

Κωνσταντίνα Παπαηλία, τελειόφοιτος του Τμήματος Ψυχολογίας του Παντείου Πανεπιστημίου, ασκούμενη στο Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Ανατολικής Αθήνας (2012-13)

Εποπτεία: Σάββας Μπακιρτζόγλου, ψυχολόγος Θ.Χ.Π.ΑΝ.Α-ψυχαναλυτής

ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ

Σοβαρός τραυματισμός στο κεφάλι ο οποίος συνήθως οδηγεί σε διανοητική αναπηρία. Παρουσιάζονται περιληπτικά οι βλάβες στη γνωστική λειτουργία, οι αλλαγές στη προσωπικότητα, τα κοινωνικά επακόλουθα και οι συναισθηματικές αντιδράσεις μετά από ένα τέτοιο τραυματισμό, καθώς και το παράδειγμα ενός περιθαλπόμενου στο Θ.Χ.Π.ΑΝ.Α

ΒΛΑΒΕΣ ΣΤΗ ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

ΜΝΗΜΗ

Η απώλεια μνήμης είναι ένα βασικό σύμπτωμα της τραυματικής εγκεφαλικής βλάβης. Υπάρχουν τρία είδη αμνησίας.

A) Η αναδρομική. Όταν ο ασθενής έχει επανακτήσει τη συνείδηση του, συχνά δεν μπορεί να θυμηθεί περιστατικά που συνέβησαν κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης περιόδου πριν από το ατύχημα και η διάρκεια της μπορεί να εκτείνεται από μερικά δευτερόλεπτα έως και αρκετούς μήνες.

B) Η μετατραυματική. Αφού ο ασθενής επανακτήσει τη συνείδηση του θα είναι αποπροσανατολισμένος και σε σύγχυση. Θα είναι ανίκανος να καταγράψει νέες πληροφορίες κάτι που φαίνεται αργότερα γιατί δεν θα έχει μνήμες από τη συγκεκριμένη περίοδο. Αυτή η περίοδος περιγράφεται από τους ασθενείς ως μια

ονειρική και εξωπραγματική κατάσταση. Συχνά μπορεί να θυμηθούν ένα γεγονός ή άτομο που τους είχε κάνει εντύπωση μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα όμως αυτό δεν σημαίνει το τέλος της περιόδου.

Γ) Η προχωρητική. Ακόμη και όταν ο ασθενής είναι καλά προσανατολισμένος ξανά και ικανός για μια κανονική συζήτηση με τον ερευνητή μπορεί να υποφέρει από μια σχετική ανικανότητα να καταγράψει πληροφορίες ή περιστατικά που του δίνονται. Αυτή η μορφή αμνησίας παρόλο που είναι λιγότερο δραματική από τη μετατραυματική έχει σοβαρές συνέπειες στη ζωή του ασθενή και τη κοινωνική του επανένταξη.

ΠΡΟΣΟΧΗ

Θα αναφερθούν οι ψυχολογικές πτυχές της προσοχής ύστερα από εγκεφαλικό τραύμα.

Α) Επικεντρωμένη προσοχή. Ο όρος αυτός αναφέρεται στην επιλεκτικότητα στην αντίληψη και την απόκριση. Δεν υπάρχουν αποδείξεις ότι οι ασθενείς με εγκεφαλικό τραύμα έχουν μειωμένη ικανότητα να αντιλαμβάνονται επιλεκτικά.

Β) Διαιρεμένη προσοχή. Ένα προεξέχον σύμπτωμα ύστερα από εγκεφαλική βλάβη είναι η ψυχική βραδύτητα. Οι ιδιαίτερες διανοητικές διαδικασίες όπως λήψη αποφάσεων και επιλογή απάντησης, παίρνουν περισσότερο χρόνο όταν ο εγκέφαλος έχει υποστεί μηχανική κρούση. Η βραδύτητα στις ψυχικές λειτουργίες έχει σοβαρές επιπτώσεις στη καθημερινή ζωή. Συχνά πρέπει να διαιρέσουμε τη προσοχή μας σε δύο καθήκοντα, επιπλέον ένας εκτελεί συχνά καθήκοντα όπου η προσοχή πρέπει να διαιρεθεί σε αρκετές δευτερεύουσες εργασίες. Η ψυχική βραδύτητα των ασθενών αυτών σημαίνει ότι έχουν μειωμένη ικανότητα επεξεργασίας πληροφοριών η οποία θα εκδηλωθεί σε καταστάσεις στις οποίες πρέπει να διαιρέσουν τη προσοχή τους.

Γ) Η προσοχή είτε διαιρεμένη είτε επικεντρωμένη πρέπει να είναι παρατεταμένη. Ασθενείς με βλάβες στον εγκέφαλο δεν μπορούν να διατηρήσουν τη προσοχή τους σε μία ποικιλία καθηκόντων. Τα δεδομένα αυτά ωστόσο δεν έχουν συλλεχθεί με συστηματική ερευνητική παρατήρηση.

