



ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ & ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΑΘΗΝΑΣ (Θ.Χ.Π.ΑΝ.Α,
Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Πρόνοιας)

ΔΙΔΑΚΤΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΜΑΘΗΜΑ «**ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**» Επισκέπτης
Καθηγητής : Σάββας Μπακιρτζόγλου, ψυχολόγος Θεραπευτηρίου
Χρονίων Παθήσεων Ανατολικής Αθήνας (Θ.Χ.Π.ΑΝ.Α Υπουργείο
Εργασίας και Κοινωνικής Πρόνοιας).

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ

Θέμα Εισηγήσεως: « Η Ψυχοπαθολογία των ανθρώπων με κινητικές αναπηρίες μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Η εμπειρία στο Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Ανατολικής Αθήνας»

Αθήνα 1995

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

1.Ο κινητικά ανάπηρος η οικογένειά του και η ομάδα αποκατάστασης.....	σελ.	3
2. Γενικά περί απώλειας,.....	σελ.	8
2.1 Δυνατότητα επεξεργασίας της απώλειας με (ψυχική) εργασία του πένθους.....	σελ.	9
2.2 Δυσλειτουργία της (ψυχικής) εργασίας του πένθους...	σελ.	9
3.Ψυχοκοινωνικά προβλήματα μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.....	σελ	9
3.1 Ο ασθενής με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.....	σελ	9
3.2. Το περιβάλλον του ασθενούς με αγγειακό εγκεφαλικό Επεισόδιο.....	σελ.	11
4. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα μετά από τραυματισμό της Σπονδυλικής στήλης.....	σελ.	12
4.1. Ο παραπληγικός-τετραπληγικός ασθενής.....	σελ	13
4.2. Το περιβάλλον του παραπληγικού ασθενούς.....	σελ	15
4.3. Η σημασία του αθλητισμού στους παραπληγικούς.....	σελ	16
5.Ψυχοκοινωνικά προβλήματα μετά από κρανιοεγκεφαλικές Κακώσεις.....	σελ	16
5.1.Γνωστικές αναπηρίες (Cognitive disorders).....	σελ	17
5.2. Αλλαγές στην προσωπικότητα.....	σελ	19
5.3.Κοινωνικά προβλήματα.....	σελ.	20
5.4. Συγκινησιακές αντιδράσεις.....	σελ.	21
6. Βιβλιογραφία.....	σελ.	22

1.0 κινητικά ανάπηρος η οικογένειά του και η ομάδα αποκατάστασης

Δε μπορούμε να δουλέψουμε με τους αρρώστους μας όποιο κι αν είναι το μετερίζι μας αν προηγουμένως δεν καταλάβουμε τι έχουν . Αυτό που έχουν δεν είναι μόνο αυτό που μας λένε ότι έχουν ούτε μόνον αυτό που φαίνεται ότι έχουν: Δεν είναι μόνον ή έκδηλη κλινική εικόνα τους, ούτε η προφανής σημειολογία τους μόνο, αλλά επιπροσθέτως μια ολόκληρη αθέατη-λανθάνουσα πλευρά τους την οποία όσο περισσότερο εξιχνιάσουμε τόσο πιο κοντά τους θα βρεθούμε. Οι ασθενείς μας αυτό ζητούν: να είμαστε κοντά τους. Άλλωστε η ετυμολογία της λέξης «*θεραπεία*» και «*θεραπεύω*»: *αφορά στη περιποίηση και τη συνοδεία του ασθενούς στη διαδρομή της ασθένειας του*. Ο ασθενής μας είναι η αρρώστια του *plus*.

Επίσης ο άρρωστος δεν είναι μόνος του. Ζει, εξελίσσεται και αλληλεπιδρά μέσα σ'ένα ολόκληρο περιβάλλον πρωτίστως την οικογένεια. Φαίνεται περίεργο αλλά πολύ συχνά είναι σημαντικότερη η δουλειά με το περιβάλλον του παρά με τον ίδιο τον ασθενή τον οποίο νοσηλεύουμε με σάρκα και οστά.

Τέλος ο άρρωστος μας δεν είναι ανιστορικός. Έχει καταγωγή, ιστορία και προϊστορία, παρελθόν εμπειρίες, βιώματα και εμείς τον περιλαμβάνουμε με όλα αυτά. Όσο καλύτερα εντρυφήσουμε στις παραμέτρους που τον συνιστούν τόσο περισσότερο θα τον θεραπεύουμε.

Τι ζητάει ο ασθενής μας και η οικογένειά του; Γιατί έρχονται σ'εμάς; ποιο είναι το αίτημά τους ; Σαφώς έρχονται σ'εμάς πρωτίστως για ένα λόγο: γιατί *δεν τα κατάφεραν μόνοι τους*. Δεν κατάφεραν να *χωρέσουν τα αχώρεστα* δηλαδή την ταραχή και τις εντάσεις που προκύπτουν από την απώλεια της υγείας και της σωματικής τους ακεραιότητας. Αυτοί και οι οικογένειές τους είδαν τη ζωή και το μέλλον τους ν'αλλάζει και να «βραχυκυκλώνει» εν μια νυκτί.

