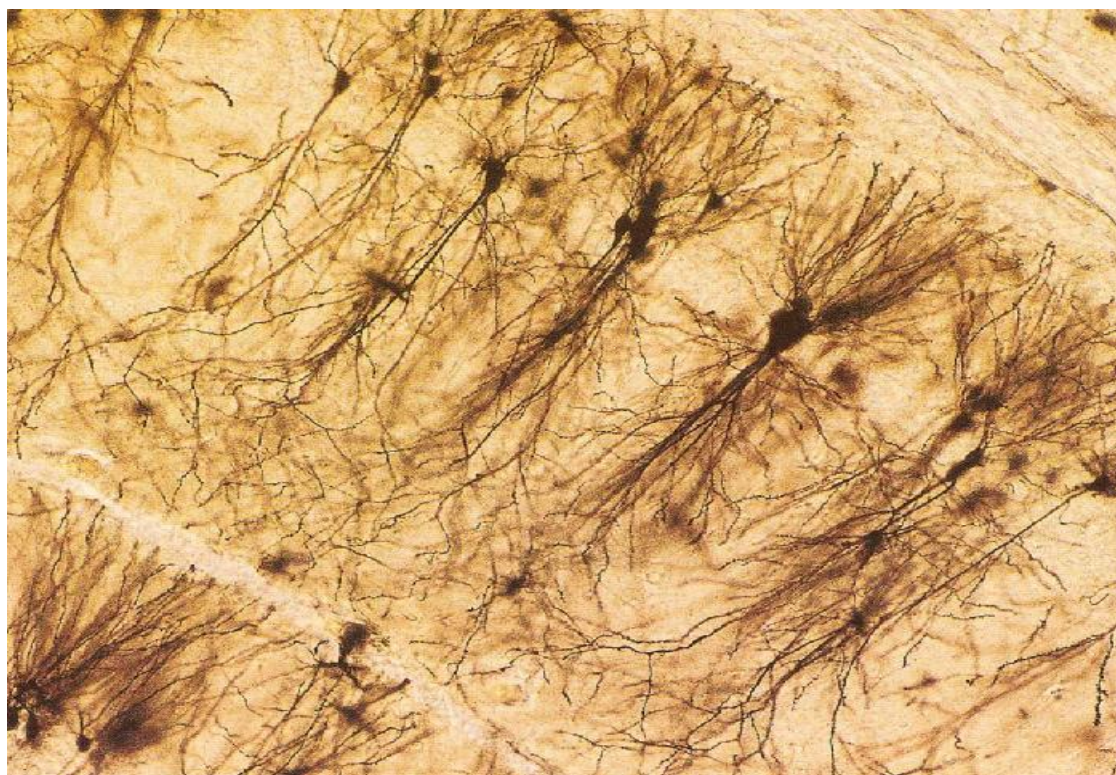


Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΩΝ
Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Πτυχιακή εργασία

"Ψυχικό τραύμα και μεταβιοχημικές διαταραχές"



*

ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ
Βανταράκης Σπυρίδων

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ
Δρ. Θεοδωρακοπούλου Γεωργία

Πάτρα 2008

* Η εικόνα του εξωφύλλου είναι από:

Kandel E, Schwartz J, Jessell T. Νευροεπιστήμη και συμπεριφορά. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης. ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2005:659.

(Με τη χρώση Golgi αποκαλύπτεται η πλούσια διακλάδωση των δενδριτών των πυραμοειδών κυττάρων στον ιππόκαμπο. Ο ιππόκαμπος έχει μεγάλη σημασία για την αποθήκευση της έκδηλης μνήμης, ενώ οι συνάψεις στα πυραμιδοειδή κύτταρα του ιπποκάμπου είναι δυνατόν να μεταβληθούν σημαντικά ως προς την αποτελεσματικότητά τους, η πλαστικότητα αυτή πιστεύεται ότι συμβάλλει στην αποθήκευση της μνήμης.)¹³

Περιεχόμενα

Πρόλογος	4
Εισαγωγή-Σκοπός.....	5

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1. Ορισμοί	6
2. Επίπτωση-Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά	7
2.1. Επίπτωση σε Επαγγελματίες Υγείας Επείγουσας Βοήθειας (ΕΥΕΒ)	11
2.1.1. Ψυχοτραυματικά συμπτώματα σε Επαγγελματίες Υγείας Επείγουσας Βοήθειας (ΕΥΕΒ)	12
3. Αιτιολογία.....	14
4. Παθογενετικοί μηχανισμοί.....	17
4.1. Τα αποτελέσματα της έκκρισης αδρεναλίνης μετά από κάποιο ερέθισμα. (Συμπτώματα).....	19
5. Διάγνωση	22
5.1. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ)	22
6. Διαφορική διάγνωση	26
7. Συμπτωματολογία.....	28
7.1. Υπερδιέγερση	28
7.2. Παρεμβολή	28
7.3. Συρρίκνωση.....	29
7.4. Ψυχοσωματικά συμπτώματα	30
8. Θεραπεία.....	31
8.1. Φαρμακοθεραπεία	31
8.2. Ψυχοθεραπεία.....	32
8.2.1. Behavior therapy - Θεραπεία συμπεριφοράς.....	33
8.2.2. Psychodynamics - Ψυχοδυναμική θεραπεία	33
8.2.3. Psychoanalysis – Ψυχανάλυση	34
8.2.4. Group psychotherapy - Ομαδική ψυχοθεραπεία.....	35
9. Πρόγνωση	36

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

1. Νοσηλευτικές απόψεις και πρακτικές	38
1.1. Νοσηλευτικές επισημάνσεις.....	38
1.2. Νοσηλευτικές διαδικασίες στην αγωγή ψυχικής υγείας	39
2. Πρόληψη (Πρωτογενής, Δευτερογενής, Τριτογενής) - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις	44
2.1. Πρωτογενής πρόληψη	44
2.2. Δευτερογενής πρόληψη	45
2.3. Τριτογενής πρόληψη	45
3. Νοσηλευτική φροντίδα και αντιμετώπιση (Εκτίμηση - Διάγνωση - Σκοποί - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις - Αξιολόγηση).....	47
4. Αποκατάσταση	54
5. Επίλογος - Συμπεράσματα	56
Βιβλιογραφία :	57

Πρόλογος

Το (ψυχικό) τραύμα είναι ένα διαβρωτικό γεγονός της σύγχρονης ζωής. Οι περισσότεροι από εμάς έχουν τραυματιστεί - και όχι μόνο οι στρατιώτες ή όσοι υπήρξαν θύματα εκμετάλλευσης ή επίθεσης.¹

Το 1980, η Αμερικανική Εταιρία Ψυχιατρικής, περιέλαβε στο επίσημο εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών μια νέα κατηγορία, την «διαταραχή μετατραυματικού στρες».²

Σήμερα, φαίνεται ότι η μελέτη του ψυχικού τραύματος έχει πλέον θεσμοθετηθεί ως πεδίο έρευνας. Πριν είκοσι - τριάντα χρόνια, η βιβλιογραφία ήταν μόνο λίγοι τόμοι έρευνας που μούχλιαζαν στις βιβλιοθήκες. Τώρα, κάθε μήνα, εκδίδονται νέα βιβλία, νέες ανακαλύψεις από έρευνες, γίνονται συζητήσεις στα μέσα μαζικής ενημέρωσης.²

Αυτό αποδεικνύει την συνειδητοποίηση της σοβαρότητας του θέματος από την επιστημονική κοινότητα στην εποχή μας.

Για την επίτευξη της παρούσας εργασίας, σημαντική βοήθεια είχα από τον αδελφό μου σύμβουλο ψυχικής υγείας/ψυχοθεραπευτή Βανταράκη Εμμανουήλ, τον οποίον ευχαριστώ θερμά για τις πολύτιμες κατευθυντήριες γραμμές που μου προσέφερε.

Εισαγωγή-Σκοπός

Από το δρόμο του κανονικού ανθρώπου δε λείπουν οι δοκιμασίες: σκοντάφτει στις πέτρες, γρατζουνιέται από τους βάλτους, ταλαντεύεται στα επικίνδυνα περάσματα και τελικά πορεύεται μολαταύτα. Ο δρόμος του ψυχικά τραυματισμένου, αντιθέτως, είναι κομμένος. Υπάρχει ένα χάσμα, μια καθίζηση που οδηγεί στον γκρεμό. Όταν ο τραυματισμένος σταματάει και γυρίζει πίσω, γίνεται αιχμάλωτος του παρελθόντος του, οπαδός του όλα ή τίποτα, εκδικητικός ή σαγηνευμένος από την εγγύτητα του που ανακάμπτει, αφού έχει σταματήσει, παίρνει ένα παράπλευρο μονοπάτι. Πρέπει να ανοίξει ένα νέο πέραςμα, έχοντας στο νου του το χείλος του γκρεμού. Ο κανονικός περιπατητής μπορεί να γίνει δημιουργικός, ενώ εκείνος που ανακάμπτει είναι υποχρεωμένος να γίνει δημιουργικός.³

Σκοπός και σκεπτικό της παρούσας εργασίας, είναι να γνωρίσουμε στο πρώτο μέρος της εργασίας, τι είναι το ψυχικό τραύμα και ποιες είναι οι μετατραυματικές διαταραχές, την επίπτωση και τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά γενικότερα, καθώς επίσης και ειδικότερα την επίπτωση του στρες στους Επαγγελματίες Υγείας Επείγουσας Βοήθειας, την αιτιολογία και τους παθογενετικούς μηχανισμούς, την διάγνωση και την διαφορική διάγνωση, την συμπτωματολογία, την θεραπεία, καθώς και την πρόγνωση του ψυχικού τραύματος και των μετατραυματικών διαταραχών. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, θα ασχοληθούμε με τις νοσηλευτικές απόψεις και πρακτικές στο θέμα, με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην πρόληψη (σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή επίπεδο) στην αντιμετώπιση, καθώς και στην αποκατάσταση του ψυχικού τραύματος και των μετατραυματικών διαταραχών.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

1. Ορισμοί

Trauma psychic - τραύμα ψυχικό: Στην ψυχιατρική, μία σημαντική εμπειρία που προκαλεί αναστάτωση ή ένα γεγονός που μπορεί να προκαλέσει ή να επιδεινώσει μία ψυχική διαταραχή.⁴

Ψυχικό τραύμα είναι το γεγονός της ζωής που η έντασή του δεν επιτρέπει στο άτομο να απαντήσει με τρόπο ικανοποιητικό, με αποτέλεσμα την πρόκληση μίας σοβαρής διαταραχής με μακροχρόνιες παθολόγες επιπτώσεις για την ψυχική του οργάνωση.

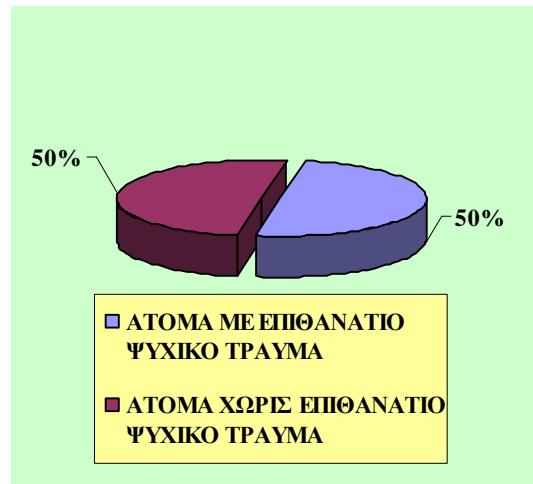
Ο ψυχικός τραυματισμός χαρακτηρίζεται από μία σειρά υπερβολικών ερεθισμάτων στον ψυχισμό του ατόμου, που ξεπερνούν τη δυνατότητά του να τα ελέγξει και να τα επεξεργαστεί.⁵

Post-traumatic stress disorder - διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό stress: Αγχώδης διαταραχή που συμβαίνει μετά και σαν αποτέλεσμα από ένα γεγονός που ταραξεί τη ζωή του αρρώστου (π.χ. στη μάχη). Η διαταραχή μπορεί να είναι οξεία, χρόνια ή καθυστερημένη και συνίσταται σε επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος.⁴

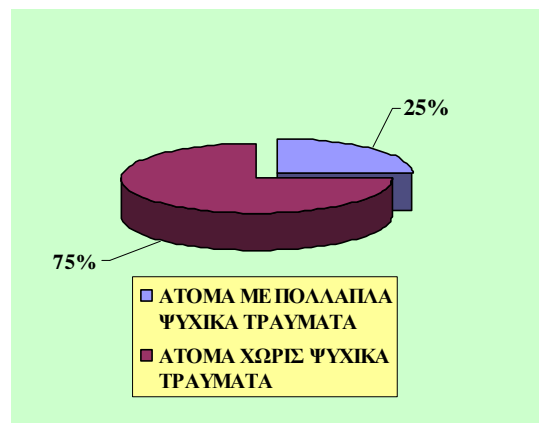
2. Επίπτωση-Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Όταν φτάσει στο τέλος της ζωής του, ένα άτομο στα δύο (από τον γενικό πληθυσμό), έχει υποστεί ένα γεγονός που μπορεί να χαρακτηριστεί (ψυχικός) τραυματισμός, ένα πλήγμα που το έφερε κοντά στο θάνατο. Ένα άτομο στα τέσσερα έχει αντιμετωπίσει πολλά (ψυχικά) τραυματικά γεγονότα. Ένα άτομο στα δέκα δεν έχει καταφέρει να απαλλαγεί από τον ψυχοτραυματισμό του (έχουν υποστεί εγκλωβισμό). Πράγμα που σημαίνει ότι τα άλλα, παλεύοντας και εντασσόμενα στην κοινωνία, έχουν καταφέρει να ξαναράψουν τη διαρρηγμένη προσωπικότητά τους και να ξαναπάρουν τη θέση τους στην ανθρώπινη περιπέτεια (ψυχική ανάκαμψη).³

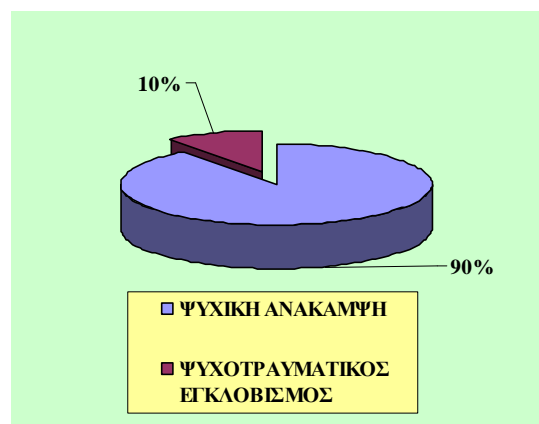
Γραφήματα :



3.Επιθανάτιο ψυχικό τραύμα.



