανότητα να γίνει κανείς βίαιος ως ενήλικας. Άλλα στοιχεία της παιδικής ηλικίας που συσχετίζονται με την εμφάνιση βίας στους ενήλικους είναι: η παραμέληση, εγκατάλειψη, κακοποίηση από τους γονείς, οι εμπειρίες βίας ανάμεσα σε γονείς, αδέρφια, συγγενείς και οι χωρισμοί και τα διαζύγια των γονέων<sup>2,4,7</sup>.
5. Η νευροβιολογία της επιθετικότητας: Στον ανθρώπινο εγκέφαλο δεν έχει βρεθεί περιοχή ελέγχου της επιθετικότητας. Μελέτες σε ζώα ενοχοποιούν όμως διάφορες περιοχές, άλλες διεγερτικές και άλλες ανασταλτικές, που ασκούν έλεγχο στην επιθετική και παρορμητική συμπεριφορά. Ο υποθάλαμος, το μεταιχμιακό σύστημα, ο προμετωπιαίος φλοιός, φαίνεται ότι ασκούν ρυθμιστικό έλεγχο στη επιθετική συμπεριφορά<sup>6,8</sup>.

Από τους νευροδιαβιβαστές, η ακετυλχολίνη εντείνει την επιθετική συμπεριφορά στο μεταιχμιακό σύστημα, ομοίως η νορεπινεφρίνη και η ντοπαμίνη. Το γ-αμινοβουτυρικό οξύ (GABA) ασκεί ανασταλτικό ρόλο και η ενδεχόμενη μείωσή του αυξάνει την επιθετικότητα. Περισσότερες μελέτες έχουν γίνει με την σεροτονίνη (5HT) και τον μεταβολίτη της 5-υδροξυ-ινδολοξικό οξύ (5HIAA). Σε μελέτες ήδη από το 1976, έχουν βρεθεί χαμηλά επίπεδα αυτών στο ΕΝΥ σε άτομα με απόπειρα αυτοκτονίας σε σύγκριση με καταθλιπτικά άτομα χωρίς απόπειρα και φυσιολογικούς μάρτυρες. Στην συνέχεια χαμηλά επίπεδα βρέθηκαν σε άτομα με παρορμητική παρά με προσχεδιασμένη απόπειρα. Αυτή η αρνητική συσχέτιση των επιπέδων της 5HT και του 5-HIAA με την παρορμητική-βίαιη συμπεριφορά, οδήγησε στη διαπίστωση ότι χαμηλά επίπεδα των ουσιών αυτών στο ΕΝΥ υπάρχουν και σε αυτούς που διαπράττουν επιθετικές παρορμητικές πράξεις<sup>9,10,11,12</sup>.

#### Οι διαταραχές που σχετίζονται με βίαιη συμπεριφορά και η διαφορική διάγνωση αυτών

Η βία δεν είναι νόσος αλλά μπορεί να αποτελεί σύμπτωμα μιας υποκείμενης νόσου. Η επιθετικότητα και η βία μπορεί να συμβούν σε διάφορες κλινικές καταστάσεις, όπου όταν η ισορροπία μεταξύ παρορμήσεων και εσωτερικού ελέγχου καταρρέει, η βία ξεσπά. Οι άνθρωποι μπορεί να έχουν βίαιες σκέψεις ή φαντασιώσεις, αλλά αυτές δεν γίνονται πράξεις εκτός εάν χαθεί ο έλεγχος. Οι συχνότερες ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται περισσότερο με βίαιη συμπεριφορά<sup>13</sup>:

1. Οργανικές ψυχικές διαταραχές (delirium, άνοια, σύνδρομο μετωπιαίου λοβού, οργανική παραληρητική διαταραχή και ψευδαισθήσεις, οργανικές συναισθηματικές διαταραχές, επιληπτικές κρίσεις)
2. Τοξίκωση από ουσίες (κοκαΐνη, οπιοειδή, αντιχολινεργικά, κλπ)
3. Στέρηση (από οινόπνευμα, βενζοδιαζεπίνες, οπιοειδή)
4. Ψυχωσικές διαταραχές όπως: σχιζοφρένεια (ιδίως αν υπάρχουν ιδέες διώξεως ή επιτακτικού τύπου ακουστικές ψευδαισθήσεις-κατατονική διέγερση)
5. Συναισθηματικές διαταραχές (διεγερμένη κατάθλιψη-επιλόχεια κατάθλιψη- κατάθλιψη οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση ή προκαλούμενη από ουσίες-μανία ή υπομανία).
6. Διαταραχές του ελέγχου των παρορμήσεων (κλεπτομανία, πυρομανία, διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή, διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων με προσδιορισμένη άλλως).
7. Διαταραχές της νηπιακής, παιδικής ηλικίας, εφηβείας (αυτισμός, νοητική υστέρηση, διαταραχή ελαττωματικής προσοχής και υπερκινητικότητας-ADHD, διαταραχές διαγωγής).
8. Διαταραχές της προσωπικότητας που χαρακτηρίζονται από οργή και πλημμελή έλεγχο των παρορμήσεων (μεθοριακή διαταραχή και αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας).
9. Επιθετικότητα προκαλούμενη από κάποιο ψυχοκοινωνικό στρεσογόνο παράγοντα (διαταραχή από οξύ στρες, διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματισμό).

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω πολλές παθολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές σχετίζονται με την επιθετικότητα και τη βία. Έτσι ο ασθενής πρέπει να υποβάλλεται σε πλήρη οργανικό και ψυχιατρικό έλεγχο. Η διαγνωστική εκτίμηση πρέπει να είναι πλήρης.

Μια πληθώρα αναστρέψιμων παθολογικών καταστάσεων θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα την οξεία έναρξη επιθετικότητας και διαταραγμένης γενικά συμπεριφοράς. Πρόκειται για επιθετική συμπεριφορά οφειλόμενη στις άμεσες επιδράσεις σωματικής νόσου, η οποία επιφέρει διαταραχή της συνείδησης και άλλα γνωσιακά ελλείμματα και χαρακτηρίζεται ως παραλήρημα (delirium) οφειλόμενο σε γενική σωματική νόσο<sup>3,14,15</sup>. Εάν οι άμεσες επιδράσεις της σωματικής νόσου προκαλούν πολλαπλά γνωσιακά ελλείμματα (συμπεριλαμβανομένης και της διαταραχής της μνήμης), πρόκειται για άνοια οφειλόμενη σε γενική σωματική νόσο με διαταραχή της συμπεριφοράς. Τέλος εάν η άμεση επίδραση της σωματικής νόσου επιφέρει μεταβολές σε σχέση με την προηγούμενη προσωπικότητα, πρόκειται για τη διάγνωση της αλλαγής της προσωπικότητας οφειλόμενη σε γενική σωματική νόσο. Η επιθετική συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί και να οφεί-

λεται στις άμεσες επιδράσεις μιας ουσίας ως τοξίκωση ή στερητικό σύνδρομο αυτής. Σε μεγαλύτερο βαθμό χρήση μπορεί να εκδηλωθεί ως παραλήρημα ή ψύχωση οφειλόμενη σε ουσίες. Επίσης επιθετική συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί κατά την προσπάθεια του χρήστη να προμηθευτεί αυτές τις ουσίες<sup>6,14</sup>.