Δ) Εποπτικός έλεγχος προσοχής. Σε περίπλοκα καθήκοντα μια στρατηγική είναι απαραίτητη να δίνει προτεραιότητα σε ορισμένες δευτερεύουσες διαδικασίες και να

δημιουργεί ένα προσωρινό σχέδιο για την εκτέλεση των πράξεων. Αυτός ο έλεγχος είναι μέρος των εκτελεστικών λειτουργιών του εγκεφάλου. Υποτίθεται ότι οι προμετωπιαίοι λοβοί είναι υψίστης σημαντικότητας για αυτές τις λειτουργίες άρα και για τον εποπτικό έλεγχο προσοχής. Όταν οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις έχουν ως αποτέλεσμα τη βλάβη στους μετωπιαίους λοβούς, μια δυσλειτουργία στον εποπτικό έλεγχο προσοχής αναμένεται.

ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ

Για τη μεγάλη πλειονότητα των υποκειμένων με εγκεφαλικό τραύμα οι διαταραχές της νοημοσύνης δεν παίζουν ρόλο πρακτικής σημαντικότητας. Σε περιπτώσεις μικρού έως μέτριου τραυματισμού η πνευματική ικανότητα θα μειωθεί προσωρινά από την αυξημένη νοητική κόπωση και βραδύτητα, χωρίς πραγματική μείωση της ικανότητας επίλυσης προβλημάτων. Μόνιμη νοητική υστέρηση έχει αναφερθεί μόνο σε ασθενείς που έχουν επιζήσει πολύ σοβαρών τραυμάτων.

ΓΛΩΣΣΑ

Στο τελευταίο στάδιο μετά από σοβαρές κακώσεις τρεις μορφές διαταραχής της γλώσσας μπορούν να διακριθούν.

A) Αφασία. Για την ύπαρξη αυτής της μορφής η σοβαρότητα του τραύματος είναι προφανώς ένας σημαντικός παράγοντας. Ο Levin et al (1976) ανέφερε ότι παραφασία και δεκτικές διαταραχές συνέβαιναν μόνο στους πολύ σοβαρά τραυματισμένους ασθενείς.

B) Λεκτική εξαθλίωση. Ιδιαίτερα στη γλώσσα έκφρασης ο ασθενής με κακώσεις μπορεί να παρουσιάσει συμπτώματα τα οποία είναι προφανώς παθολογικά χωρίς να υπάγονται στον όρο αφασικά. Μια αρκετά συχνή διαταραχή μετά από σοβαρές κακώσεις και με τη μετατραυματική αμνησία να υπερβαίνει τις δύο εβδομάδες, είναι μια επίπονη και στερεοτυπική λεκτική παραγωγή. Ο λόγος θα είναι βραδύς και συχνά καθυστερημένος από «αχ». Ακόμη ο ασθενής θα είναι ασαφής στις δηλώσεις του χρησιμοποιώντας τη λέξη «πράγμα» αντί για το σωστό ουσιαστικό και αναφερόμενος στους «άλλους» χωρίς να τους καθορίζει σαν συγγενείς, φίλους ή

συναδέλφους. Η απάντηση του ασθενή σε μια ερώτηση μπορεί να ενσωματώνει τις λέξεις της ερώτησης. Το αποτέλεσμα αυτών των τάσεων είναι μια εξαθλίωση της αυθόρμητης ομιλίας που μπορεί να είναι πολύ εντυπωσιακή σε πολύ μορφωμένους ασθενείς.

Γ) Πολυλογία, Ένα άλλο κοινό σύμπτωμα είναι η απώλεια της ικανότητας να διατυπώνουν τις δηλώσεις τους με έναν ακριβή και συνοπτικό τρόπο. Ο με σοβαρές κακώσεις ασθενής μπορεί να παράγει πολλές λέξεις χωρίς να μεταφέρει πολύ νόημα. Κατά τον Milton et al (1984) ο ασθενής μιλά καλύτερα από ότι επικοινωνεί. Η πολυλογία είναι ένα σύμπτωμα το οποίο κάνει τους συγγενείς να καταλαβαίνουν πως το άτομο δεν είναι πια ο εαυτός του.

ΑΝΑΚΤΗΣΗ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Όσον αφορά την ανάκτηση των γνωστικών απομειώσεων της μνήμης, υπάρχει μια επανάκτηση αλλά όσο πιο σοβαρές είναι οι κακώσεις τόσο το πρόβλημα παραμένει και είναι μεγαλύτερο. Από μαρτυρίες τόσο του κύριου Χ όσο και της μητέρας του, ο ίδιος έπασχε και από αναδρομική και από μετατραυματική αμνησία για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα. Σήμερα, παρατηρείται μια δυσκολία σύνδεσης των γεγονότων της ζωής του με την ηλικία στην οποία βρισκόταν στο κάθε ένα καθώς και κάποια συμπτώματα προχωρητικής αμνησίας, δηλαδή μια δυσκολία να αποθηκεύσει νέες πληροφορίες. Για την προσοχή και το χρόνο ανταπόκρισης έχουν αναφερθεί τα εξής στοιχεία: Ο χρόνος ανάκτησης τους σχετίζεται με το χρονικό διάστημα που ο ασθενής ήταν σε κόμα ή αφασία. Πληροφορίες για την απομείωση της προσοχής τους μπορούν να προέρχονται από τους ίδιους τους ασθενείς οι οποίοι παραπονούνται για μειωμένη συγκέντρωση στο διάβασμα ή και γενικά. Ο κύριος Χ αναφέρει πως δεν μπορεί πια να διαβάσει βιβλία. Συγκεντρώνεται ωστόσο άψογα λύνοντας σταυρόλεξα και μάλιστα για πολλές ώρες. Στις συζητήσεις μας επιδεικνύει μια μειωμένη επικέντρωση στα λόγια μου ή του όποιου συνομιλητή όμως αυτό πιθανώς οφείλεται και στο γεγονός ότι πλήττει όταν κάποιος άλλος πέραν του εαυτού του έχει τον λόγο για πολλή ώρα.