2.Πολλαπλά ψυχικά τραύμα.



3.Ψυχική ανάκαμψη.

Η σοβαρότητα ενός τραυματικού γεγονότος δεν μπορεί να μετρηθεί μόνο ποσοτικά, διότι αυτό οδηγεί σε λάθος σύγκριση μεταξύ των διαφόρων εμπειριών τρόμου. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου το άτομο έχει μεγαλύτερο κίνδυνο να υποστεί βλάβη. Είναι οι περιπτώσεις όπου υφίσταται ξαφνική επίθεση, παγιδεύεται ή βρίσκεται εκτεθειμένο μέχρις εξαντλήσεως. Επίσης, μεγαλύτερο κίνδυνο βλάβης υπάρχει όταν το τραυματικό γεγονός περιλαμβάνει σωματική παραβίαση ή βλάβη, υπερβολική βία, ή όταν το άτομο υποχρεώνεται να παρακολουθήσει ένα βίαιο θάνατο. Σε κάθε μία από αυτές τις περιπτώσεις, κύριο χαρακτηριστικό του τραυματικού γεγονότος είναι ότι προκαλεί αδυναμία και τρόμο.²

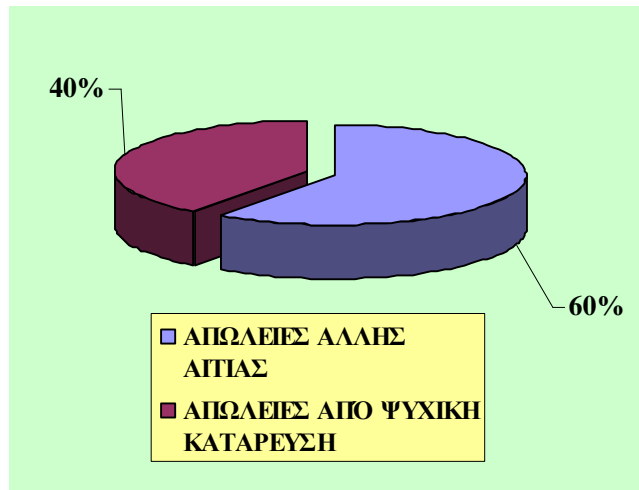
Κατά τη διάρκεια μίας μαζικής καταστροφής συναντάμε παράλληλα με τα σωματικά και τα ψυχολογικά τραύματα. Οι συνέπειες ενός ψυχολογικού τραύματος είναι τόσο σημαντικές που μακροπρόθεσμα μπορούν ακόμη και να ξεπεράσουν σε θνησιμότητα αυτές των σωματικών τραυμάτων για τα θύματα και τους διασώστες.

Πριν από την καταστροφή το κύριο συναίσθημα που διακατέχει τον πληθυσμό είναι η ανασφάλεια. Η κατάσταση γίνεται τραγικότερη στον πόλεμο. Κάθε σκέψη για πολεμική σύρραξη μεταμορφώνεται σε ένα ολοκαύτωμα με χιλιάδες νεκρούς και τραυματίες. Η ψυχοθεραπεία από τον επικείμενο πόλεμο αυξάνεται, επειδή ο ανθρώπινος νους δεν μπορεί να δικαιολογήσει αυτή την ξαφνική και μαζική απώλεια συνανθρώπων.

Στις φυσικές καταστροφές τα πράγματα είναι πιο εύκολα, γιατί ο άνθρωπος «δικαιολογεί» την καταστροφή σαν μία πράξη της μοίρας ή σαν αποτέλεσμα απλής τύχης. Σε άλλη περίπτωση, όταν αυτή η φυσική καταστροφή είναι επαναλαμβανόμενη, ο πληθυσμός προσαρμόζεται κοινωνικά. Και εκεί όμως δεν λείπουν οι αντιδράσεις. Επειδή τα σημάδια της καταστροφής προϋπάρχουν (π.χ. τυφώνας), εντείνεται η ανησυχία και το άγχος και τα άτομα αντιδρούν ποικιλοτρόπως. Πολλοί αντιδρούν σαν

να έγινε κιάλας η καταστροφή. Άλλοι γίνονται πιο δραστήριοι, ενώ μερικοί στη σκέψη της καταστροφής, χάνουν την αυτοπροστασία τους και οδηγούνται σε καταστολή. Όσο πλησιάζει η ώρα, τόσο η αντίδραση εντείνεται. Η μαζική υστερία που μπορεί να επακολουθήσει λαμβάνει επιδημικές διαστάσεις και χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματά της ειδικά σε περιπτώσεις που το αίτιο της μαζικής καταστροφής, όπως σε ένα περιστατικό με ραδιοβιολογικές-χημικές ουσίες (PBX) είναι άγνωστο τις (πρώτες ώρες), προκαλούν μεγάλες περιόδους αβεβαιότητας και κοινωνικού αναβρασμού, ακόμη και αν δεν υπάρχει σαφής κλινική, εργαστηριακή ή άλλου είδους επιβεβαίωση.⁶

Με τις καταστροφές του Α΄ Παγκοσμίου Πολέμου, η κοινή γνώμη αναγκάστηκε να επανέλθει στην πραγματικότητα του ψυχικού τραύματος.² Μαζί με τις άλλες καταστροφές που έφερε ο πόλεμος, διέλυσε και την ψευδαίσθηση της ανδρικής τιμής και δόξας από την συμμετοχή στον πόλεμο. Μεγάλος αριθμός ανδρών οι οποίοι ήταν συνεχώς εκτεθειμένοι στη φρίκη του πολέμου μέσα στα χαρακώματα, άρχισαν να καταρρέουν. Περιορισμένοι στα χαρακώματα, ανήμποροι, με τη συνεχή απειλή του θανάτου, υποχρεωμένοι να βλέπουν τον ακρωτηριασμό και το θάνατο των συντρόφων τους, χωρίς ελπίδα ανάπαυλας, πολλοί στρατιώτες άρχισαν να συμπεριφέροντε σαν υστερικές γυναίκες. Ούρλιαζαν και έκλαιγαν ανεξέλεγκτα. Πάγωναν και δεν μπορούσαν να κουνηθούν. Έχαναν τη φωνή τους, δεν αντιδρούσαν. Έχαναν τη μνήμη τους και τη δυνατότητα να αισθάνονται. Σύμφωνα με ένα υπολογισμό, οι απώλειες των Βρετανών στον πόλεμο οφείλονταν κατά 40% σε ψυχική κατάρρευση. Οι στρατιωτικές αρχές προσπάθησαν να αποκρύψουν τα ψυχιατρικά περιστατικά διότι αυτά επηρέαζαν τον πληθυσμό.²



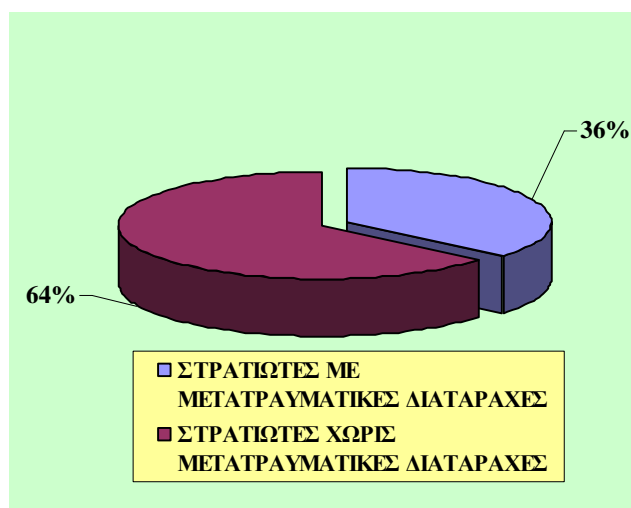
Γράφημα : 4. Απώλειες Βρετανών στρατιωτών από ψυχική κατάρρευση.

Σύμφωνα με μία έκθεση, 80% των Αμερικανών πολεμιστών που υπέστησαν οξύ στρες κατά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, επέστρεψαν σε κάποια υπηρεσία, συνήθως μετά από μία εβδομάδα. Τελικά 30% επέστρεψαν σε μονάδες μάχης. Οι αρχές δεν έδωσαν μεγάλη προσοχή στην τύχη αυτών των ανθρώπων αφού επέστρεψαν στα σπίτια τους μετά τον πόλεμο. Εφόσον μπορούσαν να λειτουργούν έστω σε κάποιο ικανοποιητικό βαθμό, θεωρήθηκε ότι είχαν θεραπευτεί.²

Μετά τον πόλεμο του Βιετνάμ, η Διοίκηση των Βετεράνων έδωσε εντολή για ολοκληρωμένες έρευνες σχετικά με τις επιπτώσεις που είχαν οι εμπειρίες του πολέμου πάνω στη ζωή των βετεράνων. Μία πεντάτομη μελέτη για την κληρονομιά του Βιετνάμ όριζε το σύνδρομο της διαταραχής μετα-τραυματικού στρες και αποδείκνυε πέρα από κάθε αμφισβήτηση την άμεση σχέση του με την ενεργό συμμετοχή των ασθενών σε μάχες.²

Σε μία έρευνα σε εθνική κλίμακα (στην Αμερική) για την επανένταξη των βετεράνων του Βιετνάμ, έγινε σύγκριση στρατιωτών που πολέμησαν στο Βιετνάμ με στρατιώτες που δεν είχαν σταλεί στο πεδίο

της μάχης, καθώς και με αντίστοιχο δείγμα πολιτών. Δεκαπέντε χρόνια μετά τον τερματισμό του πολέμου, πάνω από ένα τρίτο (36 %) των βετεράνων οι οποίοι είχαν συμμετάσχει σε σκληρές μάχες, εξακολουθούσαν να πάσχουν από διαταραχή μετα-τραυματικού στρες.²



Γράφημα : 5. Βετεράνοι στρατιώτες μετά το τέλος του πολέμου.

2.1. Επίπτωση σε Επαγγελματίες Υγείας Επείγουσας Βοήθειας (EYEB)

Επαγγελματικό άγχος θεωρείται οποιαδήποτε κατάσταση κατά την οποία ένας ή περισσότεροι παράγοντες από τον χώρο της εργασίας διαταράσσουν την ψυχολογική ή σωματική ισορροπία του εργαζομένου. Το επαγγελματικό άγχος επηρεάζει την παραγωγή και την οικονομία, καθώς προκαλεί απουσίες, λάθη, οικογενειακά και προσωπικά προβλήματα (αλκοολισμός, καρδιοπάθειες ή ψυχικές ασθένειες).⁷

Οι (EYEB) είναι ευάλωτοι από το stress της επαγγελματικής τους ζωής. Γι' αυτό πρέπει να μάθουν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα του stress, ώστε τόσο η εργασία τους όσο και η ιδιωτική τους ζωή, να μην επηρεάζονται από αυτό. Τα σημεία και τα συμπτώματα του χρόνιου stress πιθανόν να μην είναι φανερά από την αρχή, γιατί τότε δεν είναι

συνεχή ούτε έντονα. Η ύπαρξη μεγάλου stress φαίνεται από τα παρακάτω:

2.2. Ψυχοτραυματικά συμπτώματα σε Επαγγελματίες Υγείας Επείγουσας Βοήθειας (ΕΥΕΒ)

1. Οξυθυμία.
2. Έλλειψη ενθουσιασμού (απάθεια).
3. Χρόνια κόπωση.
4. Αίσθημα ότι δεν γίνονται αποδεκτοί από τους άλλους.
5. Αϋπνίες.
6. Υπερβολική κατανάλωση ποτών.
7. Λήψη ναρκωτικών.
8. Μειωμένη κοινωνική δραστηριότητα.
9. Αλλαγή στην όρεξη.
10. Επιθυμία για παραίτηση από την εργασία.
11. Σωματικά ενοχλήματα (πονοκέφαλοι, γαστρεντερικές διαταραχές).
12. Άκαμπος τρόπος σκέψης.