Κατά την εκτίμηση και τον προσδιορισμό της πιθανότητας οργανικοί και γενικά σωματικοί παράγοντες να παίζουν ρόλο στην επιθετική και παρορμητική συμπεριφορά, θα πρέπει να αξιολογηθεί το ιστορικό του ασθενή. Είναι σημαντικό επίσης ένα τρίτο πρόσωπο, από το συγγενικό ή το φιλικό περιβάλλον, να επιβεβαιώνει την μεταβολή της συμπεριφοράς του ατόμου σε σχέση με την συνηθισμένη συμπεριφορά αυτού και το σύνηθες επίπεδο λειτουργικότητας. Αυτό βοηθά επίσης τον κλινικό να κατανοήσει καλύτερα την οξύτητα της έναρξης.

Σημαντικές πληροφορίες από το ιστορικό του ασθενούς περιλαμβάνουν: την ύπαρξη προηγούμενου ψυχιατρικού ιστορικού, την εμφάνιση πυρετού το τελευταίο διάστημα, την ύπαρξη εγκεφαλικού τραύματος, τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, τη λήψη νομίμων ή παρανόμων ουσιών, την ύπαρξη διαταραχής του προσανατολισμού ή σύγχυσης, τη διαταραχή του λόγου, προηγηθείσα συγκοπτική κρίση ή απώλεια της συνείδησης, κεφαλαλγία ως και δυσκολίες στην πραγματοποίηση καθημερινών εργασιών.

Αφού αποκλεισθεί η εμπλοκή οργανικών παραγόντων, τότε πρέπει να προχωρήσει κανείς σε διαφορική διάγνωση μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών που προκαλούν διαταραχές συμπεριφοράς και προς τούτο θα πρέπει επίσης να γίνεται λεπτομερής εξέταση της ψυχικής (ψυχονομικής) κατάστασης του ασθενή<sup>14,15</sup>.

## Εκτίμηση και αντιμετώπιση του επιθετικού ασθενή

### Γενικές Αρχές

Οι οξείες διαταραχές της συμπεριφοράς είναι πολύ συχνές στα τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων και κάθε νοσοκομείο θα έπρεπε κανονικά να έχει ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα και κάποια στρατηγική για την αντιμετώπιση των οξέων αυτών περιστατικών. Ο συντονισμός των υπηρεσιών για την αντιμετώπιση των ασθενών αυτών στα Γενικά Νοσοκομεία θα πρέπει να αναλαμβάνεται από εξειδικευμένη ομάδα επαγγελματιών υγείας που να συμπεριλαμβάνει παθολόγο, ψυχίατρο και νοσηλευτές εξειδικευμένους σε θέματα επειγόντων και ψυχιατρικών περιστατικών.

Η εκπαίδευση των μελών της ομάδας πρέπει να είναι συνεχής. Επίσης και το προσωπικό ασφαλείας πρέπει να έχει ειδική εκπαίδευση και να λειτουργεί κάτω από τις οδηγίες του επικεφαλής της ομάδας<sup>16</sup>.

Βασικό μέλημα του γιατρού όταν αντιμετωπίζει κάποιον βίαιο ασθενή, είναι να φροντίσει για την ασφάλεια του ασθενή, του προσωπικού, των λοιπών ασθενών και τη

δική του. Ο κλινικός δεν πρέπει να υποτιμά τον κίνδυνο, να υπερεκτιμά τις δυνάμεις του ή να αισθάνεται αποτυχημένος εάν ζητήσει βοήθεια. Ο ασθενής νοιώθει τους φόβους και την ανασφάλεια του κλινικού και τότε οι φόβοι του ότι τελικά θα χάσει τον έλεγχο του θα αυξηθούν και τελικά αυτό θα γίνει. Ο κλινικός πρέπει να εμπιστευτεί τα αισθήματά του. Αν αισθάνεται φόβο ή ανησυχία είναι καλύτερα να διακόψει την συνέντευξη και να φωνάξει τους φύλακες ή άλλα πρόσωπα να μπουν στο χώρο της συνέντευξης και μετά να συνεχίσει<sup>7</sup>.

### 1. Η εκτίμηση του δυνητικά βίαιου ασθενή

Στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει άμεσος κίνδυνος, αλλά στο ιστορικό του ασθενή αναφέρονται πράξεις βίαιης συμπεριφοράς ή από την παρατήρηση του ασθενούς φαίνεται ότι υπάρχει ενδεχόμενο να χάσει τον έλεγχο και να γίνει διεγερτικός. Εάν έχουν ήδη διαπραχθεί βίαιες πράξεις αλλά ο ασθενής είναι πλέον ήρεμος, ο κλινικός θα πρέπει να απαντήσει άμεσα στα κάτωθι ερωτήματα:

- έχει ακόμα την παρόρμηση και τα μέσα για να γίνει εκ νέου βίαιος.
- ποια ήταν η αιτία ή οι αιτίες της επιθετικής συμπεριφοράς και κυρίως αν τα ερεθίσματα αυτά παραμένουν σε ισχύ ακόμα.
- ποια είναι η παρούσα ψυχική κατάσταση του ασθενή και πως ήταν αυτή πριν κατά την διάρκεια της επιθετικής συμπεριφοράς.
- ποιο ήταν το περιβάλλον, φυσικό ή κοινωνικό στο οποίο έγινε η βίαιη συμπεριφορά.
- είναι παρούσα κάποια ψυχιατρική διαταραχή η οποία θα μπορούσε να αποτελεί παράγοντα επιθετικής και βίαιης συμπεριφοράς<sup>17</sup>.

Η έναρξη βίαιης συμπεριφοράς πρέπει να θεωρείται ως ένα πιθανό ενδεχόμενο ανά πάσα στιγμή και πρέπει να είναι πάντα κανείς έτοιμος να αντιδράσει σε μια βίαιη πράξη. Πριν από την έναρξη της συνέντευξης είναι καλό να συγκεντρωθούν όσο γίνεται περισσότερες πληροφορίες από συγγενείς και άλλα άτομα του περιβάλλοντος του ασθενή. Επίσης είναι σωστό να απομακρυνθούν επικίνδυνα αντικείμενα που θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν ως μέσα τραυματισμού του ίδιου του ασθενή ή των άλλων.