Η δουλειά του ψυχικού οργάνου (ψυχική εργασία) είναι η λυσιτελής διαχείριση των κρίσεων, των δραματικών ματαιώσεων της πραγματικότητας και των δοκιμασιών απώλειας στις διαδρομές της ζωής μας. Έχουμε την ψυχή μας για να διεργαζόμαστε τους *ευνουχισμούς* μας. Αν ο ψυχισμός μας, το Εγώ μας είναι επαρκώς μάχιμο τότε θα «διατάξει» και θα βάλει μπροστά μια ολόκληρη διαδικασία , ένα ολόκληρο

«εργοστάσιο» επεξεργασίας και «μεταβολισμού» του συγκινησιακού φορτίου που προκύπτει από την απώλεια. Πρόκειται για την *εργασία του «πένθους»*. Δεν τα καταφέρνουμε πάντα, η εργασία του πένθους είναι μόνον κατά το μάλλον ή ήττον επιτυχής οπότε σε περιπτώσεις σοβαρής δυσλειτουργίας του φυσιολογικού πένθους το Εγώ μας βραχυκυκλώνει, *χάνουμε τα μέσα μας και παραλύουμε, διαψεύδοντας* συχνά μια περιοχή της πραγματικότητας. Τότε μπορεί να αρνιόμαστε ότι χάσαμε κάτι.

Κλινικό Παράδειγμα: η περίπτωση της μητέρας του Δημήτρη. Ο γιός της υπέφερε από σοβαρότατες κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (μετωπιαίο σύνδρομο) και ήταν ανάπηρος μετακινούμενος σε αναπηρικό αμαξίδιο. Δεχόταν επί σειρά πολλών μηνών το πρόγραμμα φυσικής αποκατάστασης στο κέντρο μας. Η πρόγνωση δεν ήταν και τόσο καλή, όπως στις περισσότερες περιπτώσεις σοβαρών κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων. Υποστήριζα επί μακρόν τη μαμά του η οποία όλο αυτό το διάστημα συμπαραστεκόταν με αυταπάρηση στο γιό της. Κάποτε μου είπε: «κουράστηκα πια...τόσοι μήνες στα νοσοκομεία.. Πότε επιτέλους ο Δημήτρης θα γίνει καλά να επιστρέψει στο γυμναστήριό του (ήταν γυμναστής..), η επιχείρησή του τον περιμένει..»

Όταν λιμνάζουμε μέσα στην απώλεια, ζητάμε βοήθεια, στην καλύτερη περίπτωση. Αυτό είναι που ζητάνε οι ανάπηροι ασθενείς μας αλλά και οι δικό τους: να κάνουμε εμείς γι αυτούς αυτό που μόνοι τους δεν καταφέρνουν να πράξουν. Νοσοκομείο δεν μας ζητάνε ; Αποκατάσταση δεν τους λέμε ότι κάνουμε; Ποια νοήματα μπορεί να συμπυκνώνουν οι λέξεις «νοσοκομείο» και «αποκατάσταση» γι αυτούς;

Στη φαντασία τους συνιστούμε ένα χώρο (το ίδρυμα), ένα σκεύος, ένα container (δεξαμενή). Αποτελούμε γι αυτούς ένα εμπειρόχον χωρητικό, λειτουργικό, ανθεκτικό και κατάλληλο ώστε να χωράει και να κρατάει τις ακατέργαστες και άμορφες ποσότητες διεγέρσεων που κατακλύζουν σαν «τσουνάμι» το δικό τους Εγώ. Το δικό τους «ποτήρι» ήταν μικρό και γρήγορα ξεχειλίσει οπότε ζητάνε επέκταση της χωρητικότητας μέσα από εμάς.

Το Εγώ τους βρίσκεται εκτεθειμένο σε διαταρακτικές συνθήκες επειδή πρόσφατα δέχτηκε μian «κόλαφο» ένα πλήγμα που το ονομάζουμε «**ναρκισσιστικό πλήγμα**»: έχασαν ένα μέρος του σώματός τους, ακρωτηριάστηκαν. Αυτό που έχασαν έκανε μια «δουλειά» στο Εγώ τους που τώρα την απώλεσε.

Κάθε φορά που χάνουμε κάτι προκύπτει μέσα διέγερση και έντονη αναστάτωση («εσωτερική τρικυμία») εν είδει ωστικού κύματος και θέλουμε κάπου να την «αδειάσουμε»: είναι μια άμορφη και τοξική ποσότητα την οποία θέλουμε να εκφορτίσουμε .

Σε ποιόν βαθμό εμείς οι θεραπευτές, οι λειτουργοί της φυσικής αποκατάστασης μπορούμε να συνιστούμε εκείνον τον λειτουργικό χώρο ο οποίος να μπορεί να χωράει και να κρατάει τις «**ποσότητες**» των ασθενών μας, να τις επεξεργάζεται για λογαριασμό τους και να τις επιστρέφει σ' αυτούς σαν κάτι καλό; Πρόκειται για μια ολόκληρη λειτουργία ανάλογη της μητρικής την οποία ονομάζουμε και «*ονειροπολούσα λειτουργία*»(κατά Bion) ή «*good enough mother*» κατά Winnicott.