Οποιοδήποτε από αυτά τα συμπτώματα μπορεί να υποδηλώνει χρόνια stress. Οι (ΕΥΕΒ) θα πρέπει να τα αναγνωρίσουν και να φροντίσουν να αντιμετωπίσουν την αιτία τους. Θα πρέπει να συζητήσουν με συναδέλφους τους, πολλοί από τους οποίους θα έχουν παρόμοιες εμπειρίες. Τέτοιες συζητήσεις ίσως είναι αρκετές για την επίλυση του προβλήματος, αφού ο (ΕΥΕΒ) θα καταλάβει πόσο κοινά είναι αυτά τα

συμπτώματα. Εάν επιμένουν να γίνονται πιο έντονα, τότε ο (EYEB) θα ζητήσει επαγγελματική καθοδήγηση από ειδικό σύμβουλο ή από γιατρό. Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων του χρόνιου stress είναι πολύ σπουδαία, διότι η επίλυση τους είναι ευκολότερη. Παραμελημένα συμπτώματα stress θα συντελέσουν ώστε η επίλυσή να είναι πάρα πολύ δύσκολη.⁸

3. Αιτιολογία

Το τραυματικό σοκ εμφανίζεται όταν βιώνουμε απειλητικά για τη ζωή μας γεγονότα, που καταστéλλουν την ικανότητά μας να ανταποκριθούμε αποτελεσματικά.¹

Κάποιο συνταρακτικό γεγονός, εξάλλου, μπορεί να προκαλέσει ένα τραυματικό άγχος, μιαν αγχώδη κατάσταση, που να έχει όλα τα χαρακτηριστικά της αγχώδους νευρώσεως.⁹

Όταν έρθουμε αντιμέτωποι με μία εξαιρετικά στρεσογόνο εμπειρία όπως είναι μία φυσική καταστροφή, ή ένα σοβαρό ατύχημα, κινητοποιούνται όλες μας οι δυνάμεις για να την ξεπεράσουμε. Ως τραυματική μπορεί όμως να βιωθεί ακόμα και μία εμπειρία όπως μία δύσκολη γέννα, ή η απώλεια εργασίας. Αλλά και γενικότερα, ένα περιβάλλον από το οποίο η αγάπη απουσιάζει ή η απόρριψη κυριαρχεί είναι πιθανό μακροπρόθεσμα να λειτουργήσει τραυματικά. Αν οι προσπάθειές μας να ξεπεράσουμε τα βιώματα αυτά δεν επαρκούν, τότε δημιουργούνται εσωτερικά «ρήγματα». Οι εμπειρίες εγγράφονται ανεξίτηλα στη μνήμη μας και προκαλούν «ψυχικά τραύματα».¹⁰

Τραυματικά γεγονότα, που το άτομο τα βιώνει άμεσα, μπορεί να είναι πολεμικές μάχες, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές, σωματικές, ληστείες), απαγωγές, ομηρία, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυλακίσεις ή στρατόπεδα συγκεντρώσεως, φυσικές ή τεχνητές καταστροφές, σοβαρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή η διάγνωση μιας θανατηφόρας αρρώστιας. (Στα παιδιά, ακόμα και αναπτυξιακά απρόσφορες σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς βία, τραυματισμό ή απειλή).

Τραυματικά γεγονότα, στα οποία το άτομο μπορεί να ήταν μάρτυρας, μπορεί να είναι το να δει τον σοβαρό τραυματισμό ή τον θάνατο ενός ατόμου που να προήλθε από βίαια επίθεση, ατύχημα, πόλεμο

ή φυσική καταστροφή ή να δει ξαφνικά ένα νεκρό ή μέλος νεκρού ατόμου.¹¹

Το να είναι κανείς μάρτυρας ενός ανθρώπινου μακελειού, ιδιαίτερα όταν αυτό συμβαίνει σε μόνιμη βάση, έχει το δικό του τίμημα και είναι συχνά το ίδιο τραυματικό όσο να το βιώνεις ο ίδιος.¹

Το γεγονός ότι η παραμονή στο νοσοκομείο και οι ιατρικές επεμβάσεις έχουν συνήθως τραυματικά αποτελέσματα προκαλεί έκπληξη σε πολλούς ανθρώπους. Οι τραυματικές συνέπειες από την παρατεταμένη παραμονή σε νοσοκομείο και ιδιαίτερα οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι συχνά μακρόχρονες και σοβαρές. Ακόμη και όταν το άτομο μπορεί να κατανοήσει ότι μία επέμβαση είναι απαραίτητη και παρόλο που βρίσκεται υπό αναισθησία καθώς ο χειρουργός κόβει σάρκα, μυς και οστά, όλα αυτά εγγράφονται στο σώμα του ως απειλητικό για τη ζωή του συμβάν. Στο «μοριακό επίπεδο» το σώμα αντιλαμβάνεται ότι υπέστη ένα πλήγμα αρκετά σοβαρό που το έθεσε σε θανάσιμο κίνδυνο. Νοητικά μπορεί μεν να πιστεύουμε στην επέμβαση, αλλά σε ένα αρχέγονο επίπεδο το σώμα μας δεν το πιστεύει. Σε ότι αφορά το τραύμα, η άποψη του ενστικτώδους νευρικού συστήματος έχει μεγαλύτερη βαρύτητα - πολύ μεγαλύτερη. Αυτό το βιολογικό δεδομένο εξηγεί σε μεγάλο βαθμό γιατί το χειρουργείο προκαλεί συχνά μία μετατραυματική αντίδραση.¹

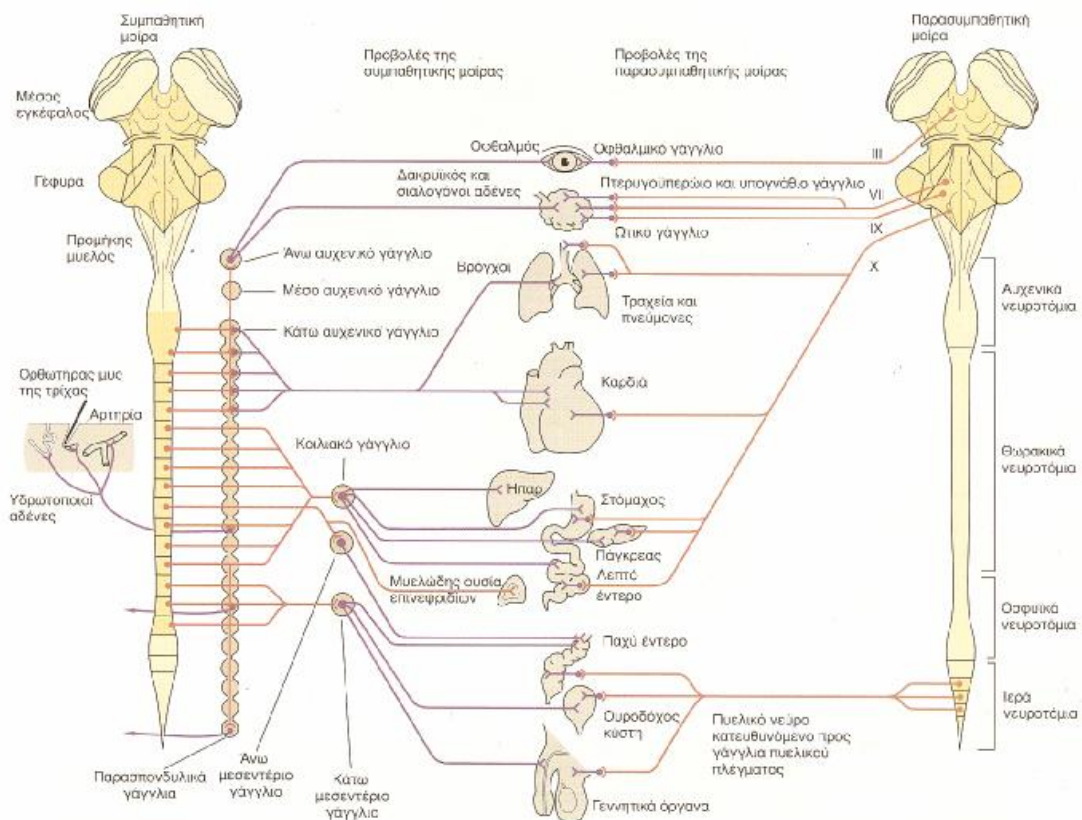
Οποσδήποτε το βασικό αιτιολογικό γεγονός που οδηγεί στη Διαταραχή Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ), είναι το στρεσογόνο τραύμα. Καθώς όμως, δεν παθαίνουν (ΔΜΨΣ) όλα τα άτομα που βιώνουν ένα μείζον τραυματικό γεγονός, θα πρέπει να συμβάλουν και άλλοι παράγοντες. Ως τέτοιοι θεωρούνται η ηλικία του ατόμου (τα παιδιά π.χ. είναι πιο ευάλωτα), ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, ανεπαρκή ή κακά κοινωνικά στηρίγματα, οικογενειακό ιστορικό (θετικό για ΔΜΨΣ), εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, η προσωπικότητα του ατόμου και κυρίως η βαρύτητα και διάρκεια του

τραυματικού γεγονότος και η εγγύτητα του ατόμου προς αυτό (όσο πιο μεγάλες είναι, τόσο πιο μεγάλη η πιθανότητα ανάπτυξης ΔΜΨΣ). Έτσι, (ΔΜΨΣ) μπορεί να αναπτυχθεί σε άτομα που δεν έχουν κανένα άλλο προδιαθεσικό γνώρισμα, εφόσον το στρεσογόνο γεγονός είναι ακραίου βαθμού.¹¹

Καθοριστικός παράγοντας για την ψυχική βλάβη είναι η μορφή του ίδιου του τραυματικού γεγονότος. Μπροστά σε τραυματικά γεγονότα δεν παίζουν ρόλο τα ξεχωριστά χαρακτηριστικά της κάθε προσωπικότητας. Όσο πιο μεγαλύτερη διάρκεια έχει το τραυματικό γεγονός, τόσο μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού εκδηλώνει συμπτώματα διαταραχής μετα-τραυματικού στρες.²

4. Παθογενετικοί μηχανισμοί

Η σαφής γνώση της λειτουργίας του νευρικού συστήματος, μας βοηθά να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά του ατόμου, αφού η καλή ή η κακή λειτουργία των μερών από τα οποία αυτό αποτελείται μας καθορίζουν στην ουσία, τις οργανικές - αντανακλαστικές, αλλά και ψυχικές, ανώτερες δημιουργικές αντιδράσεις μας.¹²



Εικόνα : 1. Το αυτόνομο νευρικό σύστημα.¹³

Οι φυσιολογικές μεταβολές οι οποίες συνοδεύουν τις συναισθηματικές καταστάσεις, εκδηλώνονται συνήθως με εφίδρωση, ξηρότητα του στόματος, σύσπαση του στομάχου, ταχεία αναπνοή, ταχύ καρδιακό ρυθμό και τάση των μυών. Οι περισσότερες από τις μεταβολές αυτές προκαλούνται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα είναι κυρίως εκτελεστικό σύστημα. Με βάση τις λειτουργίες του - έλεγχος των λείων μυών, του καρδιακού μυός και των εξωκρινών αδένων - διαφέρει από το σωματοκινητικό σύστημα, το οποίο ελέγχει τους σκελετικούς μυς. Οι αρχές οι οποίες διέπουν την ανατομική οργάνωση τόσο του σωματικού όσο και του αυτόνομου κινητικού συστήματος, είναι όμοιες και τα δύο συστήματα λειτουργούν παράλληλα για να προσαρμόσουν το σώμα στις περιβαλλοντικές αλλαγές.

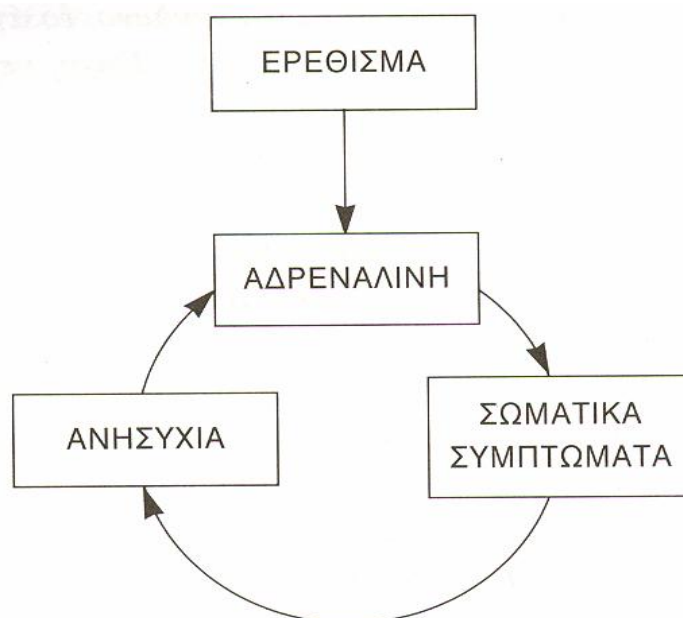
Παρ' όλα αυτά, τα δύο συστήματα διαφέρουν σε ένα σημαντικό σημείο: Οι περισσότερες κινήσεις που προκαλούνται από το σωματοκινητικό σύστημα, υπόκεινται στον έλεγχο της βούλησης, ενώ οι περισσότερες αυτόνομες προσαρμογές είναι αντανακλαστικές. Πράγματι, ο όρος αυτόνομος σημαίνει αυτορρυθμιζόμενος. Επί πλέον, οι αυτόνομες προσαρμογές δεν είναι συνήθως συνειδητές. Για τον λόγο αυτόν, το αυτόνομο νευρικό σύστημα ονομάζεται συχνά ακούσιο κινητικό σύστημα, σε αντίθεση με το εκούσιο (σωματικό) κινητικό σύστημα. Εν τούτοις, οι διαφορές στον εκούσιο έλεγχο μεταξύ των δύο συστημάτων είναι σχετικές και όχι απόλυτες.