Για τη νοημοσύνη διαχρονικές έρευνες με το WAIS (Mandleberg (1975), Mandleberg and Brooks (1975) έχουν δείξει πως η λεκτική επανέρχεται σε ένα

κανονικό ή σχεδόν κανονικό επίπεδο όμως η επίδοση παρουσιάζει αξιοσημείωτο και παρατεταμένο έλλειμμα. Η σοβαρότητα των κακώσεων δεν σχετίζεται με την ανάκτηση, όλοι οι ασθενείς επανέρχονται με τον ίδιο ρυθμό απλώς οι πιο σοβαρά τραυματισμένοι φτάνουν μέχρι ένα χαμηλότερο επίπεδο. Δεν γνωρίζουμε το επίπεδο νοημοσύνης του κύριου X πριν ή μετά το ατύχημα παρ' όλα αυτά θεωρούμε πως κρίνεται αρκετά ικανοποιητικό. Η πρόγνωση των γλωσσικών διαταραχών είναι πολύ καλή. Η λεκτική ικανότητα φαίνεται να είναι το πρώτο πράγμα που επανέρχεται στα κανονικά επίπεδα αν και μάλλον η ολική ανάκτηση δεν κατακτάται ποτέ. Στην ιδιαίτερη περίπτωση του εν λόγω ασθενή ο τρόπος έκφρασης είναι εντυπωσιακός. Το λεξιλόγιο του είναι ανεπτυγμένο και εμπλουτισμένο με ιδιαίτερες λέξεις. Σε αυτό τον έχει βοηθήσει η μανιώδης επίλυση σταυρολεξών. Η γλωσσικά του αποκατάσταση σύμφωνα με τα λεγόμενα του άργησε να επέλθει. Αρνητικά, πολλές φορές δυσκολεύεται να βρει ποια λέξη θέλει να χρησιμοποιήσει και κάποιες φορές επαναλαμβάνει τις λέξεις της ερώτησης απαντώντας.

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Πολλοί ασθενείς που επιβιώνουν από χτύπημα στο κεφάλι φέρουν αλλαγές στη προσωπικότητα. Κάποιες αλλαγές μπορούν να θεωρηθούν σαν συναισθηματικές αντιδράσεις στο χτύπημα και στα κοινωνικά του επακόλουθα. Οι αλλαγές στη προσωπικότητα είναι ένα άμεσο αποτέλεσμα από τη βλάβη στον εγκέφαλο. Τραυματική εγκεφαλική βλάβη εμφανίζεται πιο συχνά στην υπομετωπική και πρόσθια μετωπική περιοχή. Βλάβες στους μετωπιαίους λοβούς μπορεί να παράγουν δραστικές αλλαγές στη προσωπικότητα. Οι αλλαγές αυτές σημειώνονται με τον όρο μετωπικό σύνδρομο το οποίο περιλαμβάνει τα παρακάτω χαρακτηριστικά : άρση των αναστολών, ευφορία έλλειψη αυτοκριτικής, έλλειψη διακριτικότητας και ανησυχίας, έλλειψη διορατικότητας, ανευθυνότητα και εγωκεντρισμός, παιδικότητα, άμβλωση συναισθηματικής ανταπόκρισης, απώλεια συναισθηματικού ελέγχου, απώλεια πρωτοβουλίας, απάθεια και αδράνεια. Το μετωπικό σύνδρομο σπάνια προκαλείται από μια μονόπλευρη βλάβη και είναι συχνά πιο σοβαρό μετά από διμερείς βλάβες του μετωπιαίου λοβού. Ο Bond (1984) θεωρεί την απώλεια διορατικότητας και την άρση των αναστολών σαν τα βασικά χαρακτηριστικά στην αλλαγή προσωπικότητας. Η