Η λειτουργική μαμά ακούει το μωρό της που οδύρεται και κάνει μια ολόκληρη διανοητική επεξεργασία σκέψης: «τι μπορεί να θέλει το μωρό μου; μήπως διψάει; μήπως πεινάει; μήπως κρυώνει; κ.λπ.». Διεργάζεται την ακατάσχετη ένταση του μωρού της και προσπαθεί με τη φαντασία της, νοερά, να καταλάβει και να ερμηνεύσει την έντασή του μεταβολίζοντας και επιστρέφοντάς την σαν κάτι καλό π.χ. σπεύδει να το σκεπάσει , να το ταΐσει κ.λπ. Η μη λειτουργική διαταραγμένη στη συμπεριφορά προψυχωτική ή ψυχωτική μαμά φτάνει ακόμα και να πετάει το μωρό της στα σκουπίδια επειδή κλαίει ...

*Επομένως και κατ'αναλογία το ερώτημα είναι: σε ποιο βαθμό μπορούμε - διεργαζόμενοι νοητικά τις εντάσεις των ασθενών μας- να συνιστούμε έναν **ενδιάμεσο λειτουργικό χώρο** ανάμεσα σε εμάς και σε αυτούς; Είναι αυτός ο ενδιάμεσος χώρος μέσα στον οποίο εμείς πραγματοποιούμε τη διεργασία των αναστατώσεων των ασθενών μας ο οποίος συγκροτεί και την απόσταση ανάμεσα στο Εγώ και το Μη Εγώ, ανάμεσα σε εμάς και τον αυτούς..*

Τότε μόνον είναι όπου ως λειτουργός δε θίγομαι από την όποια συμπεριφορά του ασθενούς απέναντί μου: δεν παίρνω προσωπικά τις επιθέσεις του και την όποια αλλόκοτη συμπεριφορά του αφού έχω χτίσει τη διαφοροποιούσα απόσταση απ' αυτόν. Είμαι σε θέση να μπορώ να τον σκέπτομαι κλινικά. Ο ασθενής συνήθως δεν μου κάνει κάτι. δεν μου το κάνει, απλά το κάνει επειδή ενδεχομένως είναι διαταραγμένος. Είμαι σε θέση να τον χωρέσω μαζί με το «φορτίο» του;

Είναι αυτή καθαυτή η δημιουργία του *ενδιάμεσου χώρου* η οποία συνιστά την αναγκαία συνθήκη για να είμαστε λειτουργικοί ως θεραπευτές(ή “*good enough therapists*”).

Παραδείγματα λειτουργίας του «ενδιάμεσου χώρου»:

- Ο Θ..Χ. στην κλειστή μονάδα νοσηλείας (Γλυφάδα) δε με βρίζει όταν είναι μεθυσμένος. Πρόκειται για μια μελαγχολική δομή επομένως μονίμως τύπτεται και ντρέπεται για τις «αμαρτίες» του παρελθόντος και οι ενοχές του είναι ουσίες «διαλυτές» στο οινόπνευμα.

- Ο Σίμος επίσης στην κλειστή μονάδα νοσηλείας στη Γλυφάδα δεν είναι ότι επιχειρεί ν'αποπλανήσει την φυσιοθεραπεύτρια με τα γλυκόλογά του. Στα πλαίσια του «μετωπιαίου συνδρόμου» ο ασθενής με σοβαρές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις υφίσταται δραματική αλλοίωση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του με προεξάρχουσα την άρση των αναστολών του και πρωτίστως των σεξουαλικών. Η φυσιοθεραπεύτρια καλείται να μπορεί να χωράει την «διαχυτικότητα» του ασθενούς της, να δύναται να την διεργάζεται την “flirty” προδιάθεσή του ως κινητοποιούσα δύναμη και μάλιστα να είναι σε θέση να την αξιοποιεί κατάλληλα ώστε εκείνος να συνεχίσει να έρχεται. Εκείνη καλείται να του την επιστρέφει ως κάτι καλό. Διαφορετικά εκείνος τη βιώνει ως απόρριψη η οποία μοιραία οδηγεί σε ρήξη της σχέσης με την θεραπεύτριά του.