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα διαιρείται σε τρεις κύριες μοίρες: στη συμπαθητική, στην παρασυμπαθητική και στην εντερική. Εδώ, το ενδιαφέρον μας εστιάζεται μόνο στις δύο πρώτες μοίρες (Εικόνα 1). Η συμπαθητική μοίρα ελέγχει την αντίδραση μάχης ή φυγής, ενώ η παρασυμπαθητική μοίρα εποπτεύει την ανάπαυση και την πέψη. Σε κατάσταση ανάγκης, το σώμα πρέπει να αντιδράσει σε μία αιφνίδια αλλαγή του εξωτερικού ή του εσωτερικού περιβάλλοντος, όπως σε μία μάχη, σε ένα αθλητικό αγώνισμα, σε σοβαρή αλλαγή θερμοκρασίας ή σε απώλεια αίματος. Για να αντιδράσουν με ταχύτητα στο εξωτερικό περιβάλλον, όπως π.χ. στον φόβο κατά την διάρκεια της μάχης, ο υποθάλαμος και το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, προκαλούν αύξηση

της συμπαθητικής επίδρασης στην καρδιά και στα άλλα σπλάχνα, στα περιφερικά αγγεία και στους ιδρωτοποιούς αδένες, καθώς και στους ορθωτήρες μυς των τριχών και στους μυς του οφθαλμού. Ο αυξημένος κατά λεπτό όγκος αίματος, η μεταβολή της θερμοκρασίας του σώματος και της στάθμης της γλυκόζης του αίματος, καθώς και η μύση, επιτρέπουν ταχείες αντιδράσεις σε πιθανές ενοχλητικές εξωτερικές συνθήκες. Αντιθέτως, το παρασυμπαθητικό σύστημα διατηρεί τον βασικό καρδιακό ρυθμό, την αναπνοή και τον μεταβολισμό υπό φυσιολογικές συνθήκες.¹³

Πειράματα σε ζώα έδειξαν ότι όταν μέσα στο αίμα υπάρχει μεγάλη ποσότητα αδρεναλίνης και άλλων στρεσογόνων ορμονών τα ίχνη της μνήμης αποτυπώνονται βαθειά.²

4.1. Τα αποτελέσματα της έκκρισης αδρεναλίνης μετά από κάποιο ερέθισμα. (Συμπτώματα)



Σχεδιάγραμμα : 1.

1. Περισσότερο αίμα κατευθύνεται προς τον εγκέφαλο ούτως ώστε να αυξηθεί η ποσότητα του οξυγόνου. Αύξηση της πίεσης (πονοκέφαλοι, ημικρανίες, βούισμα στα αφτιά κ.λπ.).
2. Ο μυϊκός τόνος αυξάνεται (προβλήματα εστίασης των ματιών, τρεμούλες, πιάσιμο του λαιμού και του κεφαλιού, μυϊκοί πόνοι, ρίγη, ανατριχίλες κ.λπ.).
3. Το πεπτικό σύστημα διαταράσσεται (πεταλούδες του στομάχου, ναυτία, εμετός, στομαχικές κράμπες, στεγνό στόμα, δυσκολία στην κατάποση κ.λπ.).
4. Διαταράσσεται η λειτουργία των εντέρων (διάρροια).
5. Οι πνεύμονες ανοίγουν για να πάρουν περισσότερο οξυγόνο (αίσθημα ασφυξίας, μείωσης της αναπνοής, καταναγκαστικός αναστεναγμός, τέντωμα του προσώπου, των χεριών ή όλου του σώματος κ.λπ.).
6. Η καρδιά λειτουργεί γρηγορότερα για να στείλει αίμα και οξυγόνο στους μυς και στον εγκέφαλο (ταχυκαρδία).
7. Αποπραγματοποίηση, αποπροσωποποίηση, παραισθήσεις (το άτομο μπορεί να πιστέψει ότι σημαντικές αλλαγές πραγματοποιούνται είτε εσωτερικά είτε εξωτερικά στο περιβάλλον: δεν αισθάνεται αληθινά τα πράγματα γύρω του, αισθήματα αποκοπής, ο κόσμος φαίνεται μακρινός κ.λπ.).¹⁴

Το σώμα αντιδρά βαθύτατα στο τραύμα. Τεντώνεται όντας σε ετοιμότητα, σφίγγεται από φόβο, παγώνει και καταρρέει όταν το άτομο στέκεται αβοήθητο μπροστά στον τρόπο. Όταν αυτή η προστατευτική αντίδραση του νου επανέρχεται στο φυσιολογικό επίπεδο και η αντίδραση του σώματος αναμένεται να επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα λειτουργίας μετά το συμβάν. Όταν όμως αυτή η διαδικασία

αποκατάστασης ανατρέπεται, οι συνέπειες του τραύματος παγιώνονται και το άτομο τραυματίζεται.¹

Αντιδρώντας στον κίνδυνο, ο οργανισμός μπορεί να παλέψει, να φύγει ή να παγώσει (ακινητοποιηθεί). Αυτές οι αντιδράσεις αποτελούν τμήμα ενός ενοποιημένου αμυντικού συστήματος. Όταν οι αντιδράσεις πάλης ή φυγής δεν είναι αποτελεσματικές, ο οργανισμός ενστικτωδώς συρρικνώνεται και κινείται προς την τελευταία επιλογή, την αντίδραση του παγώματος. Καθώς συρρικνώνεται, η ενέργεια που θα είχε εκφορτιστεί κατά την εφαρμογή των στρατηγικών της πάλης ή της φυγής, ενισχύεται και δεσμεύεται μέσα στο νευρικό σύστημα. Σε αυτή τη συναισθηματική και αγχώδη κατάσταση, η ματαιωθείσα αντίδραση πάλης μεταβάλλεται σε έκρηξη οργής, η ματαιωθείσα αντίδραση φυγής δίνει τη θέση της στην ανημπόρια.¹

5. Διάγνωση

Η Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ) αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή των άλλων. Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της (ΔΜΨΣ) είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταρασσουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μία αίσθηση απομάκρυνσης/ αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος.

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV^(*) της (ΔΜΨΣ) παρουσιάζονται παρακάτω.

(*DSM-IV είναι οδηγός διαγνωστικής και στατιστικής μέτρησης των ψυχικών διαταραχών, που έχει δημιουργηθεί από την ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ.)

5.1. Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή Μετά από Ψυχοτραυματικό Στρες (ΔΜΨΣ)

1. Το άτομο έχει εκτεθεί σ' ένα τραυματικό γεγονός κατά το οποίο και τα δύο από τα παρακάτω ήταν παρόντα:
 - I. Το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο μ' ένα γεγονός ή γεγονότα τα οποία συνεπάγονταν πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή των άλλων.

- II.** Η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο, αίσθημα ανημπόριας ή τρόμο/φρίκη. **Σημείωση:** Στα παιδιά, αυτό μπορεί να εκφράζεται με αποδιοργανωμένη ή διεγερτική συμπεριφορά.
2. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με έναν (ή περισσότερους) από τους παρακάτω τρόπους:
- I.** Επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του γεγονότος που εισβάλλουν και προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή. **Σημείωση:** Σε μικρά παιδιά, μπορεί να γίνονται επαναλαμβανόμενα παιχνίδια στα οποία εκφράζονται θέματα ή πτυχές που αφορούν το τραύμα.
- II.** Επαναλαμβανόμενα όνειρα του γεγονότος που προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή. **Σημείωση:** Σε παιδιά μπορεί να υπάρχουν τραυματικά όνειρα χωρίς αναγνωρίσιμο περιεχόμενο.
- III.** Το άτομο δρα ή νιώθει σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός (περιλαμβάνει αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και διασχιστικά flashback επεισόδια, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που συμβαίνουν στην αφύπνιση ή όταν το άτομο βρίσκεται σε τοξίκωση). **Σημείωση:** Σε μικρά παιδιά, μπορεί να γίνονται ειδικά σχετιζόμενες με το τραύμα αναπαραστάσεις.
- IV.** Έντονη ψυχολογική ενόχληση και αναταραχή κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
- V.** Φυσιολογική αντιδραστικότητα (διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος) κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος.

3. Επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα και μούδιασμα της γενικής απαντητικότητας (που δεν είναι παρόντα πριν το τραύμα), όπως φαίνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:
- I. Προσπάθειες ν' αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που συνδέονται με το τραύμα.
 - II. Προσπάθειες ν' αποφύγει δραστηριότητες, μέρη ή ανθρώπους που ξυπνούν αναμνήσεις του τραύματος.
 - III. Ανικανότητα να θυμηθεί μία σημαντική πλευρά του τραύματος.
 - IV. Έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες.
 - V. Αίσθημα απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης ή αποξένωσης από τους άλλους.
 - VI. Περιορισμένο εύρος συναισθήματος (π.χ. ανικανότητα του ατόμου να έχει συναισθήματα αγάπης).
 - VII. Αίσθηση βράχυνσης του μέλλοντος (π.χ. το άτομο δεν περιμένει ότι θα κάνει καριέρα, ότι θα παντρευτεί, ότι θα κάνει παιδιά ή ότι θα έχει μία φυσιολογική διάρκεια ζωής).
4. Επίμονα συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας (που δεν είναι παρόντα πριν από το τραύμα) όπως φαίνεται από δύο (περισσότερα) από τα παρακάτω:
- I. Δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος(η).
 - II. Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού.
 - III. Δυσκολία στη συγκέντρωση.
 - IV. Υπερεπαγρύπνηση.
 - V. Αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος.
5. Η διάρκεια της διαταραχής (συμπτώματα στα Κριτήρια 2, 3 και 4) είναι μεγαλύτερη από 1 μήνα.

6. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Προσδιορίστε αν:

Οξεία: αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρότερη από 3 μήνες.

Χρόνια: αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 3 μήνες ή περισσότερο.

Προσδιορίστε αν:

Με Καθυστερημένη Έναρξη: αν η έναρξη των συμπτωμάτων είναι τουλάχιστον 6 μήνες μετά το στρεσογόνο γεγονός.¹¹

Κανονικά δεν πρέπει ποτέ να γίνεται διάγνωση άγχους ως συμπτωματικού μιας ψυχιατρικής διαταραχής, προτού διερευνηθεί προσεκτικά η πιθανότητα μιας οργανικής σωματικής διαταραχής.⁹

6. Διαφορική διάγνωση

Η διαφορική διάγνωση της Διαταραχής Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες θα γίνει από:

Διαταραχή της προσαρμογής. Στη διαταραχή αυτή δεν πληρούνται, βέβαια, τα κριτήρια για (ΔΜΨΣ) και επίσης ο τραυματικός στρεσογόνος παράγοντας δεν είναι ακραίος (π.χ. απώλεια εργασίας, εγκατάλειψη από σύζυγο).

Συμπτώματα αποφυγής, μουδιάσματος και αυξημένης διεγερσιμότητας, που είναι παρόντα πριν την έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα. Η διάγνωση δεν μπορεί να είναι (ΔΜΨΣ) και ο κλινικός θα οδηγηθεί στη διάγνωση άλλων διαταραχών π.χ. διαταραχή της διάθεσης ή άλλης αγχώδους διαταραχής όπως γενικευμένη αγχώδης διαταραχή ή διαταραχή πανικού. Από την άλλη μεριά αν η κλινική απάντηση του ατόμου στον ακραίο στρεσογόνο παράγοντα πληροί τα κριτήρια για **άλλη ψυχική διαταραχή** (π.χ. βραχεία ψυχωτική διαταραχή, διαταραχή μετατροπής, μείζων καταθλιπτική διαταραχή), τότε θα πρέπει να δοθεί η διάγνωση αυτή αντί ή επιπρόσθετα με τη διάγνωση της ΔΜΨΣ.

Διαταραχή από οξύ στρες. Θα δ.δ από τη (ΔΜΨΣ) με βάση το ότι η συμπτωματολογία παρουσιάζεται μέσα σε 4 εβδομάδες από το τραυματικό γεγονός και υποχωρεί μέσα σε μία περίοδο 4 εβδομάδων. Αν, βέβαια, τα συμπτώματα επιμένουν περισσότερο από 1 μήνα και πληρούν τα κριτήρια για (ΔΜΨΣ), τότε η διάγνωση αλλάζει σε (ΔΜΨΣ).

Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή. Σ' αυτή υπάρχουν επαναλαμβανόμενες σκέψεις που εισβάλλουν, όμως βιώνονται ως ακατάλληλες και δεν συνδέονται με κάποιο τραυματικό γεγονός.

Σχιζοφρένεια, άλλες ψυχωτικές διαταραχές, διαταραχή της διάθεσης με ψυχωτικά στοιχεία, παραλήρημα, διαταραχές

προκαλούμενες από ουσίες, ψυχωτικές διαταραχές οφειλούμενες σε γενική ιατρική κατάσταση (π.χ. τραύμα κεφαλής). Τα φαινόμενα διαταραχής της αντίληψης στη (ΔΜΨΣ) (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, flashbacks) πρέπει να δ.δ από παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις των διαταραχών αυτών, με βάση, βέβαια, την υπόλοιπη κλινική εικόνα της κάθε διαταραχής.

Υπόκριση. Θα πρέπει να αποκλεισθεί, εφόσον υπάρχουν στο προσκήνιο οικονομικές ή άλλες διεκδικήσεις.¹¹

7. Συμπτωματολογία

Τα πολλά συμπτώματα της διαταραχής μετα-τραυματικού στρες κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες. Ονομάζονται **υπερδιέγερση (hyperearousal)**, **παρεμβολή (intrusion)** και **συρρίκνωση (constriction)**. Η υπερδιέγερση υποδηλώνει την συνεχή αναμονή κινδύνου. Η παρεμβολή δείχνει την ανεξίτηλη σφραγίδα του τραυματικού γεγονότος. Η συρρίκνωση δείχνει την αντίδραση μούδιασματος που σημαίνει ότι το άτομο παραδίδεται, ότι καταθέτει τα όπλα.² Επίσης σοβαρή κατηγορία είναι και τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, με περίπλοκες επιπτώσεις.