Ο χώρος της συνέντευξης πρέπει να είναι διαμορφωμένος έτσι ώστε να προστατεύεται ο ασθενής και να διασφαλίζονται οι υπόλοιποι ασθενείς και τα άτομα του προσωπικού. Πρέπει να αποφεύγει να παίρνει κανείς συνέντευξη μόνος ή σε γραφείο με κλειστή πόρτα. Αν ο γιατρός αισθανθεί κίνδυνο πρέπει να καλέσει το προσωπικό ασφαλείας ή και άλλα άτομα από το προσωπικό, μένοντας στο οπτικό τους πεδίο. Αυτό θα βοηθήσει τον εξετάζοντα να συνεχίσει την συνέντευξη χωρίς πίεση και ίσως και τον πάσχοντα αφού θα αισθάνεται ότι οι παρορμήσεις του

μπορούν ελεγχθούν αν χρειασθεί. Συχνά και μόνο η παρουσία μελών του προσωπικού αρκεί για να αποτραπεί μια βίαιη πράξη. Κατά την συνέντευξη ενός δυνητικά βίαιου ασθενή ο κλινικός πρέπει να παραμένει ήρεμος και να μιλάει με ήπιο τόνο στον ασθενή. Σχόλια ή πλάγιες ερωτήσεις πρέπει να αποφεύγονται. Ο κλινικός πρέπει να έχει εύκολη έξοδο σε περίπτωση που ο ασθενής γίνει διεγερτικός αλλά και ο τελευταίος δεν πρέπει να αισθάνεται ότι είναι εγκλωβισμένος στο χώρο. Η στάση του κλινικού πρέπει να είναι ξεκάθαρη (όχι ασάφειες και μισόλογα, υπονοούμενα, αστεία και πολλά λόγια). Η επίμονη βλεμματική επαφή πρέπει να αποφεύγεται<sup>7,16,17</sup>.

Γενικά ο τρόπος με τον οποίο ο κλινικός και γενικότερα το προσωπικό αλληλεπιδρά με τον ασθενή είναι καθοριστικός στο να περιορίσει ή αντιθέτως να πυροδοτήσει ένα βίαιο επεισόδιο. Μια ήρεμη, επαγγελματική, σταθερή, με αυτοπεποίθηση και πειθώ προσέγγιση κατά τη συνδιαλλαγή με έναν ασθενή του οποίου η επιθετική συμπεριφορά κλιμακώνεται, μπορεί να απομακρύνει τον κίνδυνο βίαιου επεισοδίου, ενώ αντιθέτως μια επιθετική και απειλητική προσέγγιση συνήθως βιώνεται από τον ασθενή ως προκλητική και μπορεί να γίνει αιτία βίαιης συμπεριφοράς. Μερικοί ασθενείς μάλιστα και κυρίως αυτοί με παρανοειδή ιδεασμό, απαιτούν λιγότερη διαπροσωπική επαφή προκειμένου να ανακτήσουν τον έλεγχο.

Η αποκλιμάκωση της βίας περιλαμβάνει την χρήση ψυχοκοινωνικών τεχνικών που σκοπό έχουν την καταπράυνση της διαταραγμένης συμπεριφοράς και τον επαναπροσδιορισμό του ασθενή σε περισσότερο ήρεμο προσωπικό χώρο. Η επιτυχής χρήση των τεχνικών αποκλιμάκωσης απαιτεί εκπαίδευση και ικανή κατανόηση της επιθετικότητας και του χειρισμού της. Υπάρχουν διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις αλλά όλες επικεντρώνονται σε τρία βασικά στοιχεία προκειμένου να επιτευχθεί αποκλιμάκωση: εκτίμηση της άμεσης κατάστασης, λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία σχεδιασμένη στο να διευκολύνει την συνεργασία και τρόποι επίλυσης του προβλήματος που προκαλεί την επιθετική συμπεριφορά<sup>18,19,20</sup>.

Στα σημεία επικείμενης βίαιης συμπεριφοράς περιλαμβάνονται: το ιστορικό βίαιων ενεργειών, οι πρόσφατες βίαιες πράξεις και κατά αντικείμενων, οι λεκτικές ή εξωλεκτικές απειλές, η έκφραση επιθυμίας να πληγώσει ή να σκοτώσει κάποιον, ιστορικό παρορμητικής συμπεριφοράς, η αυξανόμενη ψυχοκινητική διέγερση, η αδυναμία ελέγχου του θυμού, η τοξίκωση από οινόπνευμα ή άλλες ουσίες, οι ιδέες δίωξης και οι επιτακτικές ψευδαισθήσεις των ψυχωσικών, οι γενικευμένες εγκεφαλοπάθειες ή η προσβολή των μετωπιαίων ή σπανιότερα των κροταφικών λοβών (όγκοι, άνοια, delirium), ασθενείς με διαταραχή της προσωπικότητας (οργή, βιαιότητα, μειωμένος έλεγχος των παρορμησεων). Πρέπει επίσης να ληφθούν υπ' όψιν και ορισμένοι δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο (συνήθως βια-

οπραγούν οι άνδρες), η ηλικία (συνήθως από 15-24), η κακή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, το ανεπαρκές κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα και οι ύπαρξη σαφών στρεσογόνων παραγόντων. Ο πλέον αξιόπιστος παράγοντας είναι το ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς<sup>2,4</sup>.

## 2. Η αντιμετώπιση του ενεργά επιθετικού και βίαιου ασθενή

Οι παρεμβάσεις του κλινικού αποσκοπούν στο να κατευθύνουν τον ασθενή να ανακτήσει τον έλεγχο. Εάν οι προσπάθειες του κλινικού αποτύχουν στο να μειώσουν το επίπεδο της διέγερσης και να αυξήσουν τον αυτοέλεγχο των ασθενών είναι πιθανόν να εκδηλωθούν αντιδράσεις βίας. Έτσι εάν το άτομο εξαρχής συμπεριφέρεται βίαια ή παρ' όλες τις προσπάθειες προσέγγισης είναι έτοιμο να χάσει τον έλεγχο του πρέπει να γίνουν τα παρακάτω, ενώ παράλληλα πρέπει να συνεχίζονται και οι τεχνικές αποκλιμάκωσης της βίας.