Ούτε μπορούμε να ερεθιζόμαστε παρατηρώντας την κολλώδη (σύμμεικτη, συγκυτιακή) σχέση της μαμάς του Σίμου με το γιό της (και αντίστροφα..). Γνωρίζουμε ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ο ανάπηρος ασθενής -πόσω μάλλον με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις-παλινδρομεί (μετωπιαίο σύνδρομο) σε προηγούμενα στάδια της ψυχοσεξουαλικής εξέλιξης και οργανώνει εξαρτητικές σχέσεις με τον φροντιστή του και δη τη μαμά. Γίνεται τότε ένας νοσταλγός του χαμένου παραδείσου, του ειδυλλίου των δύο: του βρέφους με τη μαμά του (δυαδική σχέση). Άλλωστε αποτελεί σημαντικό ερώτημα αν το λανθάνον αίτημα αμφοτέρων, μάνας και γιού δεν είναι ακριβώς τούτο: Να παίζει το θεραπευτήριο έναν καταλυτικό- διαχωριστικό ρόλο μέσα στη συγχωνευτική τους σχέση, ανάμεσα στη άρρηκτη «ιερά συμμαχία» των δύο. Είμαστε εμείς οι θεραπευτές οι οποίοι καλούμαστε να διαδραματίσουμε το ρόλο αυτού του «αντίβαρου» επιδιώκοντας να οργανώσουμε μια ουσιαστική-δεδεαστική σχέση με το γιό, ανταγωνιστική της σχέσης με τη μαμά του. Εισάγουμε τότε και συνιστούμε τον τρίτο στην άρρηκτη-«ιερά» συμμαχία των δύο. Ο τρίτος είναι αυτός που εγγυάται την όσμωση του υποκειμένου με τον εξωτερικό κόσμο δηλαδή με τη ζωή.

-Ο Γιώργος Κ. στη γλυφάδα θα σταματούσε ενδεχομένως να «σπάει τα νεύρα» στους θεραπευτές του αν αυτοί γνώριζαν ότι η βλάβη του δεξιού ημισφαιρίου μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο συνεπάγεται υπομανιακές εξάρσεις και υπερδιέγερση πόσω μάλλον επί εδάφους εγγενούς προδιαθέσεως στη μανία.

-Η κόρη της τάδε ηλικιωμένης με εγκεφαλικό σταματάει να μας εξοργίζει, με την ακατάσχετη επιμονή της συνεχίζουμε επ'αόριστον το Πρόγραμμα αποκατάσταση στη μαμά της, αν υποψιαστούμε ότι αυτή ακριβώς η κόρη κάμπτεται, τύπτεται, δεν αντέχει να βλέπει τη μαμά της να γερνάει, να αποδυναμώνεται, να εκπίπτει οπότε είναι σα να μας ζητά να ανατρέψουμε πάση θυσία την υποτροπιάζουσα εικόνα της. Αυτό άλλωστε της θυμίζει ενδεχομένως τα δικά της επερχόμενα γηρατειά οπότε ζητάει από εμάς να κάνουμε το θαύμα δίνοντας το ελιξίριο ζωής και νιότης στη μαμά της.

-Τις προάλλες λειτουργός στην κλειστή μονάδα νοσηλείας στα Μελίσσια δυσανασχέτησε έντονα επειδή ο ασθενής που συνόδευε για ιατρικές εξετάσεις στο νοσοκομείο ήταν δύστροπος, απότομος, καθυβριστικός. Πρόκειται για τον περιθαλπόμενο Παναγιώτη Ρ. Περίπτωση -τω όντι- με δύσκολη ιδιοσυγκρασία. Είναι αντιδραστικός, δεινός χαρτοπαίκτης, αυτοκαταστροφικός, σε μόνιμη ρήξη με τους θεσμούς την οικογένεια κ.λπ. Υπενθύμισα στη συνάδελφο ότι πέρα από το εγκεφαλικό και την καρδιακή του ανεπάρκεια είχε πρόσφατα διαγνωσθεί από καρκίνο του πνεύμονα και ότι το προσδόκιμο της ζωής του ήταν μόνο λίγων εβδομάδων. Συνέχισα συμπληρώνοντας ότι η αντιδραστική και ευερέθιστη ιδιοσυγκρασία του έκανε ώστε να εκφράζει με εχθρότητα την -κατακλυσμική για το Εγώ του- επιθανάτια αγωνία του. Η συνάδελφος μου απάντησε ότι αυτό δεν την ενδιέφερε και ότι σε καμία περίπτωση ανεχόταν να την βρίζουν οι περιθαλπόμενοι και να την εκθέτουν μπροστά στους γιατρούς του νοσοκομείου. Τι έχει γίνει εδώ; Η συνάδελφος έχασε τα «μέσα της» δηλαδή τα «εργαλεία» της δουλειάς της. Ήρθε πρόσωπο με πρόσωπο με τον περιθαλπόμενο, σε απόσταση αναπνοής μαζί του, έγινε ένα μαζί του οπότε καταργήθηκε ο «πάγκος» εργασίας της. Χάθηκε ο ενδιάμεσος χώρος ανάμεσα σ'αυτήν και τον περιθαλπόμενο οπότε εκείνη «βραχυκύκλωσε» και σταμάτησε να λειτουργεί έχασε τη δεκτικότητά της οπότε δε μπορούσε πια να σκεφτεί, να λειτουργήσει κλινικά.. Είχε «πεταχτεί» έξω από τον ρόλο της, δεν μπορούσε πια να χωράει τον ασθενή μαζί με τις εντάσεις του.