απώλεια της διορατικότητας εκδηλώνεται σε πολλούς τομείς. Αυτό οδηγεί σε μια μη ρεαλιστική αυτοαξιολόγηση, ελαττωματικό αυτοέλεγχο και μια διαταραγμένη κοινωνική ευαισθητοποίηση. Ιδιαίτερα οι πιο λεπτές αιτίες στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις θα περάσουν απαρατήρητες από τον ασθενή π.χ. θα αποτύχει να παρατηρήσει μια ιδιαίτερη διάθεση στους άλλους. Επίσης η έλλειψη αναστολών μπορεί να λάβει μορφές που κυμαίνονται από λεπτές σε τερατώδεις. Μια άρση των αναστολών στα σεξουαλικά ερεθίσματα σπάνια θα αγνοηθεί. Μια αρκετά συχνή εκδήλωση από μία πιο μικρού τύπου άρση αναστολών είναι να γελούν πολύ δυνατά με ένα πολύ παιδικό τρόπο. Η έλλειψη αναστολών είναι πιθανών υπεύθυνη για μια από τις πιο συχνά αναφερόμενες αλλαγές στη προσωπικότητα μετά από χτύπημα στο κεφάλι, την ευερεθιστότητα. Οι πολλές ενοχλήσεις της καθημερινής ζωής μπορούν να προκαλέσουν επιθετικές ενορμήσεις στον οποιονδήποτε αλλά τα σοβαρά τραύματα στο κεφάλι πολύ συχνά έχουν ως αποτέλεσμα την απώλεια του ελέγχου έναντι τέτοιων ενορμήσεων. Κάποιοι ασθενείς μπορεί να έχουν επίγνωση των αλλαγών στη προσωπικότητα τους και μπορεί να αναπτύξουν κατάθλιψη λόγω έλλειψης συναισθηματικού ελέγχου. Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις του μετωπικού συνδρόμου αυτή η επίγνωση λείπει. Ένα άλλο σημαντικό σημείο στις αλλαγές στη προσωπικότητα είναι η προτραυματική προσωπικότητα του ασθενή. Η σοβαρότητα των προβλημάτων συμπεριφοράς δεν προσδιορίζεται σαφώς από τις νευρολογικές μεταβλητές μόνο. Ο Lishman (1978) παρουσίασε μια λίστα από τους αιτιολογικούς παράγοντες και μόνο τρεις από αυτούς ήταν νευρολογικοί: η ανάπτυξη επιληψίας, το ποσοστό εγκεφαλικής βλάβης και η θέση όπου πραγματοποιήθηκε η βλάβη. Μεταξύ των υπολοίπων παραγόντων ο συναισθηματικός αντίκτυπος της βλάβης και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παρατίθενται αλλά η προνοσηρή προσωπικότητα έχει κυρίαρχη σημαντικότητα. Σοβαρές τραυματικές εγκεφαλικές βλάβες τείνουν να οξύνουν αρνητικές τάσεις οι οποίες υπήρχαν ήδη. Ο Lishman ωστόσο επισημαίνει ότι τα στοιχεία σχετικά με το θέμα αυτό είναι ιμπρεσιονιστικά και παρεμποδίζονται από την έλλειψη ευκαιρίας για συνέντευξη των υποκειμένων πριν να συμβεί η βλάβη. Οι μελέτες σ' αυτό το πεδίο είναι αναδρομικές και όχι μελλοντικές και τα στοιχεία σχετικά με τη προτραυματική προσωπικότητα του ασθενή μπορούν να αναπλαστούν κατά προσέγγιση συνεντευξιάζοντας συγγενείς και συζύγους.

Στην περίπτωση του κύριου X ο οποίος μετά από πολύ σοβαρό, σχεδόν θανατηφόρο τραύμα στο κεφάλι και πολλαπλές εγχειρήσεις έχει επιζήσει, τα χαρακτηριστικά του

μετωπιαίου συνδρόμου είναι φανερά στην συμπεριφορά και το λόγο του. Η άμβλυωση της συναισθηματικής ανταπόκρισης και η απάθεια παρατηρούνται σε καθημερινή βάση όταν σε συζητήσεις που αφορούν θέματα έντονης συναισθηματικής επένδυσης και εμπλοκής, ο ασθενής δείχνει ανεπηρέαστος και αδιάφορος. Η φράση που ακούγεται από τον ίδιο σε τέτοιες στιγμές είναι : «ούτε ξέρω, ούτε με ενδιαφέρει». Δεν περιγράφουμε έναν άνθρωπο χωρίς κάποια συναισθηματική ανταπόκριση. Τουλάχιστον στα λόγια δείχνει να ενδιαφέρεται να νιώθει και να πλήττεται. Όλα αυτά όμως ξεχνιούνται γρήγορα και για τα ίδια θέματα άλλες φορές δείχνει να νοιάζεται και άλλες όχι. Η αδράνεια είναι εξίσου εύκολα παρατηρήσιμη. Ένα ποσοστό αδράνειας θεωρείται δικαιολογημένο λόγω της παρέσεως ισχίου και αγκώνα που έχει, όμως αναφερόμαστε κυρίως στην σωματική αδράνεια κατά τη διάρκεια της ομιλίας του. Λείπει η κίνηση που συνοδεύει τον λόγο των κοινών ανθρώπων. Φυσικά ο ασθενής δεν είναι μια «στήλη άλατος» και σίγουρα υπάρχουν στιγμές ξαφνικής και έντονης κινητικότητας όμως αυτές αποτελούν εξαιρετικές στιγμές θυμού ή ενδιαφέροντος. Ευφορία και παιδικότητα συχνά ανιχνεύονται μαζί στη συμπεριφορά του. Πολλές φορές στις συναντήσεις μας θα είναι εξαρχής χαρούμενος και θα γελά εύκολα ωστόσο κάποιες φορές θα είναι καταθλιπτικός. Η παιδικότητα φαίνεται μέσα από τον τρόπο που γελά από διάφορες δηλώσεις του και από τον τρόπο που μεταμορφώνεται σε παιδί δημοτικού μπροστά στη μητέρα του. Μια χαρακτηριστική δήλωση που παραπέμπει στη παιδικότητα είναι όταν μας είπε «εάν δεν ήμουν άρρωστος θα σε παντρευόμουν».