- A. Η βοήθεια είναι απαραίτητη όταν συντρέχουν οι παραπάνω λόγοι. Πρέπει να εξασφαλισθεί ικανός αριθμός μελών του προσωπικού, το οποίο πρέπει να είναι κατάλληλα εκπαιδευμένο.
- B. Αν ο ασθενής είναι οπλισμένος ή έχει στην κατοχή του οτιδήποτε μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προκαλέσει βλάβη του ζητούμε να τα αφήσει κάπου και μετά τα απομακρύνουμε. Αν αρνείται να συνεργασθεί αναλαμβάνει το προσωπικό ασφαλείας την απομάκρυνση των όπλων, αφού δεν μπορεί να γίνει εξέταση και θεραπεία σε οπλισμένο άτομο<sup>20</sup>.
- Γ. Απομόνωση: Είναι καλό οι ασθενείς αυτοί να μεταφέρονται σε κάποιο ήσυχο και απομονωμένο δωμάτιο ή σε χώρο των επειγόντων ιατρειών που έχει διαμορφωθεί προς τούτο. Σε μια ιδανική περίπτωση το δωμάτιο είναι άνετο για τον ασθενή, χωριστά από τους άλλους ασθενείς ή άλλα παρευρισκόμενα άτομα, αλλά με δυνατότητα στενής επίβλεψης από το προσωπικό. Η σχετική απομόνωση μειώνει τα ερεθίσματα και ελαττώνει τις πιθανότητες αν το άτομο γίνει επιθετικό να εμπλακεί με άλλα παρευρισκόμενα άτομα. Ο κώδικας αυτής της πρακτικής, δηλώνει ρητώς ότι η απομόνωση πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο ως λύση έσχατης ανάγκης και δεν πρέπει ποτέ να χρησιμοποιείται ως μέρος σχεδίου θεραπείας ή ως τιμωρία<sup>21</sup>.
- Δ. Σωματικός περιορισμός: Οι ασθενείς συχνά βιώνουν τον σωματικό περιορισμό και την απομόνωση ως κάτι το απεχθές και πολλάκις τραυματικό. Τρομάζουν, θυμώνουν, γίνονται παρανοειδείς, θεωρούν ότι είναι μία μέθοδος που τους εξευτελίζει, τους απομονώνει και τους κάνει να αισθάνονται παγιδευμένοι<sup>18</sup>. Ο σωματικός περιορισμός πρέπει να εφαρμόζεται και αυτός ως λύση έσχατης ανάγκης και όταν αυτό είναι απολύτως



επιβεβλημένο. Πρέπει να γίνεται από εκπαιδευμένο προσωπικό, επαρκές ως προς τον αριθμό, προκειμένου να αποφευχθούν τραυματισμοί των ίδιων αλλά κυρίως του ασθενούς. Ο σωματικός περιορισμός κάποιες φορές συνδέεται με αιφνίδιο θάνατο του οποίου ο ακριβής μηχανισμός είναι ασαφής. Ενοχοποιείται η ασφυξία, ιδίως όταν ο ασθενής βρίσκεται σε πρηνή θέση. Άλλοι παράγοντες που ενοχοποιούνται είναι οι καρδιακές νόσοι, η υπερδιέγερση και η υπερπροσπάθεια, η παχυσαρκία και η χρήση φαρμάκων<sup>21</sup>.

Βασικά σημεία προσοχής κατά τον σωματικό περιορισμό είναι:

- Αποφυγή άσκησης πίεσης στο λαιμό, το θώρακα, στην κοιλιά, στη ράχη και στην περιοχή της λεκάνης.
- Οι ασθενείς που είναι σε πρηνή θέση πρέπει να ανασηκωνονται ώστε να αναπνέουν καλύτερα.
- Κάποιος από την ομάδα καθίσταται υπεύθυνος για να είναι βέβαιο ότι οι αεραγωγοί είναι ελεύθεροι και η αναπνοή δεν παρεμποδίζεται.
- Ο περιορισμός πρέπει να διαρκεί όσο γίνεται λιγότερο (και αυτό εξαρτάται από την πρόσβαση σε εναλλακτικές μεθόδους, όπως η απομόνωση και η ταχεία καταστολή)
- Πρέπει επίσης να είναι βέβαιο ότι το προσωπικό που εμπλέκεται στον σωματικό περιορισμό είναι εκπαιδευμένο για την αντιμετώπιση κατάστασης επικίνδυνης για τη ζωή και να υπάρχει ταχεία πρόσβαση (εντός 3 λεπτών) σε σύγχρονα όργανα υποστήριξης (όπως π.χ. αυτόματος αναπνευστήρας και επείγουσα φαρμακευτική αγωγή).
- Χρειάζεται επίσης στενή παρακολούθηση του ασθενή για πιθανές αλλαγές στην σωματική του κατάσταση (ζωτικά σημεία, πιθανά κυκλοφορικά προβλήματα περιφερικά των σημείων του περιορισμού) αλλά και στη ψυχική του κατάσταση, ως και για τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής. Η παρακολούθηση των ατόμων αυτών από το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να είναι πολύ συχνή και ένας προς ένα. Νοσηλευτική αξιολόγηση πρέπει να γίνεται κάθε 15 λεπτά και ιατρική το πολύ κάθε 4 ώρες. Κάθε ενέργεια πρέπει να καταγράφεται.
- Είναι αυτονόητο ότι πρέπει να υπάρχει απόλυτος σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενή<sup>17,20</sup>.

Ενδείξεις και αντενδείξεις του σωματικού περιορισμού: Πρέπει να στοιχειοθετηθούν σαφώς οι αιτίες που κάνουν απαραίτητο τον περιορισμό ή την απομόνωση και να βεβαιωθεί ότι δεν υπάρχουν άλλες εναλλακτικές λύσεις. Το 1984 η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία απαρίθμησε τις ενδείξεις για τη χρήση της απομόνωσης και του σωματικού περιορισμού, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται:

- α) Η πρόληψη επαπειλούμενης βλάβης του ασθενούς ή άλλου προσώπου, όταν άλλοι τρόποι ελέγχου δεν είναι

αποτελεσματικοί ή κατάλληλοι.

- β) Η πρόληψη σοβαρής εκτροπής από το θεραπευτικό πρόγραμμα (δεν συμμετέχει ο ίδιος και παρεμποδίζει και άλλους στο να συμμετέχουν σε θεραπευτικά προγράμματα, παλινδρομημένος ψυχωσικός ασθενής που παρουσιάζει πρωτόγονη συμπεριφορά κτλ). Η χρήση απομόνωσης ή περιορισμών μπορεί να δικαιολογηθεί μόνο αν υπάρχει επίσης ένα κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα για την ψυχιατρική κατάσταση του ασθενή.
- γ) Η πρόληψη σημαντικής καταστροφής στο φυσικό περιβάλλον (καταστροφή επίπλων, θυρών, της προσωπικής περιουσίας άλλων ασθενών, εμπρησμού).
- δ) Ως τμήμα συνεχιζόμενου πλάνου συμπεριφορικής θεραπείας στην οποία έχει συμφωνήσει ο ασθενής.
- ε) Προκειμένου να μειώσει τα ερεθίσματα που δέχεται ένας ασθενής (π.χ ασθενής με παρανοειδή σχιζοφρένεια σε οξεία φάση που τρομοκρατείται με την παρουσία άλλων ατόμων πρέπει να απομονωθεί).
- στ) Όταν υπάρχει αίτημα του ίδιου του ασθενή ή ο οποίος διατηρεί εναισθησία αν και έχει απολέσει τον έλεγχο των παρορμήσεών του, προκειμένου να μη βλάψει τους άλλους<sup>22</sup>.