Εν κατακλείδι, το «εργαλείο» της δουλειάς μας ως λειτουργοί της αποκατάστασης είναι ο *ενδιάμεσος λειτουργικός χώρος ανάμεσα σ'εμάς και τον υποστηριζόμενο*, ικανός να κρατάει (να διεργάζεται) αυτά που μόνος του ο ασθενής μας και το περιβάλλον του δε μπορούν να σηκώσουν.

Ο *ενδιάμεσος χώρος* χτίζεται και καλλιεργείται μεταξύ άλλων μέσα από:

- τις διαρκείς διεργασίες αυτοβελτίωσης και αυτογνωσίας
- την δια βίου μάθηση εκπαίδευση και εποπτεία (επιμορφωτικά σεμινάρια κ.λπ.).
- την τακτική μας συμμετοχή στις διεπιστημονικές ομάδες των λειτουργών της αποκατάστασης

2. Γενικά περί απώλειας

Το θέμα της *απώλειας* αφορά τον ασθενή και το περιβάλλον του (π.χ. δυσκολία να δέχομαι ότι ο γονιός μου γερνάει και με εγκαταλείπει)

Η «*ανατομία*» της *απώλειας*. Πρόκειται για ένα ισχυρό πλήγμα για το Εγώ μου (*ναρκισσιστικό πλήγμα ή ευνουχισμός*). Το ακέραιο σώμα μου έκανε μια δουλειά στο Εγώ μου (ιδέα ενός *Εγώ* υπερπληρωμένου, ακέραιου που τα έχει όλα) και τώρα, μετά τον ακρωτηριασμό μου (μόνιμο τραύμα, ασθένεια, αναπηρία κ.λπ.) σταματάει να μου κάνει αυτήν τη δουλειά.

Το *ναρκισσιστικό πλήγμα* είναι τόσο ισχυρότερο όσο πιο *ναρκισσιστική* είναι η οργάνωση του ατόμου. Στις *ναρκισσιστικές* οργανώσεις παρατηρείται δυσκολία στη διεργασία της *απώλειας* (στις περιπτώσεις έκπτωσης – φθοράς της υγείας, έκπτωσης της νεότητας κ.λπ.). Το ισχυρό *ναρκισσιστικό πλήγμα* οδηγεί σε *ναρκισσιστική* αναδίπλωση καταθλιπτικού τύπου..

2.1 Δυνατότητα επεξεργασίας της απώλειας με (ψυχική) εργασία του πένθους.

Εδώ το Εγώ του υποκειμένου έχει δεκτικότητα στον ευνουχισμό, στο πεπερασμένο των δυνατοτήτων του. Προεξάρχει η λειτουργία ενός υγιούς ερωγόνου μαζοχισμού.

Πρόκειται για τη δυνατότητά του υποκειμένου να υφίσταται και να υπομένει μέσω ερωτικοποιήσεως του πόνου (μαζοχιστική ικανοποίηση μέσα από τον πόνο). Τότε το ακρωτηριασμένο σώμα μπορεί να αναπαρίσταται ενδοψυχικά δηλαδή να πιάνει τόπο μέσα του, Το υποκείμενο δύναται να το «χωράει» ως ακρωτηριασμένο.

2.2 Δυσλειτουργία της (ψυχικής) εργασίας του πένθους. Εμφανίζεται πρωτίστως μέσω του αμυντικού μηχανισμού της **διάψευσης**. Ο ασθενής δυσχεραίνεται ν' αποχαιρετήσει αυτό που έχασε. Διαψεύδει την απώλεια.

Κυμαινόμαστε σε ένα continuum μεταξύ **φυσιολογικού (λειτουργικού)** και **παθολογικού (δυσλειτουργικού)** πένθους.

3. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

3.1 Ο ασθενής με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Φοβάται μεταξύ άλλων:

- την απώλεια ελέγχου στη ζωή του
- την παραμόρφωση
- το θάνατο
- την παραμόρφωση
- την απώλεια κινητικότητας
- τη σεξουαλική δυσλειτουργία

Είναι οι φόβοι αυτοί που τον οδηγούν σε **σύγχυση**. Επίσης ο ασθενής υποφέρει από **συναισθηματικές διαταραχές** (κατάθλιψη, μανιακές διαταραχές) μετά από θρόμβωση, αιμορραγία ή τραυματισμό. Μπορεί να προκύπτουν τότε απλά επεισόδια ή εκδήλωση συστηματικής σημειολογίας πρωτίστως μετά από **εγκεφαλικό ισχαιμικού τύπου** (ελάττωση ή διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος οφειλόμενη

σε αρτηριακό πρόβλημα). Η πρόσφατη εγκεφαλική βλάβη οδηγεί σε **συγγυτικοδιεγερτικά** συμπτώματα ενώ οι **συναισθηματικές διαταραχές** χρονικά λαμβάνουν χώρα (εγκαθίστανται) μετά την πρόσφατη εγκεφαλική βλάβη.