Είναι συχνή η έλλειψη ανησυχίας κυρίως για καίρια θέματα. Για παράδειγμα, ενώ γνωρίζει πως απαγορεύεται να βγαίνει εκτός θεραπευτηρίου παρά μόνο με τους πολύ στενούς συγγενείς του, προτείνει να βγούμε μαζί και να πάμε για καφέ, δείχνοντας πως δεν σκέφτεται τα πιθανά αρνητικά σενάρια (τι θα γίνει άμα του ή μας συμβεί κάτι όσο θα είμαστε έξω ή αν απλά το καταλάβουν από το θεραπευτήριο κλπ). Έχει ωστόσο ανησυχίες για τον εαυτό του οι οποίες συνήθως δεν είναι ρεαλιστικές. Εκφράζει διάφορες ανασφάλειες για θέματα εμφάνισης και σεξουαλικής φύσεως κυρίως. Ο εγωκεντρισμός είναι το κυρίαρχο στοιχείο της συμπεριφοράς του, το οποίο από αφηγήσεις δικές του φαίνεται να ήταν προεξέχον και στη προτραυματική του προσωπικότητα, χαρακτηριστικό που, ενδεχομένως, τον έσπρωξε και προς τις ναρκωτικές ουσίες. Ασχολείται μόνο με τον εαυτό του, είναι ο καλύτερος από όλους για όλους και έχει «πλέον» πάντα δίκιο. Η έλλειψη διακριτικότητας δεν είναι εύκολα

παρατηρήσιμη παρά μόνο όταν συναναστρέφεται τρίτους. Σε όλες τις περιπτώσεις πάντως αυτή καλύπτεται μέσω της ευγένειας του. Η κατηγορία προς ένα συνπεριθαλλόμενο του πως δεν κάνει μάνιο ποτέ, η οποία έγινε ενώπιον πολλών ακόμη ατόμων καθώς και η ευκολία με την οποία θα προσβάλλει τον ολιγοφρενή συγκάτοικο του θα ήταν παραδείγματα τέτοιας μη ευαισθησίας προς τους άλλους. Ακόμη, δεν είναι λίγες οι φορές που σε μία ομαδική συνάντηση δε θα διστάσει, να γυρίσει προς εμένα για να συζητήσουμε για κάτι που τον αφορά, τη στιγμή που κάποιος άλλος έχει το λόγο, πράγμα που είναι αρκετά προσβλητικό για όποιον μιλά εκείνη τη στιγμή. Η απώλεια συναισθηματικού ελέγχου συμβαίνει σπάνια. Είναι σχεδόν πάντα από πολύ ήσυχος και στεναχωρημένος έως χαρούμενος. Έχουμε να παραθέσουμε ένα μόνο ξέσπασμα θυμού. Αυτό περιλάμβανε τη δήλωση πως επρόκειτο να φονεύσει κάποιον- ο οποίος υποτίθετο ότι τον έκλεβε -η οποία συνοδευόταν από έκρηξη κινήσεων και αναπαραστάσεων της επιθυμούμενης σκηνής, δυνατή φωνή και εκφραστικότητα του προσώπου. Η έλλειψη αυτοκριτικής η απώλεια πρωτοβουλίας και η ανευθυνότητα αν και θα ήταν άδικο να θεωρηθούν συχνές ως εκδηλώσεις, χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά του. Όταν η αυτοκριτική επισυμβαίνει είναι διαστρεβλωμένη. Επίσης παρούσα είναι και η αναζήτηση κριτικής από την εκάστοτε ψυχολόγο με την οποία συνομιλεί. Όσον αφορά την απώλεια πρωτοβουλίας, μπορεί να «παραδίδει τα όπλα» μπροστά στους δικούς του όμως στις μεταξύ μας συναναστροφές συχνά προτείνει μια ασχολία ή καθορίζει ένα πρόγραμμα. Βέβαια πέρασε κάποιος καιρός μέχρι να αρχίσει να συμβαίνει κάτι τέτοιο.. Ανευθυνότητα (ίσως και ανωριμότητα) θα χαρακτηρίζαμε την άρνηση του να κρατάει το μπαστούνι του μιας και διαφορετικά πέφτει και χτυπά καθώς και την μη ακύρωση της συνάντησής μας ενώ ήταν άρρωστος γεγονός που δείχνει επίσης τον εγωκεντρισμό του. «Ε τι να σε χάσω ρε κούκλα μου? Δεν μπορούσα τόσο καιρό είχα να σε δω». Ενδεικτικό της μειωμένης κοινωνικής ευαισθησίας του θα ήταν ότι δεν φρόντισε να προστατέψει άλλους από τον ιό που είχε προσβληθεί. Αντιθετικά η υπενθύμιση στις νοσοκόμες πως είναι φορέας ηπατίτιδας και πρέπει να φορέσουν γάντια προκειμένου να φροντίσουν τα τραύματα του δείχνει μια υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους. Για την άρση των αναστολών έχουμε να αναφέρουμε κάποια περιστατικά. Πέρα από το δυνατό παιδικό γέλιο, αυτή αφορά τη σεξουαλικότητα. Δεν διστάζει να μας ακουμπάει και να εκδηλώνει τρυφερότητα με αυτό τον τρόπο. Έχει προσπαθήσει να μας φιλήσει και μας έχει προτείνει να τον βοηθήσουμε να αλλάξει