Η απομόνωση και ο σωματικός περιορισμός δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται: σε ασθενείς με εγκεφαλοπάθεια οι οποίοι πιθανόν πυροδοτούνται περαιτέρω από την μειωμένη πρόσληψη αισθητηριακών ερεθισμάτων, ως υποκατάστατο θεραπείας, ως τιμωρία, ως μια απάντηση σε μια δυσάρεστη συμπεριφορά, για την εξυπηρέτηση και την ηρεμία του προσωπικού, όταν βιώνεται από τον ασθενή ως μια θετική ενίσχυση για εκ νέου βία και σε ασθενείς που είναι παθολογικά ασταθείς<sup>23</sup>.

#### Ε. Φαρμακευτική αγωγή:

Βασικές αρχές: Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο ως μέρος του όλου σχεδιασμού της θεραπείας. Πριν χορηγηθεί φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να εξετάζεται η ενδεχόμενη χρησιμότητα αυτής ή αν άλλοι χειρισμοί πρέπει να προηγηθούν. Η συνήθης κλινική πρακτική για την ταχεία καταστολή χρησιμοποιείται όταν οι κατάλληλες ψυχολογικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις έχουν αποτύχει στο να αποκλιμακώσουν την οξέως διαταραγμένη συμπεριφορά. Είναι ουσιαστικά λύση έσχατης ανάγκης. Η ταχεία καταστολή δεν υποστηρίζεται από σημαντικά τεκμηριωμένες ενδείξεις. Οι ασθενείς που υπόκεινται σε μια τέτοια επείγουσα θεραπεία είναι τόσο διαταραγμένοι, ώστε δεν μπορούν να συναινέσουν και να συμμετάσχουν σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες. Έτσι οι οδηγίες βασίζονται μερικώς σε ερευνητικά δεδομένα, μερικώς σε θεωρητικές προσεγγίσεις και μερικώς στην κλινική εμπειρία. Ο σκοπός της ταχείας καταστολής είναι τριπλός:

- α) Η μείωση της ταλαιπωρίας του ασθενή, ψυχολογικής

και σωματικής (μέσω αυτοτραυματισμών και ατυχημάτων).

- β) Η ελάττωση της επικινδυνότητας να βλάψει άλλους, συντηρώντας ένα ασφαλές περιβάλλον.
- γ) Η ασφάλεια του ασθενή (χορηγώντας ασφαλή θεραπευτική αγωγή και παρακολουθώντας την σωματική του κατάσταση)<sup>24</sup>.

Η πρώτη φαρμακευτική παρέμβαση είναι επιθυμητή καθώς η επιθετική συμπεριφορά πρέπει να τεθεί υπό έλεγχο όσο το δυνατόν συντομότερα, αλλά η φαρμακευτική αγωγή πρέπει να χρησιμοποιείται όσο το δυνατόν ασφαλέστερα, έτσι:

- η από του στόματος αγωγή είναι προτιμότερη της παρεντερικής
- διηρημένες, μικρές και επαναλαμβανόμενες δόσεις είναι προτιμότερες από μια μεγάλη αρχική δόση, ιδίως όταν η αιτία της επιθετικότητας είναι άγνωστη
- η ψυχική κατάσταση του ασθενή, ο χρόνος και η δόση των φαρμάκων πρέπει προσεκτικά να καταγράφεται.
- οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά μετά την ταχεία καταστολή<sup>25</sup>.

Φαρμακευτική αντιμετώπιση της επιθετικότητας: Δεν υπάρχει ειδική φαρμακευτική θεραπεία αντιμετώπισης της επιθετικής και βίαιης συμπεριφοράς. Τα φάρμακα τα οποία ευρέως χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της επιθετικότητας και της βίας σε επειγουσες καταστάσεις παγκοσμίως περιλαμβάνουν αντιψυχωσικά σκευάσματα, βενζοδιαζεπίνες και συνδυασμούς αυτών<sup>26</sup>.

Έχουν γίνει σχετικά λίγες κλινικές δοκιμές οι οποίες παρουσιάζουν αρκετά μεθοδολογικά προβλήματα. Σε μια ανασκόπηση 24 μελετών μεταξύ των ετών 1960 έως 1999 για την φαρμακευτική αντιμετώπιση της επιθετικότητας χρησιμοποιήθηκαν κλασικά νευροληπτικά, βενζοδιαζεπίνες, και βαρβιτουρικά (σε μονοθεραπεία ή σε συνδυασμό). Από αυτές τις μελέτες 18 ήταν διπλές-τυφλές και μόνο 2 ήταν ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο. Ο μέσος αριθμός συμμετεχόντων σε κάθε εργασία ήταν μόνο 15 άτομα. Αν και αποδείχθηκε αποτελεσματικότητα από τα διάφορα σκευάσματα ή τους συνδυασμούς αυτών, δεν βρέθηκαν ισχυρές ενδείξεις για κάποια υπέρτερη αποτελεσματικότητα<sup>27</sup>. Σε μια δεύτερη ανασκόπηση κατά τα έτη 1984 έως 1998 αναφέρονται κλινικές μελέτες όπου ελέγχεται η αποτελεσματικότητα της δροπεριδόλης (5mg) της αλοπεριδόλης (5mg) και της λοραζεπάμης (έως 4 mg) και του συνδυασμού αλοπεριδόλης και λοραζεπάμης (με χορήγηση από το στόμα ή ΙΜ). Πρόκειται για 7 μελέτες εκ των οποίων οι 4 είναι τυχαιοποιημένες-διπλές τυφλές, 2 προοπτικές διπλές τυφλές, και 1 τυχαιοποιημένη και ανοικτή μελέτη. Τα αποτελέσματα ήταν ικανοποιητικά. Μειονεκτήματα των μελετών αυτών είναι ότι έχουν διεξαχθεί σε διαφορετικά τμήματα των νοσοκομείων, τα κριτήρια επιλογής των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη δεν

ήταν πάντα σαφής, ο αριθμός των ατόμων ήταν μικρός, η επιθετικότητα ορίζεται με διαφορετικούς τρόπους και ελέγχεται με διαφορετικά εργαλεία και η αποτελεσματικότητα επίσης εκτιμάται με διαφορετικά κριτήρια<sup>28</sup>.

Με βάση τώρα τις συμφωνίες των ειδικών, οι οποίες στηρίζονται κυρίως στις παραπάνω μελέτες, οι κάτωθι παράγοντες θεωρούνται περισσότερο σημαντικοί στην επιλογή φαρμακευτικής παρέμβασης: διαθεσιμότητα ενδομυϊκής ή υγρής μορφής του φαρμάκου, ταχύτητα έναρξης δράσης, ιστορικό ανταπόκρισης του ασθενή στη θεραπεία, πρόκληση κλινικά χρήσιμης καταστολής και περιορισμένη προδιάθεση σε επικίνδυνες ή μη ανεκτές παρενέργειες. Η αξιοπιστία χορήγησης και η ταχύτητα έναρξης δράσης είναι οι βασικότερες συνιστώσες.