7.1. Υπερδιέγερση

Μετά από ένα τραυματικό γεγονός, το ανθρώπινο σύστημα αυτοάμυνας φαίνεται να βρίσκεται σε συνεχή συναγερμό, σαν να πρόκειται ο κίνδυνος να επανέλθει οποιαδήποτε στιγμή. Η σωματική διέγερση συνεχίζεται αδιάπτωτη. Σ' αυτή την κατάσταση υπερδιέγερσης, που είναι και το πρώτο κύριο σύμπτωμα της διαταραχής μετα-τραυματικού στρες, το τραυματισμένο άτομο ξαφνιάζεται εύκολα, αντιδρά με εκνευρισμό σε ασήμαντες προκλήσεις, κοιμάται ανήσυχα.²

Άτομα με διαταραχή μετα-τραυματικού στρες δυσκολεύονται να κοιμηθούν, είναι πιο ευαίσθητα στη φασαρία και ξυπνούν συχνότερα κατά τη νύχτα. Πιθανών τα τραυματικά γεγονότα ρυθμίζουν ξανά από την αρχή το ανθρώπινο νευρικό σύστημα.²

7.2. Παρεμβολή

Αφού περάσει ο κίνδυνος, για πολύ καιρό το τραυματισμένο άτομο ξαναζει το γεγονός σαν να συμβαίνει συνεχώς στο παρόν. Δεν μπορεί να ξαναβρεί το φυσιολογικό ρυθμό της ζωής του, διότι το τραύμα

παρεμβαίνει επανειλημμένα. Είναι σαν ο χρόνος να έχει σταματήσει στη στιγμή του τραύματος. Η τραυματική στιγμή καταγράφεται σε μία αφύσικη μορφή μνήμης, η οποία έρχεται αυθόρμητη στη συνείδηση τόσο σαν στιγμιαία αναδρομή στο παρελθόν (flashback) κατά την εγρήγορση, όσο και σαν τραυματικός εφιάλτης κατά τον ύπνο. Μικρές, φαινομενικά ασήμαντες υπενθυμίσεις μπορούν να ξαναφέρουν αυτές τις αναμνήσεις, οι οποίες συχνά επανέρχονται με όλη τη ζωντάνια και τη συγκινησιακή ένταση του αρχικού γεγονότος.²

7.3. Συρρίκνωση

Όταν ένα άτομο είναι τελείως ανίσχυρο, όταν θεωρεί ότι οποιαδήποτε μορφή αντίστασης είναι άσκοπη, τότε είναι πιθανό να καταθέσει τα όπλα. Το σύστημα αυτοάμυνας διακόπτεται τελείως. Το ανίσχυρο άτομο ξεφεύγει από την κατάσταση όχι ενεργώντας μέσα στην πραγματικότητα, αλλά τροποποιώντας την συνειδησιακή κατάσταση. Ανάλογες καταστάσεις παρατηρούνται σε ζώα που «παγώνουν», όταν υφίστανται επίθεση.²

Αυτές οι τροποποιημένες καταστάσεις βρίσκονται στο κέντρο της συρρίκνωσης ή του μουδιάσματος, που είναι το τρίτο σημαντικό σύμπτωμα της διαταραχής μετα-τραυματικού στρες. Κάποτε οι καταστάσεις αναπόφευκτου κινδύνου μπορεί να προκαλέσουν όχι μόνο τρόμο και οργή, αλλά παραδόξως, μία κατάσταση αποσυνδεδεμένης γαλήνης, στην οποία ο τρόμος, η οργή και ο πόνος διαλύονται.

Αυτές οι μεταβολές στην αντίληψη συνδυάζονται με ένα αίσθημα αδιαφορίας, με συγκινησιακή αποσύνδεση, με βαθειά παθητικότητα, κατά την οποία το άτομο παραιτείται από κάθε πρωτοβουλία και αγώνα. Αυτή η τροποποιημένη συνειδησιακή κατάσταση ίσως είναι μία μικρή ευεργεσία της φύσης, μία προστασία από αφόρητο πόνο.²

7.4. Ψυχοσωματικά συμπτώματα

Τα τραυματικά συμπτώματα δεν επηρεάζουν μόνο τη συναισθηματική και την ψυχική μας κατάσταση, αλλά και τη σωματική μας υγεία. Όταν δεν υπάρχει τίποτε που να εξηγεί μία σωματική ασθένεια, το στρες και το τραύμα είναι οι δύο πιθανές αιτίες. Το τραύμα μπορεί να είναι η αιτία για το ότι ο ασθενής δεν βλέπει, δεν μιλάει ή δεν ακούει. Μπορεί να καταλήξει σε χρόνιους πόνους στον αυχένα και στην πλάτη, να προκαλέσει ένα μόνιμο σύνδρομο κόπωσης, βρογχίτιδα, άσθμα, γαστρεντερικά προβλήματα, σοβαρό σύνδρομο εμμηνόπαυσης, ημικρανίες και ένα πλήθος από τις επονομαζόμενες «ψυχοσωματικές καταστάσεις». Οποιοδήποτε φυσικό σύστημα είναι ικανό να δεσμεύσει τη μη εκφορτισμένη διέγερση που προκλήθηκε από το τραύμα, αποτελεί εύκολο στόχο. Η παγιδευμένη ενέργεια θα χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε πλευρά της φυσιολογίας μας είναι διαθέσιμη.¹

8. Θεραπεία

Είναι απαραίτητο το κάθε άτομο να ανακαλύψει τρόπους αποφυγής ή μείωσης του άγχους, ώστε να μην επηρεάζεται η εργασία και η ζωή του. Η γυμναστική, η σωστή διατροφή, οι μηχανισμοί υποστήριξης, όπως είναι η οικογένεια, οι φίλοι και συνάδελφοι, ακόμα και η συμμετοχή σε προγράμματα εκπαίδευσης αντιμετώπισης του στρες (τεχνικές χαλάρωσης και αναπνοές), είναι μερικοί τρόποι που συνιστώνται για την αντιμετώπισή του.⁷

Η θεραπευτική προσέγγιση στη (ΔΜΨΣ) μπορεί να είναι φαρμακευτική, ψυχοθεραπευτική ή συνδυασμός τους ανάλογα με τα συμπτώματα και τις ανάγκες του ασθενή.

8.1. Φαρμακοθεραπεία

Drug therapy–φαρμακοθεραπεία. Η χρήση χημικών ουσιών στη θεραπεία μίας νόσου. Είναι επίσης γνωστή σαν χημειοθεραπεία (**chemotherapy**).⁴

Περιλαμβάνει τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της ΜΑΟ ή νεότερα αντικαταθλιπτικά. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν τα flashbacks, τις επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις και τους εφιάλτες κι έτσι να βελτιώσουν τον ύπνο και να ηρεμήσουν τον ασθενή. Αν υπάρχει και κατάθλιψη, μπορούν να βοηθήσουν φυσικά και την κατάθλιψη. Αν υπάρχουν επιπλέον και ψυχωτικά στοιχεία, τότε χορηγούνται και αντιψυχωτικά. Έχει αναφερθεί ότι η προπρανολόλη ή η κλονιδίνη μπορούν να ελαττώσουν τη διεγερσιμότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος.¹⁰

Τα φάρμακα μπορεί να είναι χρήσιμα για να εξοικονομηθεί χρόνος, έτσι ώστε το τραυματισμένο άτομο να ανακτήσει την ισορροπία του. Αν όμως χρησιμοποιούνται για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα

προκειμένου να καταστείλουν την εξισορροπητική αντίδραση του σώματος στο στρες, τότε παρεμποδίζουν τη θεραπεία.¹

8.2. Ψυχοθεραπεία

Psychotherapy - ψυχοθεραπεία. Μορφή θεραπείας των ψυχικών νόσων και των συμπεριφορικών διαταραχών στην οποία ένα εκπαιδευμένο άτομο εγκαθιστά μία συμφωνία συνεργασίας με τον άρρωστο και μέσω μίας καθορισμένης θεραπευτικής επικοινωνίας – λεκτικής και μη λεκτικής – επιχειρεί ν' ανακουφίσει την ψυχική διαταραχή, ν' αντιστρέψει ή να μεταβάλει τους δυσπροσαρμοστικούς τύπους συμπεριφοράς και να ενθαρρύνει την πρόοδο και την ανάπτυξη της προσωπικότητας.⁴

Είναι η θεραπεία με ψυχολογικά μέσα των ατόμων που αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα συναισθηματικής διάθεσης. Αποσκοπεί στη μείωση ή εξάλειψη των συμπτωμάτων, την τροποποίηση της διαταραγμένης συμπεριφοράς και στην προαγωγή της θετικής ανάπτυξης της προσωπικότητας του διαταραγμένου ατόμου. Επιπλέον, επειδή η ψυχοθεραπεία αποβλέπει και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής κάθε ατόμου και όχι μόνο αυτού που αντιμετωπίζει ψυχολογικά προβλήματα, η σύγχρονη ψυχοθεραπεία προτείνει ότι ο όρος «ασθενής» πρέπει να εξαλειφθεί από το λεξιλόγιό της και να αντικαταστεί από τους όρους «άτομο», «πελάτης», «θεραπευμένος» κ.λπ.

Οι σύγχρονες ψυχοθεραπευτικές τάσεις είναι προϊόν συγκεκριμένων θεωρητικών προσεγγίσεων (σχολές) σχετικά με τη φύση και την προσωπικότητα του ανθρώπου. Οι σχολές ψυχοθεραπείας αναπτύχθηκαν κυρίως τα τελευταία χρόνια και συμπεριέλαβαν στους κόλπους τους πολλά και διαφορετικά μοντέλα και παραλλαγές.¹⁵

8.2.1. Behavior therapy - Θεραπεία συμπεριφοράς

Τύπος ψυχιατρικής θεραπείας που εστιάζεται στη φανερή και αντικειμενικά παρατηρούμενη συμπεριφορά και χρησιμοποιεί διάφορες τεχνικές που προέρχονται από τη θεωρία της μάθησης για να τροποποιήσει τη συμπεριφορά του ασθενή άμεσα. Η θεραπεία συμπεριφοράς στοχεύει αποκλειστικά στη συμπτωματική βελτίωση χωρίς ν' απευθύνεται στην πιθανή ψυχοδυναμική αιτιολογία.⁴

Η θεραπεία της συμπεριφοράς στηρίζεται στην άμεση παρατήρηση των ερεθισμάτων, *stimules*, που προκαλούν και ενισχύουν την αντίδραση, *response* και εξετάζει την ανθρώπινη συμπεριφορά σαν αντίδραση στα ερεθίσματα (παράγοντες και συνθήκες) που την ελέγχουν και την επηρεάζουν, καταλήγοντας σε νόμους οι οποίοι μπορούν να προκαθορίσουν την αντίδραση ενός ατόμου σε γνωστά ερεθίσματα.¹²

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς με (ΔΜΨΣ) που αποφεύγουν φοβικά ή κατακλύζονται από άγχος σε ορισμένες καταστάσεις που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Έτσι, συστηματικά απευαισθητοποίηση, έκθεση *in vitro* (απότομη ή κλιμακωτή) ή συνδυασμός τους μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα των ασθενών. Τεχνικές χαλάρωσης ή γνωστικές τεχνικές μπορεί να βοηθήσουν τον έλεγχο του άγχους.¹¹

8.2.2. Psychodynamics - Ψυχοδυναμική θεραπεία

Η συστηματική γνώση και θεωρία των ψυχικών δυνάμεων και κινήτρων που επηρεάζουν την ανθρώπινη συμπεριφορά και την ψυχική δραστηριότητα. Έμφαση δίνεται στο ρόλο των ασυνείδητων κινήτρων σαν αιτίου της ανθρώπινης συμπεριφοράς, καθώς και στη λειτουργική σημασία των συναισθημάτων. Η ψυχοδυναμική θεωρεί ότι η συμπεριφορά του ατόμου καθορίζεται από τα βιώματα του παρελθόντος, τη γενετική ιδιοσυστασία και την τρέχουσα πραγματικότητα.⁴

Κατ' αρχήν η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός, οπότε η ελάττωση του στρες και η εκτόνωση των συναισθημάτων μπορεί ίσως και να αποτρέψουν τις χρόνιες μορφές ή τις καθυστερημένες απαντήσεις στο τραύμα. Σε πιο χρόνια (ΔΜΨΣ) αρχικά εφαρμόζεται υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και κατόπιν πιο αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία με στόχο να βοηθήσει το άτομο να επανεκτιμήσει το τραυματικό γεγονός και να το αφομοιώσει, αντιμετωπίζοντας τα παθολογικά στοιχεία της αυτοϋποτίμησης, της ανημπόριας ή της ενοχής, της εχθρικότητας του άλλου κόσμου, της έλλειψης νοήματος στη ζωή κτλ. Μερικές φορές μπορεί να βοηθήσει και η ύπνωση ή η συνέντευξη με αμυτάλη (ενδοφλέβια χορήγηση νατριούχου αμοβαρβιτάλης).¹¹

8.2.3. Psychoanalysis – Ψυχανάλυση

Θεωρία της ψυχολογίας της ανθρώπινης συμπεριφοράς, μέθοδος έρευνας και σύστημα ψυχοθεραπείας, που αναπτύχθηκε αρχικά από τον Freud. Με τη χρήση του ελεύθερου συνειρμού και μέσα από την ανάλυση και την ερμηνεία των ονείρων, της αντίστασης και της μεταβίβασης συναισθήματα και συμπεριφορά αποδίδονται στην επίδραση στο ασυνείδητο απωθημένων ενορμήσεων και των αμυντικών μηχανισμών εναντίον τους. Η ψυχαναλυτική θεραπεία προσπαθεί να εξαλείψει ή να μειώσει τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα ασυνείδητων συγκρούσεων καθιστώντας τον ασθενή ενήμερο της ύπαρξης και προέλευσης τους καθώς και της απρόσφορης έκφρασής τους στα τρέχοντα συναισθήματα και συμπεριφορά. Η ψυχανάλυση είναι επίσης γνωστή σαν ανάλυση σε βάθος (**analysis in depth**).⁴

Η ψυχανάλυση είναι μία ιδιαίτερη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση που συνδέει την κατανόηση της προσωπικότητας του ατόμου με τα

ψυχοπαθολογικά του συμπτώματα και αποσκοπεί στο να αντιμετωπίσει τις ψυχολογικές διαταραχές που εκδηλώνει το άτομο.¹⁵