-Κατάθλιψη: επισυμβαίνει πρωτίστως μετά από βλάβη του **αριστερού ημισφαιρίου** και μάλιστα της μπροστινής του πλευράς. Άλλες έρευνες έδειξαν τη σχέση της κατάθλιψης με το **δεξί ημισφαίριο**. Οφείλεται στην άρση του αμφοτερόπλευρου **ελέγχου** και της ισορροπίας μεταξύ των δύο ημισφαιρίων. Η εμφάνιση της κατάθλιψης(ευσυγκινησία) ενισχύεται:

- από τις αφασικές διαταραχές οφειλόμενες πρωτίστως σε βλάβη του αριστερού ημισφαιρίου (σ' αυτό επιτελούνται λεπτές διεργασίες) με αποτέλεσμα να παρατείνεται η αναπηρία και να προκαλείται περαιτέρω καταθλιπτική αντίδραση.
- από την έκπτωση της ικανότητας συλλογισμού.
- από την απώλεια της λειτουργικής ανεξαρτησίας.
- από την έκπτωση των δραστηριοτήτων του ασθενούς.
- από την ύπαρξη προϋπαρχόντων χαρακτηριστικών που προδιαθέτουν στην κατάθλιψη.

Προκύπτει η προβληματική της διερεύνησης της προνοσηρής προσωπικότητας του ασθενούς με τη βοήθεια των «πληροφοριοδοτών»(πρόσωπα του περιβάλλοντος του ασθενούς). Η κατάθλιψη επιδεινώνεται όταν ο ασθενής έχει προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό. Τα κλασικότερα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι η απάθεια, η απόσυρση, και η απώλεια όρεξης. Φαρμακευτική αγωγή: αναστολείς σεροτονίνης.

Η κατάθλιψη μετά από εγκεφαλικό μπορεί να συνοδεύεται από αυτοκτονικό ιδεασμό. Μολονότι σπανίζουν οι αυτοκτονίες μεταξύ τέτοιων ασθενών. Η αυτοχειρία μπορεί να έρχεται ως ανακούφιση από τον πόνο κάθε φορά που η χρόνια ασθένεια δίνει στους ασθενείς μια αίσθηση αβοήθητου και απελπισίας. Το περιβάλλον βρίσκεται συχνά ανυποψίαστο επειδή ο ασθενής δεν εκφράζει κατ'ανάγκη αυτοκτονικές προδιαθέσεις (η άλλες ενδείξεις). Συνίσταται συζήτηση περί αυτοκτονίας (αυτό δεν επιταχύνει τυχόν απόπειρες) και, ενδεχομένως, ψυχιατρική νοσηλεία.

Ο ασθενής με εγκεφαλικό έχει πολλή δουλειά να κάνει. Καλείται να προσαρμοστεί στα κινητικά και γνωσιακά του ελλείμματα (π.χ. επανεκπαίδευση στο πώς να τρώει και πώς να μιλάει). Προσαρμόζεται τόσο ευχερέστερα όσο επιτυχέστερα «ρέει» η διαδικασία της εργασίας του πένθους.

-Μανιακές καταστάσεις: σχετίζονται πρωτίστως με βλάβη του **δεξιού ημισφαιρίου** (μολονότι έχει αναφερθεί και σχέση της μανίας με βλάβη του αριστερού ημισφαιρίου). Οφείλονται στην **ασυμμετρία των ημισφαιρίων** λόγω βλάβης.

Η μανία μετά από εγκεφαλικό είναι σπανιότερη από την κατάθλιψη και αυτό διότι πέραν της θέσης της βλάβης για την εμφάνιση της μανίας υπεισέρχονται περισσότεροι από έναν παράγοντες (πρωτίστως γενετική επιβάρυνση).

Οι βλάβες του δεξιού ημισφαιρίου αποκαθίστανται ευκολότερα (προάγεται ένα αίσθημα ευφορίας) και δε διαταράσσουν τόσο την επικοινωνία του ασθενούς

Πρόγραμμα αποκατάστασης. Είναι συνδυασμός φυσικής και ψυχοκοινωνικής αποθεραπείας (αλληλεπίδραση μεταξύ τους). Η εξέλιξη της μιας επιταχύνει την πρόοδο της άλλης και αντιστρόφως. Αφορά τη στάθμιση των λειτουργικών του δυνατοτήτων και της συναισθηματικής και κοινωνικής σταθερότητας των ασθενών.

3.2. Το περιβάλλον του ασθενούς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

Τα άτομα του περιβάλλοντος **«νοσούν»**. Φοβούνται, τύπτονται, οργίζονται, καταθλίβονται, βρίσκονται σε σύγχυση. Φταίνε αυτοί; Τι δεν έκαναν καλά; Πώς μπορούν να βοηθήσουν τον ασθενή; Μήπως αν του φέρονταν καλύτερα να μην είχε αρρωστήσει; Τι τους περιμένει από δω και ύστερα; Και αν αρρωστήσουν και οι ίδιοι η τα παιδιά τους; Μα τέλος πάντων τώρα του ήρθε να το πάθει; Εμάς μας ρώτησε;

Συχνότατα ο ασθενής **παλινδρομεί** και οργανώνει έντονα **εξαρτητικές σχέσεις** με τον φροντιστή του (πρωτίστως μαμά ή προσωπικό της αποκατάστασης). Το περιβάλλον (κυρίως η μαμά) καλείται να διαχειρίζεται την παλινδρόμηση των ασθενών τους και να μην ανταποκρίνεται υπερπροστατευτικά. Διαφορετικά ενισχύονται τα εξαρτητικά φαινόμενα του αρρώστου.