Η δροπεριδόλη, η αλοπεριδόλη και η λοραζεπάμη είναι η προτιμότερη επιλογή για τη μείωση της επιθετικότητας. Η δροπεριδόλη και η λοραζεπάμη είναι οι περισσότερο κατασταλτικές. Εναλλακτικές επιλογές αποτελούν, τα άτυπα νευροληπτικά για την πρώτη περίπτωση και η αλοπεριδόλη ή τα άτυπα νευροληπτικά για την δεύτερη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι δοσολογία ισοδύναμη με 2-5 mg αλοπεριδόλης είναι η πλέον κατάλληλη για έναρξη θεραπείας (από το στόμα ή παρεντερικά). Όταν γίνεται έναρξη θεραπείας με βενζοδιαζεπίνη προτείνονται 2mg λοραζεπάμης (ή ισοδύναμη δόση άλλης). Σκευάσματα υγρά χορηγούμενα από το στόμα, όπως επίσης και δισκία διαλυόμενα στο στόμα και ενδομυϊκές μορφές θεωρούνται προτιμώμενες οδοί χορήγησης. Όταν η ταχύτητα έναρξης δράσης είναι το βασικό κριτήριο οι ειδικοί συνιστούν ενδοφλέβια θεραπεία από οποιαδήποτε ομάδα και ενδομυϊκή με μιδαζολάμη, λοραζεπάμη, αλοπεριδόλη ή δροπεριδόλη. Συνδυαστική θεραπεία είναι η εναλλακτική επιλογή στις περισσότερες περιπτώσεις διέγερσης<sup>29</sup>.

Σε νεώτερες οδηγίες ειδικών οι οποίες βασίζονται κυρίως στην εμπειρία, το ενδιαφέρον εστιάζεται και στη χρήση των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων για την αντιμετώπιση της επιθετικής συμπεριφοράς.

Οι βενζοδιαζεπίνες συνιστώνται όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα δεδομένα και η διάγνωση είναι άγνωστη, όταν δεν υπάρχει ειδική θεραπεία (π.χ διαταραχή προσωπικότητας) ή σε περιπτώσεις τοξίκωσης από ουσίες ή σε καταστάσεις στέρησης αλκοόλ. Για την από του στόματος θεραπεία της διέγερσης που σχετίζεται με σχιζοφρένεια ή μανία, η ολανζαπίνη μόνη, η ρισπεριδόνη μόνη ή σε συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνη (προτιμάται η λοραζεπάμη) και η αλοπεριδόλη συν μία βενζοδιαζεπίνη θεωρούνται ως θεραπεία πρώτης γραμμής, σε αντίθεση με την ζιπρασιδόνη και την κουετιπίνη που θεωρούνται δεύτερη επιλογή. Εάν απαιτηθεί παρεντερική (ενδομυϊκή) χορήγηση π.χ σε μια επιθετική συμπεριφορά σχιζοφρενικού ασθενή πρώτης γραμμής παρεντερική επιλογή είναι η ολανζαπίνη ή ζιπρασιδόνη μόνες και ζιπρασιδόνη ή αλοπεριδόλη σε

συνδυασμό με βενζοδιαζεπίνη.

Η συγχορήγηση της ολανζαπίνης και της λοραζεπάμης (αλλά και των άλλων βενζοδιαζεπινών) πρέπει να αποφεύγεται. Όταν χορηγείται ενδομυϊκά λοραζεπάμη πρέπει να παρέρχεται διάστημα 1-2 ωρών για να χορηγηθεί ενδομυϊκά ολανζαπίνη. Η ολανζαπίνη όταν χορηγείται ενδομυϊκά αυξάνει τις συγκεντρώσεις στο πλάσμα 5 φορές περισσότερο από ότι η αντίστοιχη από του στόματος δόση. Η ολανζαπίνη και η ρισπεριδόνη δεν πρέπει να χορηγούνται με καμία από τις μορφές τους, σε περιπτώσεις ψύχωσης και συμπεριφερικών διαταραχών που σχετίζονται με άνοια<sup>20,30,31</sup>.

Συνοψίζοντας τα παραπάνω στην περίπτωση μιας επείγουσας κατάστασης, μιας οξείας διαταραγμένης και βίαιης συμπεριφοράς πρέπει κανείς να ακολουθήσει τα αναγραφόμενα<sup>20,24,32</sup> στον Πίνακα 1.

Διαχείριση της βίαιης συμπεριφοράς		
1 <sup>ο</sup> στάδιο	Λεκτικές και μη λεκτικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές τεχνικές	(Αντιμετώπιση χωρίς φάρμακα, καθρέμηση, απομόνωση, σωματικός περιορισμός)
2 <sup>ο</sup> στάδιο	<b>Από το στόμα:</b> 5 mg αλοπεριδόλη ή 10 mg ολανζαπίνη ή 1-2 mg ρισπεριδόνη με ή χωρίς 1-2 mg λοραζεπάμη	Επανάληψη έως και 3 φορές με μεσοδιάστημα 45-60 λεπτών
3 <sup>ο</sup> στάδιο	<b>Ενδομυϊκά:</b> λοραζεπάμη 1-2 mg ή μιδαζολάμη 7.5-15 mg ή 5 mg αλοπεριδόλης ή 5-10 mg ολανζαπίνης ή 10-20 mg ζιπρασιδόνης  εναλλακτικά σε άτομα ανθεκτικά στις βενζοδιαζεπίνες: προμεθαζίνη 50 mg	Επανάληψη έως 2 φορές με μεσοδιάστημα 30-60 λεπτών  Προσοχή στη συγχορήγηση βενζοδιαζεπινών με ολανζαπίνη (η ασφάλεια των άλλων άτυπων αντιψυχωσικών με βενζοδιαζεπίνες είναι άγνωστη)
4 <sup>ο</sup> στάδιο	<b>Ενδοφλεβίως:</b> διαζεπάμη 10 mg (σε τουλάχιστον 5 λεπτά)	Επανάληψη μετά από 10 λεπτά

Πίνακας 1. Διαχείριση της βίαιης συμπεριφοράς

### Η συνεχιζόμενη φροντίδα του ασθενούς

Οι ασθενείς δεν θα πρέπει να μένουν χωρίς παρακολούθηση κατά το διάστημα της καταστολής. Σε περιπτώσεις ταχείας καταστολής ατόμων με μεγάλη επικινδυνότητα η παρακολούθηση πρέπει να γίνεται κάθε 5-10 λεπτά για μία τουλάχιστον ώρα και στη συνέχεια κάθε μισή ώρα, οι δε μεταβολές πρέπει να καταγράφονται. Στην διαδικασία της παρακολούθησης πρέπει να περιλαμβάνονται τα ακόλουθα:

α) θα πρέπει να γίνει εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης:

- σε εγρήγορση και δραστήριος
- σε εγρήγορση και ήρεμος
- σε κατάσταση ύπνου αλλά αντιδρά στα ερεθίσματα
- σε κατάσταση ύπνου αλλά δεν αντιδρά στα ερεθίσματα

β) για τα δύο τελευταία επίπεδα πρέπει να παρακολουθούνται και να καταγράφονται (με τη συχνότητα που αναφέρεται παραπάνω) η θερμοκρασία, η συχνότητα των αναπνοών και η καρδιακή συχνότητα, η αρτηριακή πίεση και τα αέρια αίματος.