8.2.4. Group psychotherapy - Ομαδική ψυχοθεραπεία

Εφαρμογή ψυχοθεραπευτικών τεχνικών σε ομάδα ασθενών που χρησιμοποιεί τις διαντιδράσεις μεταξύ των μελών για να επιφέρει αλλαγές στη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά των διαφόρων μελών.⁴

Η Ομαδική ψυχοθεραπεία προσφέρει μία μοναδική ευκαιρία στους ασθενείς να μοιραστούν τις δυσκολίες τους με τα άλλα μέλη, να αντλήσουν την αναγκαία υποστήριξη και ενθάρρυνση, να εκφράσουν απωθημένα συναισθήματα, να προχωρήσουν σε αναγκαίες αλλαγές του τρόπου ζωής τους, να μάθουν να σχετίζονται δημιουργικά και αποτελεσματικά με το οικογενειακό, επαγγελματικό και φιλικό περιβάλλον και να συνεργάζονται καλύτερα με τους θεράποντες στα προτεινόμενα θεραπευτικά σχήματα.¹⁶

Η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ χρήσιμη σε άτομα που είχαν ίδιες ή παρόμοιες τραυματικές εμπειρίες (αιχμάλωτοι πολέμου, βετεράνοι, επιζώντες μεγάλων ατυχημάτων ή φυσικών καταστροφών).¹¹

9. Πρόγνωση

Επειδή όλα τα τραύματα εκδηλώνονται μέσα στη ζωή και επειδή η ζωή ανανεώνεται διαρκώς, μέσα σε κάθε τραύμα ενυπάρχει και ο σπόρος της ίασης και της ανανέωσης. Τη στιγμή που το δέρμα μας κόβεται ή τρυπιέται από ένα ξένο αντικείμενο, παρατηρούμε μία μεγαλειώδη και συγκεκριμένη σειρά βιοχημικών γεγονότων την οποία έχει «ενορχηστρώσει» η εξελικτική σοφία. Το σώμα είναι έτσι φτιαγμένο ώστε να ανανεώνεται μέσα από συνεχή αυτοδιόρθωση. Αυτές οι ίδιες αρχές ισχύουν για τη θεραπεία της ψυχής και του πνεύματος.¹

Η Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες μπορεί να εμφανισθεί σε οποιαδήποτε ηλικία, συμπεριλαμβανόμενης και της παιδικής. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μέσα στους τρεις πρώτους μήνες μετά το τραυματικό γεγονός, αν και μπορεί να υπάρξει και καθυστέρηση μηνών (ή και χρόνων) πριν εμφανισθούν (προσδιοριστής με καθυστερημένη έναρξη = καθυστέρηση τουλάχιστον 6 μηνών). Συχνά, η διαταραχή αρχικά πληροί τα κριτήρια για διαταραχή από οξύ στρες. Η διάρκεια των συμπτωμάτων ποικίλλει (προσδιοριστές οξεία/χρόνια με διαχωριστικό όριο τους 3 μήνες). Στο μισό περίπου των περιπτώσεων υπάρχει πλήρης ανάρρωση μέσα σε 3 μήνες. Πολλές άλλες, όμως, περιπτώσεις διαρκούν περισσότερο από 12 μήνες κι άλλες για 30 και 40 χρόνια με υφέσεις και εξάρσεις ιδιαίτερα μετά από στρες. Καλά προγνωστικά σημεία είναι η ταχεία έναρξη των συμπτωμάτων, η καλή προνοσηρή λειτουργικότητα, τα επαρκή οικογενειακά και κοινωνικά στηρίγματα και η απουσία ψυχιατρικής ή σωματικής παθολογίας.¹¹

Σε αντίθεση με την επικρατούσα άποψη, το τραύμα μπορεί να θεραπευτεί. Και μάλιστα δεν είναι ότι απλώς μπορεί να θεραπευτεί, αλλά σε πολλές περιπτώσεις αυτό επιτυγχάνεται χωρίς ατελείωτες ώρες θεραπείας, χωρίς την οδυνηρή αναβίωση αναμνήσεων και χωρίς να

υπάρχει ανάγκη για συνεχή φαρμακευτική αγωγή. Πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι δεν είναι ούτε απαραίτητο ούτε δυνατόν να αλλάξουμε τα γεγονότα του παρελθόντος. Τα συμπτώματα ενός παλιού τραύματος είναι δείγματα δεσμευμένης ενέργειας και «χαμένων μαθημάτων». Για το παρελθόν δεν έχει σημασία πότε μαθαίνουμε το πώς να είμαστε παρόντες, κάθε στιγμή είναι νέα και δημιουργική. Πρέπει μόνο να θεραπεύσουμε τα τρέχοντα συμπτώματα και να προχωρήσουμε.¹

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

1. Νοσηλευτικές απόψεις και πρακτικές

Για να φωτίσει και να αναπτύξει τις θεωρίες και πράξεις της η νοσηλευτική, πρέπει να επικεντρωθεί στην αδιαίρετη ολιστική φύση της: την τέχνη και την επιστήμη της. Η φιλοσοφική διάσταση, που εκφράζεται ως αρχή να προσεγγίζεται ο άνθρωπος σαν αδιαίρετη ολότητα και με όλες τις σχέσεις του, είναι η ισχυρότερη και φωτεινότερη συνεκτική ουσία της νοσηλευτικής τέχνης και επιστήμης.¹⁷

Για την αγχώδης μετατραυματική διαταραχή που προκαλείται από το ψυχικό τραύμα, υπάρχουν μεταξύ άλλων και οι παρακάτω νοσηλευτικές επισημάνσεις και πρακτικές:

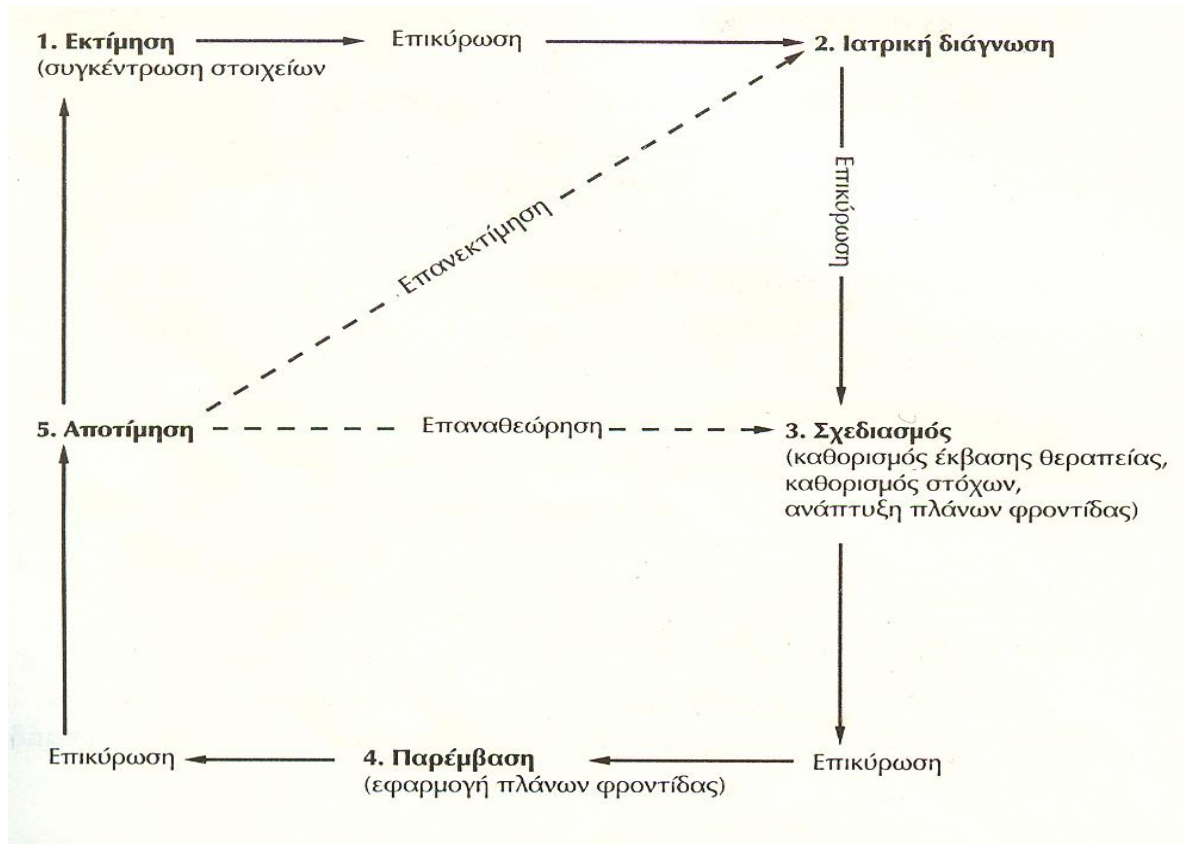
1.1. Νοσηλευτικές επισημάνσεις

1. Το άγχος προκαλεί διαταραχές ή φοβίες που καταπολεμούνται μέσα από διάφορους μηχανισμούς άμυνας.
2. Το άγχος τείνει να είναι μεταδοτικό μεταξύ των ανθρώπων.
3. Οι ακατάλληλοι και καταστροφικοί τρόποι που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του άγχους μπορεί να οδηγήσουν σε κρίσεις, διαταραχές, παθολογική συμπεριφορά ή ψυχολογικές διαταραχές.
4. Το άγχος δύσκολα μπορεί να αναγνωριστεί και να διαγνωστεί, επειδή συνήθως συνοδεύεται και από άλλα συναισθήματα και συμπεριφορές.
5. Οι διαταραχές του άγχους χαρακτηρίζονται από επίπεδα στρες που εμποδίζουν τον ασθενή να λειτουργήσει σε ικανοποιητικό επίπεδο.
6. Τον ακρογωνιαίο λίθο στη θεραπεία των διαταραχών που προκαλούνται από το άγχος, αποτελούν:

- I. Η μείωση του έντονου άγχους σε ήπια ή μέτρια επίπεδα.
 - II. Η διδασκαλία του ασθενούς για την εφαρμογή αποτελεσματικών δραστηριοτήτων αντιμετώπισης.
7. Τα επίπεδα του άγχους μειώνονται με τη χρήση αγχολυτικών φαρμακευτικών παραγόντων και νοσηλευτικές παρεμβάσεις που προωθούν τη χαλάρωση και το συναίσθημα της ηρεμίας και της ασφάλειας.
8. Ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο τόσο στο να διδάξει στον ασθενή μηχανισμούς αντιμετώπισης, όσο και στην υποστήριξή του, προκειμένου να ξεπεράσει τις διαταραχές.¹⁸

1.2. Νοσηλευτικές διαδικασίες στην αγωγή ψυχικής υγείας

1. **Νοσηλευτική αξιολόγηση:** περιλαμβάνει συλλογή και πιστοποίηση αντικειμενικών στοιχείων που αφορούν τον ασθενή.
- I. Στοιχεία.
 - i. Βιοφυσική, συναισθηματική και νοητική κατάσταση.
 - ii. Παρούσα και παρελθούσα χρήση ναρκωτικών ουσιών (με ή χωρίς ιατρική συνταγή, κατάχρηση αλκοόλ ή άλλων απαγορευμένων ουσιών).
 - iii. Πνευματικό και πολιτισμικό επίπεδο και πιστεύω.
 - iv. Συστήματα οικογενειακής και κοινωνικής υποστήριξης.
 - v. Καθημερινές δραστηριότητες, σχέσεις, πρότυπα ανοχής και αντιμετώπισης.
 - vi. Οικονομικοί, περιβαλλοντικοί και πολιτικοί παράγοντες.
 - vii. Γνώσεις και κίνητρα για την αλλαγή.
 - viii. Γνώση νομικών δικαιωμάτων.
 - ix. Πληροφορίες από την οικογένεια, άλλα άτομα και τη νοσηλευτική ομάδα ψυχικής υγείας.



Σχεδιάγραμμα : 2. Μοντέλο νοσηλευτικής διαδικασίας.

II. Μέθοδοι συλλογής στοιχείων.

- i. Ιατρικό, νοσηλευτικό και ψυχιατρικό ιστορικό.
- ii. Συνέντευξη.
- iii. Παρατήρηση.
- iv. Νευρολογική και παθολογική αξιολόγηση της φυσικής κατάστασης.
- v. Ψυχολογικός έλεγχος.

2. Νοσηλευτική διάγνωση.

- I. Επίκεντρο: τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει ο νοσηλευτής και το πώς μπορεί να συνεισφέρει στη φροντίδα του ασθενούς.

- II.** Συστατικά στοιχεία της νοσηλευτικής διάγνωσης.
- i.** Δυναμική ή πραγματική παθολογική αντίδραση του ασθενούς.
 - ii.** Πιθανή αιτιολογία της παθολογικής αντίδρασης του ασθενούς.
 - iii.** Διαπίστωση των παθολογικών αντιδράσεων του ασθενούς.
- III.** Κατηγορίες πιθανών ή πραγματικών προβλημάτων υγείας που μπορεί να εξακριβωθούν με τη νοσηλευτική διάγνωση.
- i.** Περιορισμός ή εξασθένηση της γενικής αιτιολογίας, όπως νοητική και συναισθηματική ένταση.
 - ii.** Στοιχεία συναισθηματικής έντασης ή κρίσης από ασθένεια, πόνο, μεταβολές στην αυτοαντίληψη ή στην πορεία της ζωής.
 - iii.** Συναισθηματικά προβλήματα που σχετίζονται με καθημερινές εμπειρίες όπως άγχος, απώλειες, μοναξιά.
 - iv.** Ψυχικά συμπτώματα (όπως ανορεξία), που σημειώνεται ταυτόχρονα με την αλλοίωση της ψυχικής λειτουργίας.
 - v.** Μεταβολές στη σκέψη, αντίληψη, συμβολισμό, επικοινωνία και δυνατότητα λήψης αποφάσεων.
 - vi.** Συμπεριφορική ή νοητική κατάσταση ενδεικτική του ότι ο ασθενής είναι επικίνδυνος για τον εαυτό του ή τους άλλους, ή εξαιρετικά αδύναμος.
- IV.** Βορειοαμερικανική Ένωση Νοσηλευτικής Διάγνωσης (NANDA) ομάδα με κοινά αποδεκτές ταυτισμένες νοσηλευτικές διαγνώσεις, οι οποίες αντανακλούν τα πρότυπα ανθρωπίνων αντιδράσεων, προσφέρουν συνεχή ανανέωση και εκσυγχρονισμό στον κατάλογο των διαγνώσεων.