ρούχα. Αξίζει να σημειωθεί πως τα συμβάντα αυτά έγιναν στην πορεία του χρόνου και αναλογικά με το χρονικό διάστημα που τον επισκεπτόμαστε.

Η άρση των αναστολών και η πραγματοποίηση όλων των πόθων του ήταν δυναμικά παρούσες και στην ζωή του πριν το ατύχημα. Ο άνθρωπος αυτός δεν δίσταζε, ή διαφορετικά όταν δίσταζε έκανε χρήση ναρκωτικών ουσιών ώστε να το καταπολεμήσει; Ή μήπως μέσα από τη χρήση των ουσιών κατάφερνε να γίνεται υπερβατικός στον ύψιστο βαθμό;

Στο συγκεκριμένο ασθενή δεν λείπει μια συνειδητοποίηση των πράξεων και των σκέψεων έστω και κατόπιν εορτής γι αυτό και κάποιες φορές καταθλίβεται. Καταλαβαίνει και μέσα από την κουβέντα μας όχι μόνο ποιος είναι και τι κάνει αλλά και ποιος ήταν και τι έκανε. Σίγουρα υπάρχει δυσκολία για πλήρη επίγνωση και μια ολοκληρωμένη εικόνα εαυτού όπως μάλλον συνέβαινε και προτραυματικά, όμως δεν λείπουν οι εκπλήξεις αυτογνωσίας π.χ. «χαζογελάω όλα την ώρα». Και πάλι αυτές οι εκδηλώσεις εμφανίστηκαν στη πορεία των συνομιλιών μας.

Σε ότι αφορά την απώλεια διορατικότητας και όσα τη συνεπάγονται παραθέτουμε κάποια συμβάντα. Έχει χαρακτηρίσει σαν κατάντια τη κατάσταση ατόμων με νοητική υστέρηση στο θεραπευτήριο δείχνοντας πως δεν αντιλαμβάνεται τη διαταραχή. Ορισμένες φορές αδυνατεί να καταλάβει το νόημα κάποιας πρότασης στο βιβλίο που του διαβάζουμε κυρίως όταν αφορά σκέψεις και συναισθήματα που δεν έχει, οπότε δεν βρίσκει προσωπικό ενδιαφέρον (ναρκισσισμός). Τότε συνήθως μεταφράζει το νόημα διαφορετικά, έτσι που να συναντά τις γνωστές σε αυτόν απόψεις. Επίσης δεν καταλαβαίνει πότε ενοχλεί κάποιον ή ότι πρέπει να περιμένει για να μιλήσει ή ότι εμείς θέλουμε ν' ακούσουμε ενδεχομένως κάποιον άλλον που μιλά ώστε να μην μας απασχολεί.

Ένας θάνατος μέσα στο θεραπευτήριο δεν τον απασχόλησε, τον ξεχνά την ίδια στιγμή όπως και όλα τα γεγονότα στα οποία δεν εμπλέκεται.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΑ

Οι κοινωνικές επιπτώσεις των γνωστικών διαταραχών και των αλλαγών στη προσωπικότητα θα παρουσιαστούν συνοπτικά σε τρεις παραγράφους.