γ) Πρέπει επίσης να εκτιμώνται σε σύντομα χρονικά διαστήματα για εμφάνιση εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων και κυρίως πρώιμων όπως οι δυστονίες. Βασική νευρολογική εξέταση δεν πρέπει να παραλείπεται και καθώς ο ασθενής είναι πλέον κατασταλαμένος πρέπει να εξετάζεται η περαιτέρω αντιμετώπισή του με την συνεργασία ειδικών, πλέον αιτιολογικά<sup>24,25</sup>.

Μετά τον έλεγχο της επιθετικότητας πρέπει να τεκμηριωθεί η διάγνωση ούτως ώστε οι παρεμβάσεις να γίνουν πλέον αιτιολογικές. Πρέπει να αποφασισθεί εάν ο ασθενής παρουσίασε μια κρίση επιθετικότητας της οποίας εξέλιξη η αιτία και μπορεί τώρα να επιστρέψει στο σπίτι και να παρακολουθείται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ή εάν ο ασθενής πρέπει να παραμείνει για παρακολούθηση στο νοσοκομείο. Εάν ο ασθενής στερούμενος εναισθησίας αρνηθεί την παραμονή του στο νοσοκομείο ενώ αυτή κρίνεται απαραίτητη, θα ενεργοποιηθεί ο νόμος για αναγκαστική νοσηλεία η οποία όταν εφαρμόζεται με ορθό τρόπο μπορεί να αποβεί ικανοποιητικό θεραπευτικό μέσον. Το κριτήριο της πρόληψης επικίνδυνης συμπεριφοράς λόγω ψυχοπαθολογίας αποτελεί βασικό κριτήριο αναγκαστικής νοσηλείας, αλλά και η μη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, χωρίς την οποία θα επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του αποτελεί σοβαρό λόγο επίσης<sup>33,34</sup>.

Η μακροπρόθεσμη αντιμετώπιση του επιθετικού ασθενή αποτελεί μια σύνθετη πρόκληση για τον θεράποντα ψυχίατρο. Η αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της ψυχιατρικής διαταραχής θα είναι μεγαλύτερη εάν ο ψυχίατρος χρησιμοποιήσει και φαρμακευτική αγωγή αλλά παράλληλα υποβάλει τον ασθενή στην κατάλληλη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Από τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης σχετίζονται με τον κρίσιμο ρόλο της σεροτονινεργικής ρύθμισης της επιθετικής συμπεριφοράς και έχουν χρησιμοποιηθεί με σχετική αποτελεσματικότητα σε διαταραχές προσωπικότητας, ασθενείς με νοητική υστέρηση και ανοϊκούς ασθενείς. Επίσης έχουν χρησιμοποιηθεί σε μερικές μη ικανοποιητικά τεκμηριωμένες μελέτες με μικρό σχετικά αριθμό ατόμων, σε ασθενείς με σχιζοφρένεια παράλληλα με την αντιψυχωσική αγωγή.

Το λίθιο επίσης έχει χρησιμοποιηθεί για την μείωση της επιθετικότητας σε ασθενείς με αντικοινωνική προσωπικότητα, διαταραχή διαγωγής και νοητική υστέρηση. Επίσης σε ανάλογες περιπτώσεις για τον έλεγχο της παρορμητικής επιθετικότητας έχουν χορηγηθεί αντισπασμωδικά φάρμακα όπως: καρβαμαζεπίνη, βαλπροϊκό, φαινυτοΐνη,

και γκαμπαπεντίνη. Χορηγούνται επίσης β-αδρενεργικοί αναστολείς για τον έλεγχο της επιθετικότητας κυρίως σε ασθενείς με οργανικές εγκεφαλικές νόσους. Η μακροπρόθεσμη χρήση άτυπων νευροληπτικών έχει ικανοποιητικό αποτέλεσμα συμπεριφορικού ελέγχου, όταν η επιθετικότητα προέρχεται κυρίως από ψυχωσικού ή συναισθηματικού τύπου διαταραχές. Η κλοζαπίνη, η ρισπεριδόνη, η ολανζαπίνη, η ζιπρασιδόνη και η αριπιπραζόλη έχουν αυξήσει τις επιλογές για την θεραπεία της ψύχωσης<sup>32,35</sup>. Οι ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις όπως π.χ συμπεριφορικές τεχνικές, γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, ομαδική ή οικογενειακή θεραπεία, έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί στη θεραπεία της επιθετικής συμπεριφοράς και της βίας. Ο συνδυασμός αυτών με την φαρμακοθεραπεία παραμένει η αποτελεσματικότερη προσέγγιση στη αντι-

μετώπιση της χρόνιας επιθετικότητας και της βίας<sup>3,6</sup>.

### Συμπερασματικά:

1. Η επιθετικότητα είναι μια συνήθης συμπεριφορά στο γενικό νοσοκομείο.
2. Η αντιμετώπιση της χρειάζεται εξειδικευμένο προσωπικό και κατάλληλη υποδομή.
3. Απαιτεί επίσης την συνεργασία πολλών ειδικών.
4. Η ασφάλεια, η διάγνωση και η αντιμετώπιση είναι ο βασικός κανόνας στις επείγουσες αυτές περιπτώσεις.
5. Ο σωματικός περιορισμός πρέπει να εφαρμόζεται με βάση κανόνες και να αίρεται πάλι με καθορισμένα κριτήρια το δυνατόν ταχύτερα. Το ίδιο ισχύει και για την φαρμακευτική αγωγή για την ταχεία καταστολή του ασθενή.

### Abstract

## MANAGING VIOLENT BEHAVIOR IN THE GENERAL HOSPITAL

Christodoulou Chr., Michopoulos I., Lykouras L.