3. Προγραμματισμός: (ανάπτυξη νοσηλευτικού προγράμματος φροντίδας).

- I.** Θέσπιση προτεραιοτήτων στη νοσηλεία.
- II.** Κριτήρια προσδιορισμού αποτελεσμάτων (μακροχρόνιοι και βραχυχρόνιοι θεραπευτικοί στόχοι (του ασθενούς και της/του νοσηλεύτριας/τή).
 - i.** Καθιέρωση πραγματικών στόχων.
 - ii.** Προσδιορισμός των στόχων, όπου οι ασαφείς ανησυχίες του ασθενούς θα ερμηνεύονται με συγκεκριμένα εύστοχα σχόλια.
 - iii.** Προσδιορισμός των μεθόδων επίτευξης των στόχων.
- III.** Χρήση των κανόνων της ψυχοθεραπείας.
- IV.** Υπόδειξη των βασικών αρμοδιοτήτων της/του νοσηλεύτριας/τή: ποιος θα έχει την κύρια ευθύνη και για ποιο στόχο;
- V.** Συνεχής ενημέρωση και αξιολόγηση του θεραπευτικού προγράμματος.

4. Ολοκλήρωση των παρεμβάσεων: τεχνικές.

- I.** Ψυχοθεραπευτική παρέμβαση στον ασθενή, την οικογένεια, την ομάδα.
- II.** Ενημέρωση σε ζητήματα υγείας.
- III.** Δραστηριότητες αυτοφροντίδας στη καθημερινή ζωή.
- IV.** Φαρμακευτική αγωγή (σωματικές θεραπείες).
- V.** Θεραπευτικό περιβάλλον.
- VI.** Συνταγογραφία από την/τον νοσηλεύτρια/τή για τη δίαιτα, τη διατροφή και την άσκηση.

5. Νοσηλευτική αξιολόγηση.

- I.** Ποια είναι τα αποτελέσματα (αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενούς);
- II.** Ποιες από τις παρεμβάσεις αποδείχτηκαν αποδοτικές
- III.** Ποιες από τις παρεμβάσεις θα έπρεπε να αλλάξουν;
- IV.** Είναι απαραίτητη η χρήση νέων παρεμβάσεων;
- V.** Σημειώθηκε επίτευξη των στόχων;¹⁸

2. Πρόληψη (Πρωτογενής, Δευτερογενής, Τριτογενής)

- Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

Σήμερα δίνεται μεγάλη έμφαση στην πρόληψη των ψυχικών νοσημάτων όπως και κάθε άλλης διαταραχής της υγείας.

Στην ψυχιατρική, όπως και σε άλλες ειδικότητες, η πρόληψη μελετάται και επιδιώκεται σε τρία επίπεδα. Αυτά είναι: η πρωτογενής, δευτερογενής και τριτογενής πρόληψη.

2.1. Πρωτογενής πρόληψη

Περιλαμβάνει όλες τις ενέργειες και διαδικασίες, που αποβλέπουν στη μείωση του δείκτη της ψυχικής νοσηρότητας, δηλαδή μείωση του αριθμού νέων ψυχικά αρρώστων σ' ένα συγκεκριμένο πληθυσμό. Αυτό μπορεί να επιδιωχθεί με δύο τρόπους:

α) Μελέτη και εξακρίβωση των στεσσογόνων παραγόντων και συνθηκών ζωής, που προκαλούν απώλεια της ψυχικής ισορροπίας και διαταραχές στις διαπροσωπικές σχέσεις, με κίνδυνο αύξησης της επικινδυνότητας για ψυχική νόσηση.

β) Εφαρμογή μέσων και μέτρων βοήθειας των ατόμων, ώστε να γίνουν πιο ανθεκτικά στις ψυχοβλαπτικές επιδράσεις.

Η νοσηλευτική βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της μάχης για την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών. Συναντά άτομα σε κρίσιμες καταστάσεις, όπως είναι η σωματική αρρώστια, ατύχημα, αναπηρία, θάνατος αγαπημένου προσώπου, τάση αυτοκτονίας, απώλεια εργασίας, διαζύγιο, κακοποίηση παιδιού κ.ά. Έχει τη δυνατότητα η νοσηλευτική να παρέμβει στην ψυχολογική κρίση του ατόμου με προσωπική παρουσία και φροντίδα. Η φροντίδα γίνεται με θεραπευτικό υποστηρικτικό διάλογο, με καθοδήγηση στη λύση του υποκείμενου προβλήματος και με εκπαίδευση πώς να βγει το άτομο από την κρίσιμη κατάσταση με

αυξημένο δυναμικό για ψυχική υγεία. Νοσηλευτικές αρμοδιότητες με ευρύτατες προοπτικές είναι η αγωγή ψυχικής υγείας σε άτομα όλων των ηλικιών, η πληροφόρηση του κοινού για τη φύση της ψυχικής αρρώστιας, τις ψυχιατρικές θεραπείες, τις τεχνικές πρόληψης, παράκαμψης ή υπερνίκησης του στρες και τις διαθέσιμες υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

2.2. Δευτερογενής πρόληψη

Επιδιώκει την ανίχνευση των ψυχικά νοσούντων, την έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία της ψυχικής διαταραχής, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκειά της, να προληφθούν οι παθολογικές επιπτώσεις της στα μέλη της κοινωνίας και η εγκατάσταση της ψυχικής αναπηρίας στους αρρώστους.

Στη δευτερογενή πρόληψη, η νοσηλευτική μπορεί να συντελέσει με την ανίχνευση και αναγνώριση αρχικών σημείων μιας ψυχικής διαταραχής τόσο στους σωματικά αρρώστους, όσο και στους συνοδούς και στις οικογένειές τους. Επίσης με την κατάλληλη αντιμετώπιση, καθοδήγηση και παραπομπή για θεραπεία, όταν χρειάζεται, υποστηρίζει ψυχοθεραπευτικά το άτομο και προλαμβάνει τη μεγαλύτερη ψυχική του αποδιοργάνωση.

2.3. Τριτογενής πρόληψη

Τέλος περιλαμβάνει τα προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης, που διατηρούν και καλλιεργούν τις θετικές ψυχοκινητικές και κοινωνικές ικανότητες των ψυχικά αρρώστων και τους βοηθούν να επανενταχθούν στην κοινωνία στο συντομότερο δυνατό χρόνο. Έτσι προλαμβάνονται η εγκατάσταση μόνιμης ψυχικής ανικανότητας και αναπηρίας στους αρρώστους, η καταστροφική ιδρυματοποίησή τους και η μακροχρόνια ή ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια και τους κοινωνικούς δεσμούς. Προς τον σκοπό αυτό

δημιουργούνται ενδιάμεσες δομές υπηρεσιών ψυχικής υγείας, τα ψυχιατρικά νοσοκομεία ημέρας ή νύκτας, οι ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία, τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ξενώνες, τα προστατευτικά εργαστήρια, σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοικτή γραμμή 24 ώρες το 24ωρο κ.ά.

Η νοσηλευτική, όχι μόνο είναι παρούσα με τα στελέχη της σ' όλα αυτά τα προγράμματα, αλλά και πρωτοπορεί σε πρότυπους σχεδιασμούς - τοπικούς, εθνικούς και διεθνείς - στο συντονισμό, την εκτέλεση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων τους. Πάνω απ' όλα η νοσηλευτική είναι καθημερινά κοντά στον άνθρωπο και γίνεται φρουρός, σύμβουλος και δάσκαλος της ψυχικής υγείας.¹⁷

3. Νοσηλευτική φροντίδα και αντιμετώπιση

(Εκτίμηση - Διάγνωση - Σκοποί - Νοσηλευτικές παρεμβάσεις - Αξιολόγηση)

Στην βασική νοσηλευτική φροντίδα και αντιμετώπιση ακολουθούμε τα εξής στάδια: εκτίμηση, διάγνωση, προγραμματισμός (σκοποί), νοσηλευτική παρέμβαση και αξιολόγηση.

1. Νοσηλευτική εκτίμηση.

- I.** Πάρετε λεπτομερές ιστορικό.
 - i.** Ιατρικό.
 - ii.** Ψυχιατρικό.
 - iii.** Οικογενειακό.
 - iv.** Κοινωνικό.
 - v.** Προβλήματα του παρόντος.
- II.** Εκτιμήστε την τρέχουσα πνευματική κατάσταση: καταγράψτε τις παρατηρήσεις σας για τη συμπεριφορά του ασθενούς, προκειμένου να προσδιορίσετε το επίπεδο του άγχους.
- III.** Όταν είναι δυνατόν, πάρτε συνέντευξη από τον ασθενή και ενώ βρίσκεται σε ήπια ή μέτρια επίπεδα άγχους.
 - i.** Εντοπίστε τους παράγοντες που προδιαθέτουν στο στρες και προξενούν το άγχος.
 - ii.** Εξακριβώστε τις επιπτώσεις του στρες στην καθημερινή ζωή του ασθενούς.
- IV.** Εκτιμήστε τις αντιδράσεις στο άγχος.
 - i.** Σωματικές.
 - ii.** Συμπεριφορικές (ψυχοκινητικές).
 - iii.** Γνωστικές (νοητικές).
 - iv.** Συγκινησιακές, συναισθηματικές.

- V.** Εκτιμήστε τους μηχανισμούς αντιμετώπισης.
- i.** Εντοπίστε τους δημιουργικούς και καταστροφικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης.
 - ii.** Εκτιμήστε την καταλληλότητα των μηχανισμών αντιμετώπισης στις απειλητικές αντιλήψεις.
- VI.** Διαφοροποιήστε τις αγχωτικές αντιδράσεις από άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις.
- i.** Άγχος έναντι της ψύχωσης: Οι αντιδράσεις άγχους συνήθως δε χαρακτηρίζονται από παραποίηση της πραγματικότητας, αντίθετα με την ψύχωση, που διαστρεβλώνει την πραγματικότητα και μπορεί να σημειωθεί, όταν το άγχος φτάσει σε επίπεδα πανικού.
 - ii.** Άγχος έναντι της κατάθλιψης.
 - a.** Το άγχος και η κατάθλιψη συχνά συνυπάρχουν. Διαθέτουν όμοια συμπτώματα, όπως διαταραχές του ύπνου, μεταβολές στην όρεξη, κόπωση, αίσθημα απελπισίας.
 - b.** Η κατάθλιψη γενικώς, περιλαμβάνει περισσότερο γενικά συναισθήματα απελπισίας, λύπης και έλλειψης βοήθειας.
- VII.** Προσπαθήστε να διακρίνετε μεταξύ των αντιδράσεων άγχους και του μιμητισμού (δηλαδή σωματικές διαταραχές που προκαλούν συμπτώματα παρόμοια με το άγχος ή τον πανικό, όπως το σύνδρομο Menier, πρόπτωση της μητροειδούς βαλβίδας και μη ελεγχόμενος σακχαρώδης διαβήτης).
- VIII.** Εκτιμήστε την πιθανότητα να προκαλέσει ο ασθενής βλάβες στον εαυτό του και στους άλλους.

2. Νοσηλευτική διάγνωση.

- I.** Κύρια κατά NANDA νοσηλευτική διάγνωση.
 - i.** Άγχος.
 - ii.** Αναποτελεσματική αντιμετώπιση από τον ίδιο τον ασθενή.
 - iii.** Φόβος.

- II.** Επιπλέον νοσηλευτικές διαγνώσεις.
 - i.** Ελλιπής προσαρμοστικότητα.
 - ii.** Ελλιπής προφορική επικοινωνία.
 - iii.** Μεταβολές στις διαδικασίες της σκέψης.
 - iv.** Μεταπτώσεις στο αίσθημα της αυτοεκτίμησης.
 - v.** Δυνατότητα πρόκλησης βλαβών.
 - vi.** Κίνδυνος τραυματισμού.
 - vii.** Μετατραυματικές αντιδράσεις.
 - viii.** Αίσθημα αδυναμίας.
 - ix.** Αλλαγές ρόλου.
 - x.** Ασθενείς κοινωνικές σχέσεις.
 - xi.** Κοινωνική απομόνωση.
 - xii.** Μειωμένη ή ελλιπής αυτοφροντίδα.
 - xiii.** Αναποτελεσματική αναπνοή.
 - xiv.** Έλλειψη αισθητήριων αντιλήψεων.
 - xv.** Μεταβολές στη διατροφή.
 - xvi.** Διαταραχές του ύπνου.
 - xvii.** Ασθενής δερματική σπαργή.
 - xviii.** Διάρροια.
 - xix.** Μεταβολές στις κενώσεις ούρων.

- III.** Επιλογή ολοκληρωμένων νοσηλευτικών διαγνώσεων.
- i.** Το επίπεδο πανικού στο άγχος σχετίζεται με την οικογενειακή απόρριψη, όπως μαρτυρά η σύγχυση και η εξασθενημένη κρίση.
 - ii.** Το μέτριο άγχος σχετίζεται με την οικονομική πίεση και τη μαρτυρούν η καταστολή και η αποφυγή.
 - iii.** Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση από το ίδιο το άτομο που σχετίζεται με την ακαδημαϊκή παρουσία και τη μαρτυρούν οι ψυχοκινητικές διαταραχές.
 - iv.** Φόβος που σχετίζεται με την κατάχρηση και τη μαρτυρούν η οξυθυμία και ο κοιλιακός πόνος.