Το πρόγραμμα της αποκατάστασης οφείλει να περιλαμβάνει και τους συγγενείς (ή τους φροντιστές) ώστε:

- να μειώνεται η κατάθλιψη του φροντιστή
- να ελαχιστοποιείται η οικογενειακή δυσλειτουργία
- να ελαχιστοποιούνται τα εξαρτητικά φαινόμενα των ασθενών με το περιβάλλον τους και αντίστροφα.

Συχνά η ομάδα αποκατάστασης έχει σημαντικότερο και πιο ενδιαφέρον έργο να επιτελέσει πρωτίτως επί του περιβάλλοντος του ασθενούς και η βελτίωση της ψυχολογίας και της λειτουργικότητας των φροντιστών έχει εμμέσως πλην σαφώς θετικό αποτέλεσμα στην κλινική και εργαστηριακή εικόνα του ασθενούς.

4. Ψυχοκοινωνικά προβλήματα μετά από τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης

Υπάρχουν πέντε κατηγορίες **κακώσεων του νωτιαίου** μυελού (κατά Frankel):

- Κατηγορία A:** πλήρης αισθητικοκινητική απώλεια κάτω από το επίπεδο της βλάβης.
- Κατηγορία B:** ατελής βλάβη. Πλήρης κινητική παράλυση ενώ η αισθητικότητα είναι φυσιολογική
- Κατηγορία C:** υπάρχει κίνηση σε όλα τα επίπεδα αλλά πρακτικά είναι άχρηστη για τον άρρωστο.
- Κατηγορία D:** ατελής βλάβη. Υπάρχει κινητική λειτουργία κάτω από το επίπεδο της βλάβης, που είναι χρήσιμη για τον ασθενή. Μπορεί να περπατήσει με ή χωρίς βοηθήματα.
- Κατηγορία E:** πλήρης ανάνηψη: άτομο ελεύθερο νευρολογικών σημείων , χωρίς αδυναμία, χωρίς αναισθησία ή διαταραχές των σφικτήρων αλλά με αυξημένα ανακλαστικά.

Η παραπληγία η τετραπληγία είναι αποτέλεσμα μιας μόλυνσης του νωτιαίου μυελού.

Υπάρχει ολοένα βελτιούμενη παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης. Επίσης πλέον είναι αυξημένες οι νευρολογικές και ουρολογικές ιατρικές φροντίδες (αποφυγή θανατηφόρων μολύνσεων του ουροποιητικού συστήματος) με αποτέλεσμα ν' αυξάνεται το προσδόκιμο της ζωής των παραπληγικών (παράλυση των κάτω άκρων) και των τετραπληγικών (παράλυση και των τεσσάρων άκρων) ασθενών.

Ο τραυματισμός (κάκωση) της σπονδυλικής στήλης μπορεί να συνεπάγεται **κινητική αναπηρία** επομένως τόσο ο ασθενής όσο και η οικογένειά του «υφίστανται». αναγκαιότητα **αλλαγών** ρόλων, δραστηριοτήτων, σκοπών. Πρόκειται για μια συνεχή αέναη προσαρμοστική δοκιμασία

4.1. Ο παραπληγικός-τετραπληγικός ασθενής.

Επιθετικότητα και **κατάθλιψη** κατά τις πρώτες εβδομάδες. Μπορεί να είναι αναστρέψιμες.

Η **κατάθλιψη** μετά το πέρας της νοσηλείας φαίνεται να είναι περισσότερη στους παραπληγικούς μετά το πέρας της νοσηλείας απ' ότι στους τετραπληγικούς. Προφανώς επειδή στους πρώτους προσφέρεται λιγότερη εξειδικευμένη βοήθεια απ' ότι στους δεύτερους. Γενικά η κατάθλιψη εδώ μπορεί να εκφράζεται με αυτοκαταστροφικές πράξεις, άρνηση της θεραπείας, επιθετικές αντιδράσεις. Μόνο ορισμένες περιπτώσεις παραπληγικών έχουν **μείζονα κατάθλιψη** (ανορεξία, αϋπνία, ενασχόληση με το σώμα)

Ασθενείς με νευρολογική **πλήρη παραπληγία**. Εδώ η **αυτοκτονία** αποτελεί το σημαντικότερο λόγο θανάτου.

Ασθενείς με νευρολογικά **ατελή παραπληγία**. Εδώ η **αυτοκτονία** αποτελεί το δεύτερο σε σημαντικότητα λόγο θανάτου.