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Όταν ο ασθενής επιστρέφει σπίτι του από το νοσοκομείο ή το κέντρο αποκατάστασης οι σχέσεις με το σύζυγο ή τους συγγενείς πρέπει να προσαρμοστούν σε τυχόν παραμένοντα προβλήματα. Οι τελευταίοι φαίνεται να αντιμετωπίζουν αρκετά καλά τη παρατεταμένη σωματικά αναπηρία. Η εικόνα αλλάζει όταν οι νοητικές αναπηρίες είναι παρούσες. Μια μειωμένη μνήμη και μία ψυχική βραδύτητα μπορούν να δημιουργούν προβλήματα και να οδηγούν σε ματαιώσεις τους συγγενείς αλλά συχνά μπορούν να ανταπεξέλθουν. Σημαντικές αλλαγές στη προσωπικότητα και προβλήματα συμπεριφοράς σε αντίθεση συνήθως προκαλούν σημαντικό στρες στο ανθρώπινο περιβάλλον του σπιτιού. Έρευνες των Jennett (1972), Panting and Merry (1972) και Thomsen (1974) δείχνουν πως οι συναισθηματικές διαταραχές δύσκολα βελτιώνονται και δημιουργούν μια μόνιμη επιβάρυνση για το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή. Τα πιο κοινά συμπτώματα είναι: ευερεθιστότητα, έξαψη, ανησυχία και παιδική συμπεριφορά. Με βάση τα παραπάνω αναγνωρίστηκαν τα παρακάτω προβλήματα ως οι καλύτεροι παράγοντες πρόβλεψης υποκειμενικής επιβάρυνσης που βιώνεται από τα άτομα που τους φροντίζουν: παιδική συμπεριφορά, απώλεια ενδιαφέροντος αλλαγές στη σεξουαλική ζωή, κατάθλιψη, ένταση και ανησυχία. Πολλοί συγγενείς αναπτύσσουν κατάθλιψη και χρειάζονται υποστηρικτική φαρμακευτική αγωγή. Οι ρόλοι μέσα στην οικογένεια πολλές φορές αλλάζουν. Η γυναίκα γίνεται ο αρχηγός της οικογένειας μια και συνήθως οι τραυματίες είναι άνδρες. Οι σύζυγοι δεν καταφέρνουν να ανταπεξέλθουν στις ανάγκες του ασθενή γιατί δεν υπάρχει συναισθηματική ανατροφοδότηση από τους τελευταίους. Τα διαζύγια σε τέτοια ζευγάρια είναι πολλά. Ο Brooks (1984b) αναφέρει ότι οι γονείς τα καταφέρνουν καλύτερα με τις αλλαγές της προσωπικότητας του ασθενή από τους συζύγους. Αυτό φαίνεται να οφείλεται στο γεγονός ότι οι γονείς έχουν ο ένας τον άλλον, αλλά και το ότι μπορούν εύκολα να αντιμετωπίσουν π.χ. την παιδική συμπεριφορά μιας και κάποτε το έχουν ξανακάνει. Ενώ οι σύζυγοι πρέπει να

αναλάβουν ένα ρόλο που ποτέ δεν ήθελαν. Τα παιδιά των ασθενών πραγματικά υποφέρουν μέσα στο σπίτι. Οι ασθενείς συχνά τα χτυπούν επειδή κουράζονται εύκολα και χάνουν τη ψυχραιμία τους. Επίσης τα παιδιά στερούνται αγάπης και τέλος υποφέρουν και από την παιδομορφία του γονέα γιατί τσακώνονται συχνά για ασήμαντα θέματα.

ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ

Στις επιπτώσεις των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων προεξέχουσα θέση κατέχει η κοινωνική απομόνωση. Οι περισσότεροι ασθενείς χάνουν πολλούς αν όχι όλους τους φίλους τους και οι επαφές με αυτούς που τους απομένουν δεν είναι σαν πριν. Επίσης δεν έχουν εύκολα την ευκαιρία να κάνουν νέες φιλίες γιατί τον περισσότερο χρόνο είναι στο σπίτι τους. Η δουλειά του Oddy et al (1978) προτείνει μια σχέση ανάμεσα στη σοβαρότητα βλάβης εκφραζόμενη με τη διάρκεια μετατραυματικής αμνησίας και του ρυθμού κοινωνικής απομόνωσης. Οι γνωστικές διαταραχές παίζουν επίσης ρόλο στη κοινωνική απομόνωση αφού οι ασθενείς ξεχνούν, ενοχλούνται εύκολα, είναι λεκτικά επιθετικοί κ.α. Πάντως οι ίδιοι οι ασθενείς δηλώνουν πως προτιμούν να κάνουν παρέα με γηραιότερα άτομα γιατί είναι καλοί υπομονετικοί και λιγότερο απαιτητικοί από τα άτομα της ηλικίας τους.

ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ

Ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για επιστροφή στη δουλειά είναι η σοβαρότητα της κάκωσης. Η σχέση σοβαρότητας τραύματος και επιστροφής στη δουλειά δεν είναι τέλεια γιατί εμπλέκονται κι άλλα θέματα όπως η παρουσία σωματικών ελαττωμάτων που μπορεί να αποκτήθηκαν στο ίδιο ατύχημα. Άλλος παράγοντας που εμπλέκεται είναι η ανοχή του εργοδότη. Μπορεί ο εργοδότης να προσαρμόσει τις απαιτήσεις του από τον ασθενή στις μετατραυματικές του δυνατότητες ή και να μην το κάνει. Ένας ακόμα παράγοντας είναι το επίπεδο ανεργίας το οποίο επηρεάζει όλους τους εργαζόμενους ή μη. Η ηλικία του ατόμου όταν τραυματίστηκε παίζει ρόλο ως προς την προσαρμογή του κατά την επιστροφή στη δουλειά, αλλά και το χρονικό διάστημα που ήταν σε κώμα. Όσο μεγαλύτερο το άτομο ή το χρονικό διάστημα του κώματος τόσο δυσκολότερη η επιστροφή.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟ