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

**Aggressive behavior in humans means the form of violent actions against others. Aggression implies the intent to harm or otherwise injure another person. There are several clinical situations that have been associated with violent and aggressive behavior. Some of these are: schizophrenia, personality disorders (i.e. paranoid, antisocial, and borderline), substance intoxication or withdrawal, mental retardation, cognitive disorders (delirium and dementia), attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder and intermittent explosive disorder.**

**Most commonly predictors of violent behavior to others are: recently violent acts, frequent and open threats, intent to harm, history of loss control, chronic anger and hostility prior violent acts, threatening or commanding auditory hallucinations, delusions of persecution, increasing psychomotor agitation, and organic brain disease.**

**Acute disturbed or violent patient should be managed immediately. If it is possible, non-coercive methods should be used to manage violent patients. Techniques include de-escalation or talking-down, increased observation and support and medication with patient's consent. If these approaches fail or the situation is dangerous, staff has to take care to make themselves, others and the patient safe. This include seclusion, physical or/and chemical restrain (rapid tranquilization). All these should be used with caution and as a last resort.**

**Key words:** Aggression, violent behavior, General Hospital, management of violence behavior

### Βιβλιογραφία

1. Citrome L and Volanka J: Aggression and Violence in patients with Schizophrenia. In Hwang M and Bermanzohn P: Schizophrenia and comorbid conditions. Diagnosis and Treatment. Ch 8, pp 149-185, American Psychiatric Press Inc. 2001.
2. Sadock B and Sadock V: Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. 3η έκδοση, Γενική Επιμέλεια Ελληνικής έκδοσης, Κ. Σολδάτος. Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα 2001.
3. Crouner M: A brief guide to the assessment and pharmacological treatment of violent adult psychiatric inpatients. In Understanding and treating violent psychiatric patients. Edited by M. Crouner. pp 3-19. American Psychiatric Press Inc. 2000.
4. Andreasen N and Black D: Introductory Textbook of Psychiatry. 3rd edition, American Psychiatric Publishing 2001.
5. Kaplan H and Sadock B: Synopsis of Psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. 8th Edition, Williams & Wilkins, Baltimore 1998.
6. Sanders K: Aggressive and Impulsive Patients. In Massachusetts General Hospital, Handbook of General Hospital Psychiatry. 5th Edition, Stern T, Fricchione G, Cassem N, Jellinek M and Rosenbaum J. Editors, pp 501-511, Mosby, Inc. 2004.
7. Μάνος Ν: Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Αναθεωρημένη



- έκδοση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 1997.
8. Garza-Treviro E: Neurobiological factors in aggressive behavior. *Hosp. Comm. Psychiatry* 45(7): 690-699, 1994.
  9. Asberg M, Traskman L, Thopen P: 5-HIAA in the cerebrospinal fluid: a biochemical suicide predictor ? *Arch. Gen. Psychiatry* 33: 1193-1197, 1976.
  10. Brown G, Ebert M, Goyer P et al: Aggression, suicide and serotonin: relationships to CSF amine metabolites. *Am. J. Psychiatry* 139: 741-746, 1982.
  11. Brown G, Linnoila M: CSF serotonin metabolite (5-HIAA) studies in depression, impulsivity and violence. *J. Clin. Psychiatry* 51(4 suppl): 31-41, 1990.
  12. Miczek K, Fish E, DeBold J et al: Social and neural determinants of aggressive behavior: pharmacotherapeutic targets as serotonin, dopamine and gamma-aminobutyric acid system. *Psychopharmacology* 163 (3-4), 434-458, 2002.
  13. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition, Text Revision, American Psychiatric Association, 2000.
  14. First M, Frances A, Pincus H. DSM-IV-TR Handbook of differential diagnosis. Μετάφραση: Κ. Φινέτη. Επιμέλεια: Ε. Λύκουρας, Α. Μιχοπούλου. Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη, Αθήνα 2006.
  15. Hoffman L. Emergency assessment and stabilization of behavioral disorders. In *Emergency Medicine Manual* 6th Edition, J Ma, D. Cline, Editors. The McGraw-Hill Companies Inc. USA 2004.
  16. Guthrie E and Feldman E: Managing behavioral disturbance in the general hospital: facilities and training. In *Liaison Psychiatry, Planning services for specialist settings*. Gaskell, the Royal College of Psychiatrists 2000.
  17. Wise M and Rundell J: *Clinical Manual of Psychosomatic Medicine: A guide of Consultation-Liaison Psychiatry*. American Psychiatric Publishing, Inc. 2005.
  18. Bernay L and Elverson D: Managing acutely violent inpatients. In *Understanding and treating violent psychiatric Patients*. M. Cowner Editor. American Psychiatri Press, Inc. 2000.
  19. Dix R. De-escalation techniques. In *Psychiatric Intensive Care*. Beer D, Pereira S, Paton C, Editors. London 2001.
  20. National Institute for Clinical Excellence: Violence, the short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments. *Clinical Guideline* 25, February 2005.
  21. Davison S: The management of violence in general psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment* 11: 362-370, 2005.
  22. American Psychiatric Association: *Seclusion and Restraint: The Psychiatric Uses* (Task Force Report 22) Washington, DC. American Psychiatric Association, 1985.
  23. Fisher W: Restraint and Seclusion: a review of the literature. *Am. J. Psychiatry* 151:1584-1591, 1994.
  24. Taylor D, Paton C, Kerwin R: *The Maudsley 2005-6 Prescribing Guidelines*, 8th Edition. London, Taylor and Francis.
  25. Friedman T: Medical management of acute behavioral disturbance in the general hospital. In *Liaison Psychiatry, Planning services for specialist settings*. Gaskell, the Royal College of Psychiatrists 2000.
  26. Alexander J, Tharyan P, Adams c et al: Rapid tranquillization of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting. *Br. J. Psychiatry* 185, 63-69, 2004.
  27. Allen M: Managing the agitated psychotic patients: a reappraisal of the evidence. *J. Clin. Psychiatry* 61(suppl 14): 11-20, 2000.
  28. Fruyt J and Demyttenaere K: Rapid Tranquillization: new approaches in the emergency treatment of behavioral disturbances. *Eur.Psychiatry* 19, 243-249, 2004.
  29. Allen M, Currier G, Hughes D et al: The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgrad Med. May*; 1-88, 2001.
  30. Allen M, Currier G, Carpenter D et al: The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J. Psychiatr. Pract.* 11 Suppl 1: 5-25, 2005.
  31. Macpherson R, Dix R, Morgan S: A growing evidence base for management guidelines. Revisiting Guidelines for the management of acutely disturbed psychiatric patients. *Advances in Psychiatric Treatment* 11:404-415, 2005
  32. American Psychiatric Association, Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders. *Compendium* 2004.
  33. Feldman E: Use of the mental health act and common law in the general hospital. In *Liaison Psychiatry, Planning services for specialist settings*. Gaskell, the Royal College of Psychiatrists 2000.
  34. Πεχλιβανίδης Α: Επείγουσα Ψυχιατρική. Στο, Κ. Σολδάτος και Λ. Λύκουρας «Σύγγραμμα Ψυχιατρικής» Τόμος Β΄, Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 2006.
  35. Volavka J: *Neurobiology of violence*. American Psychiatric Publishing Inc. 2nd Edition 2002.

---

 Αθήνα, 10/10/2008

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