3. Προγραμματισμός (καθορισμός στόχων).

- I.** Βοηθήστε τον ασθενή να προσδιορίσει τα συναισθήματα του άγχους.
- II.** Μειώστε το επίπεδο του έντονου άγχους και πανικού μέσω των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που θα υποστηρίξουν και θα προστατεύουν τον ασθενή.
- III.** Βοηθήστε τον ασθενή με ήπιο ή μέτριο άγχος ώστε, πρώτον, να μην αυξήσει το επίπεδο του άγχους τους και στη συνέχεια, να το μειώσει.
- IV.** Βοηθήστε τον ασθενή να αναπτύξει ικανότητες καταπολέμησης του ήπιου άγχους τους και να το χρησιμοποιεί επικοινωνητικά.

4. Νοσηλευτική παρέμβαση.

- I.** Βοηθήστε τον ασθενή να νοιώσει ασφάλεια και να γίνεται αποδεκτός χωρίς όμως να ενθαρρύνετε την εξάρτηση.
 - i.** Ακούστε προσεκτικά τον ασθενή.
 - ii.** Επιστρατεύστε την ενσυναίσθησή σας.

- II.** Βοηθήστε τον ασθενή να εντοπίσει συναισθήματα όπως το άγχος.
- III.** Βοηθήστε τον ασθενή να εντοπίσει τους παράγοντες που του προκαλούν άγχος.
 - i.** Ενθαρρύνετε τον ασθενή να περιγράψει τα συναισθήματά του.
 - ii.** Βοηθήστε τον ασθενή να κατανοήσει τη σχέση μεταξύ των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς του.
 - iii.** Εκπαιδεύστε τον ασθενή όσον αφορά τους μηχανισμούς, τα αίτια και τις σωματικές επιπτώσεις του άγχους.
- IV.** Βοηθήστε τον ασθενή στον εντοπισμό και την ανάπτυξη προσαρμοστικών μηχανισμών αντιμετώπισης και υγιούς συμπεριφοράς.
 - i.** Εξερευνήστε πράξεις και συμπεριφορές που βοήθησαν στην ανακούφιση του άγχους κατά το παρελθόν.
 - ii.** Προσφέρετε θετική ενίσχυση της υγιούς συμπεριφοράς.
- V.** Υποστηρίξτε τον ασθενή, καθώς αναπτύσσει μηχανισμούς αντιμετώπισης και άμυνας.
 - i.** Βοηθήστε τον ασθενή να ασκήσει τεχνικές χαλάρωσης και μείωσης του άγχους.
 - ii.** Προσφέρετε θετική ανάδραση.
- VI.** Βοηθήστε τον ασθενή στην απόκτηση νέων γνώσεων στη ζωή του.
 - i.** Βοηθήστε τον ασθενή να ανεχθεί το ήπιο άγχος και να το χρησιμοποιεί εποικοδομητικά.
 - ii.** Προσφέρετε ευκαιρίες για φυσιολογική, υγιή αλληλεπίδραση και συμπεριφορά.
 - iii.** Απαριθμήστε ή επαναλάβετε καταστάσεις με δυναμική πρόκλησης άγχους.

VII. Βοηθήστε την οικογένεια του ασθενούς να μεταβάλει τις δυσλειτουργικές ή μη προσαρμοστικές μορφές της συμπεριφοράς.

- i.** Διδάξτε στα μέλη της οικογένειας τρόπους με τους οποίους θα μπορούν να ενισχύσουν την υγιή συμπεριφορά του ασθενούς.
- ii.** Διδάξτε στην οικογένεια να μην υπερπροστατεύει τον ασθενή αναλαμβάνοντας ολοκληρωτικά τους δικούς του ρόλους και ευθύνες.
- iii.** Διδάξτε την οικογένεια ότι πρέπει να δίνει προσοχή στον ασθενή και όχι στα συμπτώματα.
- iv.** Διερευνήστε τα ζητήματα που απασχολούν την οικογένεια και της προκαλούν άγχος, καθώς και τα συστήματα αντιμετώπισής τους. Διδάξτε σε όλα τα μέλη της οικογένειας αποτελεσματικές μεθόδους αντιμετώπισης.

5. Νοσηλευτική αξιολόγηση.

- I.** Συνεχίζεται η εκτίμηση της επίτευξης των στόχων. Γίνεται ανασκόπηση των στόχων και του θεραπευτικού προγράμματος, προκειμένου να το προσαρμόσουμε στις ανάγκες του ασθενούς.
 - i.** Τα επίπεδα πανικού ή έντονου άγχους μετριάζονται.
 - ii.** Ο ασθενής με ήπια έως μέτρια ένταση άγχους δεν επιδεικνύει αύξηση των επιπέδων άγχους, αντίθετα δείχνει ικανότητα μείωσής τους.
 - iii.** Ο ασθενής μπορεί να χρησιμοποιήσει επικοινωνητικά το ήπιο άγχος.
 - iv.** Ο ασθενής που κατάφερε να διαπιστώσει τα αίτια του άγχους του, εντοπίζει και τις αντιδράσεις του σ' αυτό.

- v. Ο ασθενής μείωσε τις μη αποτελεσματικές αντιδράσεις και ανέπτυξε αποδοτικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης.
 - vi. Ο ασθενής πέτυχε σε ικανοποιητικό επίπεδο την εκτέλεση του ρόλου του.
- II.** Αν οι στόχοι δεν επιτευχθούν, αναζητήστε τα αίτια.
- i. Ήταν οι στόχοι ρεαλιστικοί;
 - ii. Έγινε σωστός εντοπισμός των προβλημάτων;
 - iii. Δόθηκε στον ασθενή αρκετός χρόνος ώστε να πετύχει τους στόχους;¹⁸

4. Αποκατάσταση

Τα τραυματικά συμπτώματα δεν οφείλονται σε αυτό καθαυτό το γεγονός που το προκαλεί. Πηγάζουν από το παγωμένο κατάλοιπο της ενέργειας που δεν διαλύθηκε και δεν εκφορτίστηκε, αυτό το κατάλοιπο παραμένει παγιδευμένο στο νευρικό μας σύστημα και μπορεί να καταστρέψει το σώμα και το πνεύμα μας. Τα μακροπρόθεσμα, ανησυχητικά και συχνά παράξενα μετατραυματικά συμπτώματα, αναπτύσσονται όταν δεν μπορούμε να ολοκληρώσουμε τη διαδικασία εισόδου, παραμονής και εξόδου από την κατάσταση της «ακινησίας» ή του «ξεπαγώματος». Παρ' όλα αυτά, μπορούμε να επιτύχουμε το «ξεπαγώμα» μας, ενεργοποιώντας και ενθαρρύνοντας την έμφυτη παρόρμησή μας να επιστρέψουμε σε μία κατάσταση δυναμικής ισορροπίας.¹

Ένας απειλούμενος άνθρωπος πρέπει να εκφορτίσει όλη την ενέργεια που επιστρατεύτηκε για την αντιμετώπιση αυτής της απειλής, αλλιώς θα γίνει θύμα του τραύματος. Αυτό το κατάλοιπο της ενέργειας δεν φεύγει έτσι απλά. Παραμένει στο σώμα και συχνά καταλήγει στη δημιουργία μίας ευρείας ποικιλίας συμπτωμάτων - για παράδειγμα, άγχος, κατάθλιψη, ψυχοσωματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς. Αυτά τα συμπτώματα είναι ο τρόπος του οργανισμού να συγκρατεί (ή να περιορίζει) το κατάλοιπο της ενέργειας που δεν έχει εκφορτιστεί.¹

Υποφέρουμε όταν είμαστε ανήμποροι να εκφορτίσουμε την ενέργεια που είναι παγιδευμένη λόγω της αντίδρασης του παγώματος. Ο τραυματισμένος βετεράνος, η γυναίκα που υπέστη βιασμό, το κακοποιημένο παιδί, όλοι έχουν έρθει αντιμέτωποι με συντριπτικές καταστάσεις. Εάν δεν καταφέρουν να προσανατολιστούν και να επιλέξουν ανάμεσα στην πάλη και τη φυγή, θα παγώσουν ή θα

καταρρεύσουν. Εκείνοι που έχουν την ικανότητα να αποφορτίσουν αυτή την ενέργεια θα ανακτήσουν την ισορροπία τους.¹

Η ίαση δεν απαιτεί αναγκαστικά περίπλοκα φάρμακα, σύνθετες μεθόδους ή πολλές ώρες θεραπείας. Όταν κατανοήσουμε πως διαμορφώνεται το τραύμα και όταν μάθουμε να αναγνωρίζουμε τους μηχανισμούς που εμποδίζουν την εξάλειψή του, (τότε) θα αρχίσουμε επίσης να αναγνωρίζουμε τους τρόπους με τους οποίους ο οργανισμός μας επιχειρεί να θεραπευτεί.¹

5. Επίλογος - Συμπεράσματα

Το ψυχικό τραύμα είναι ένα γεγονός της ζωής. Δεν χρειάζεται όμως να γίνει ισόβια καταδίκη. Το τραύμα μπορεί όχι μόνο να θεραπευτεί, αλλά με κατάλληλη καθοδήγηση και στήριξη να μεταμορφωθεί. Το τραύμα μπορεί να γίνει εν δυνάμει μία από τις πιο σημαντικές συνιστώσες της ψυχολογικής, της κοινωνικής και της πνευματικής αφύπνισης και εξέλιξης. Ο τρόπος με τον οποίο χειριζόμαστε την τραυματική εμπειρία (ως άτομα, ομάδες και κοινωνίες) επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της ζωής μας. Σε τελική ανάλυση, επηρεάζει το πώς και ακόμα περισσότερο, το αν θα επιβιώσουμε ως είδος.¹

Η λύση του προβλήματος έγκειται στη διεύρυνση της γνώσης μας για το πώς θα θεραπεύσουμε το τραύμα.

Μέχρι να κατανοήσουμε ότι τα τραυματικά συμπτώματα ανήκουν στη σφαίρα της φυσιολογίας και της ψυχολογίας, θα είμαστε αξιοθρήνητα ανεπαρκείς στις προσπάθειές μας να τα θεραπεύσουμε. Η ουσία του ζητήματος είναι η ικανότητά μας να αναγνωρίσουμε ότι το τραύμα αντιπροσωπεύει ζωώδη ένστικτα που ακολουθούν λανθασμένη πορεία. Όταν τιθασευτούν αυτά τα ένστικτα, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από το συνειδητό νου για να μεταμορφώσουν τα τραυματικά συμπτώματα σε ευ ζην.¹

Βιβλιογραφία :

1. Levine P, Frederick A. Το ξύπνημα της τίγρης. 2^η έκδοση. Ελληνικά γράμματα. ΑΘΗΝΑ, 1999: 18,21-22,26,27,28,36,38,39,50,53-54, 56,57,72-73,119,143,187,308.
2. Herman J. L. Η βία-επακόλουθα ψυχικά τραύματα-θεραπεία. Θετίλη. ΑΘΗΝΑ, 1996: 34,43,45-46,53,55,57-58,59,60,63,68,69,92.
3. Cygulnik B. Ο ευαίσθητος εαυτός. Λιβάνη. ΑΘΗΝΑ, 2005: 196-197,308.
4. Μάνου Ν. Ερμηνευτικό λεξικό ψυχιατρικών όρων. Β' έκδοση. University studio press. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 1987: 41,89,124,217, 225-226,227-228,235.
5. <http://web4health.info/answers/psy-trauma-def.htm> 23/11/2006.
6. Βεζυρίδης Π. Ψυχολογικές αντιδράσεις του πληθυσμού στις μαζικές καταστροφές. Νοσηλευτική. 2004, 43 (2): 175-176.
7. Μιχαλοπούλου Α.Μ. Το άγχος των νοσηλευτών που εργάζονται στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Νοσηλευτική. 2003, 43 (3): 287,294.
8. Πολυζώης Δ. Επείγουσα βοήθεια και μεταφορά του τραυματία και του ασθενούς. Μετάφραση από την έκδοση της Αμερικανικής ακαδημίας ορθοπεδικών χειρουργών. Δ' έκδοση. ΚΕΟΧ. ΑΘΗΝΑ, 1993: 459-460.
9. Χαρτοκόλλης Π. Εισαγωγή στην ψυχιατρική. Β' έκδοση αναθεωρημένη. Θεμέλιο. Αθήνα, 1991: 93.
10. <http://www.travmatotherapieia-emdr.gr> 23-11-2006.
11. Μάνου Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. Αναθεωρημένη έκδοση. University studio press. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 1997: 285-286,287,288-290.

12. Καλούρη-Αντωνοπούλου Ρ. Γενική ψυχολογία. Γ΄ έκδοση. Έλλην. ΑΘΗΝΑ, 2001: 35,52.
13. Kandel E, Schwartz J, Jessell T. Νευροεπιστήμη και συμπεριφορά. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης. ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2005: 626-628,659.
14. Καλπάκογλου Θ. Άγχος και πανικός γνωσιακή θεωρία και θεραπεία. Γ΄ έκδοση. Ελληνικά γράμματα. ΑΘΗΝΑ, 1998: 95-96.
15. Πιπερόπουλος Γ. Εφαρμοσμένη ψυχολογία. Β΄ έκδοση. Ελληνικά γράμματα. ΑΘΗΝΑ, 1995: 206.
16. Γιαννίτση Σ. Ψυχοσωματική και ομαδική ψυχοθεραπεία. Ελληνικά γράμματα. ΑΘΗΝΑ, 1997 :22.
17. Ραγιά Α. Νοσηλευτική ψυχικής υγείας ψυχιατρική νοσηλευτική. Γ΄ έκδοση βελτιωμένη. ΑΘΗΝΑ, 2001: 28-30,53.
18. Κοτρώτσου Ε. Ψυχιατρική νοσηλευτική. Έλλην. ΑΘΗΝΑ, 2001: 15-18,92,104-112.