Ένα τραύμα στο κεφάλι είναι ένα συγκλονιστικό γεγονός. Το θύμα πάντα δείχνει κάποια συναισθηματική αντίδραση και η μορφή της μπορεί να είναι από ανησυχία, ένταση ως καταθλιπτική διάθεση. Όλα τα σωματικά τραύματα μπορεί να έχουν τέτοιο συναισθηματικό αντίκτυπο όμως το εγκεφαλικό τραύμα είναι ιδιαίτερη περίπτωση γιατί ο εγκέφαλος βιώνεται ως πλησιέστερος στο εγώ από ότι άλλα μέρη του σώματος. Η παροδική ανησυχία είναι το πιο συχνό σύμπτωμα μέχρι ένα μήνα μετά το χτύπημα. Μια φοβία για την κίνηση στους δρόμους συχνά αναφέρεται. Οι συνθήκες τραυματισμού παίζουν ρόλο στις συναισθηματικές μετατραυματικές αντιδράσεις του ασθενή. Το αν το ατύχημα έγινε με αναμενόμενο τρόπο ή ασυνήθιστο, μέρα ή νύχτα, αν υπήρχαν άλλα θύματα επηρεάζουν αναλόγως περισσότερο ή λιγότερο. Οι ψυχογενείς παράγοντες αφορούν τη προνοσηρή προσωπικότητα του ασθενή. Ο Kozol (1946) επεσήμανε ότι άτομα με προτραυματικές νευρωτικές τάσεις έχουν πιο πολλές πιθανότητες να αναπτύξουν διαρκή παράπονα για πονοκεφάλους ζάλη και αϋπνία. Οι ασθενείς μπορεί επίσης να είναι εμπόλεμοι και καταθλιπτικοί όταν δουν πως είναι ανίκανοι να εκτελέσουν εργασίες που πριν έκαναν με ευκολία. Όσον αφορά τους κοινωνιολογικούς παράγοντες, το κοινωνικό περιβάλλον του ασθενή μπορεί να είναι υποστηρικτικό και εμπνευστικό ώστε να μπορέσει να σταθεί πάλι στα πόδια του. Πολύ σημαντική είναι η οικογένεια του ασθενή. Όπως λέει ο Lezak (1988) η εγκεφαλική βλάβη είναι οικογενειακή υπόθεση. Η στάση του εργοδότη παίζει σημαντικό ρόλο, όπως και των συναδέλφων. Αν ο ασθενής νιώθει πως τον εκτιμούν θα είναι ευκολότερο να ξεπεράσει κάποιες καταθλιπτικές επιπτώσεις. Είναι αποδεδειγμένο πως ο θεράπωντας ιατρός μπορεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη συναισθηματική υποστήριξη του ασθενή. Ο τελευταίος χρειάζεται πληροφορίες για τη κατάσταση του και πρόγνωση όπως και διαβεβαίωση πως κάποια συμπτώματα είναι μέσα στο πλαίσιο του κανονικού. Ακόμα και με τη βέλτιστη ιατρική και κοινωνική υποστήριξη κάποιοι ασθενείς θα αναπτύξουν ψυχιατρικά συμπτώματα όπως μετατραυματική ψύχωση.

Τα κοινωνικά επακόλουθα στη περίπτωση του ασθενούς μας ήταν τα παρακάτω: Η αμνησία του κράτησε πολύ καιρό με αποτέλεσμα να μην αναγνωρίζει κανέναν. Ήταν εχθρικός προς τους συγγενείς του. Οι φίλοι του, όσους είχε, δεν μπορούσαν να επικοινωνήσουν μαζί του μα και εκείνος δε μπορούσε να βγει εκτός σπιτιού. Η μητέρα του φρόντιζε ένα μικρό παράξενο παιδί από την αρχή. Η επιστροφή του στη δουλειά του ως σχεδιαστής κοσμημάτων δεν ήταν με κανένα τρόπο εφικτή. Όλη του η ζωή άλλαξε ριζικά. Ο ασθενής επιστρέφοντας στο σπίτι και αποκτώντας τη συνείδηση του, ζητούσε να πιεί ποτό σε αντικατάσταση της ηρωίνης. Αυτό εμπίπτει τόσο στη προνοσηρή του προσωπικότητα και δραστηριότητα όσο και στη συναισθηματική κατάσταση που βρισκόταν λόγω του ατυχήματος. Ανέπτυξε κάποιες φαντασίες για το ποιος τον «πάτησε» με το αυτοκίνητο για τις οποίες όμως δεν είναι σίγουρος. Το μόνο υποστηρικτικό περιβάλλον που είχε ήταν οι γονείς του και λίγο τα αδέρφια του, αν και ο πατέρας του μετά από λίγο έφυγε από τη ζωή. Δεν γνωρίζουμε αν υπήρξε επαρκής συναισθηματική υποστήριξη από τον θεράποντα ιατρό πάντως το τραύμα ήταν σοβαρό. Δεν λείπουν κάποιες έμμονες ιδέες (ενίοτε σχεδόν παραληρητικές) και ίσως κάποιες παραισθήσεις που όμως δεν τον καθιστούν επικίνδυνο μέσα στο θεραπευτήριο. Λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή, συνεπώς η κατάσταση του-εικάζουμε- θα ήταν διαφορετική χωρίς αυτή.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. H. Van Zomeren and R.J.Saan “Psychological and social sequelae of severe head injury, Handbook of Clinical Neurology, Vol.13 (57), 1990 Elsever Science Publishers B.V. 1990.

Dr. Wolfgang Gobiet “Craniocerebral”, London 23/10/2000