Το **άγχος** είναι αυξημένο και μάλιστα προϊούσης της ηλικίας. Επίσης ένα αίσθημα ανικανοποίητου, κλάμα, αποθάρρυνση για το μέλλον, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, αίσθημα τιμωρίας, λύπη (συγκινησιακές αντιδράσεις στην ασθένεια και τη νοσηλεία). Και εδώ η δυνατότητα προσαρμογής του εξαρτάται και από την **προνοσηρή του κατάσταση** και την εν γένει δυνατότητά του να **πενθεί**. Ιστορικό **αλκοολισμού** και **τοξικών ουσιών** συνδέεται συχνά με χαμηλή δυνατότητα προσαρμογής στην απώλεια.

Σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Ο παραπληγικός ασθενής έχει τις ίδιες επιθυμίες με οποιονδήποτε άλλον. Η ενδεχόμενη μείωση της λιβιδούς μπορεί να οφείλεται:

-**στα κοινωνικά στερεότυπα** μέσω των οποίων αποσεξουαλικοποιούνται οι ανάπηροι (ή οι γέροι κ.λπ.)

-**στην κατεστραμμένη εικόνα του σώματός του**

Στον άντρα η σεξουαλική λειτουργία εξαρτάται από το επίπεδο και την έκταση της βλάβης στο νωτιαίο μυελό. Υπάρχουν διαταραχές της **στύσης** και της **εκσπερμάτισης**, ωστόσο παρατεταμένος ερεθισμός των γεννητικών οργάνων μπορεί να οδηγήσει σε κάποια οργασμική εμπειρία με ή χωρίς εκσπερμάτιση. Συνήθως είναι χαμηλή η ποιότητα σπέρματος(υποονιμότητα).

Σημείωση. *Η σεξουαλικότητα δεν αφορά μόνον στον οργασμό. Μπορεί να προξενεί ευχαρίστηση κάθε είδος σωματικής εγγύτητας, ακόμα και άνευ οργασμού.*

Στη γυναίκα προκύπτει μείωση ή απουσία **αισθαντικότητας**. Προτείνεται η ευαισθητοποίηση του υπόλοιπου σώματος (αυτιά, αυχέννας, θηλές, πλάτη κ.λπ.) ώστε ν'αναπτυχθούν καινούργιες σεξουαλικές δυνατότητες. Ωστόσο οι προσήκουσες οργασμικές εμπειρίες έχουν συχνά αναφερθεί ως «εγκεφαλικές» η «φαντάσματα».

Μπορεί επίσης να εκπίπτει η **ύγρανση του κόλπου** η οποία ελέγχεται από τους ίδιους νευροφυσιολογικούς μηχανισμούς με τη στύση στον άντρα. Προτείνονται λιπαντικά βοηθήματα. Οι τετραπληγικές αισθάνονται λιγότερο ικανές στη σεξουαλική πράξη απ'ότι οι παραπληγικές. Δεν αναφέρονται **διαταραχές στην περίοδο** μολονότι έγινε συχνά λόγος για **μετατραυματική αμηνόρροια** (ανατάξιμη).

Πρωτίστως ψυχογενείς λόγοι οδηγούν σε **κάμψη της γονιμότητας** (φόβος για επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και για το μέγλωμα των παιδιών).

Οι **επιπλοκές στην εγκυμοσύνη** μπορεί να οφείλονται:

-σε αύξηση της πίεσης του αίματος

-σε καρδιακή αρρυθμία

-σε μολύνσεις του ουροποιητικού συστήματος

Αντισύλληψη:

- Το αντισυλληπτικό χάπι αντενδείκνυται λόγω του κινδύνου θρομβώσεων
- Οι ενδομήτριοι μηχανισμοί είναι ενδεχομένως επικίνδυνοι εξαιτίας της αισθητηριακής αναπηρίας.
- Διάφραγμα. Είναι προβληματική η τοποθέτηση για γυναίκες με περιορισμένη λειτουργία χεριών.

Η επανεκπαίδευση του εντέρου αρχίζει αμέσως μετά την εγκατάσταση της παραπληγίας. Επιχειρείται ρύθμιση των γευμάτων (τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες), μάλαξη του παχέος εντέρου, υποκλυσμός.

Περεταίρω επιπλοκές στον παραπληγικό ασθενή

- νεκρώσεις μαλακών μορίων: κατακλίσεις (ισχαιμίες): *«βάλε ότι θέλεις πάνω στην κατάκλιση εκτός από τον ίδιο τον άρρωστο»* Guttman)
- παραμορφώσεις των αρθρώσεων
- ατροφία των μυών που δεν έχουν παραλύσει
- ουρολοιμώξεις και σχηματισμός λίθων

4.2. Το περιβάλλον του παραπληγικού ασθενούς.

Είναι προεξάρχουσα η υποστήριξη του ασθενούς από τους σημαντικούς άλλους του περιβάλλοντός του. Προβληματική εξαρτητικής συμπεριφοράς του αναπήρου (παλινδρόμηση).

Σε περιπτώσεις ζευγών όπου ο ένας είναι παραπληγικός ασθενής, το επίπεδο stress του ζεύγους δεν είναι περισσότερο συγκρινόμενο με το stress ενός ζεύγους χωρίς αναπηρία. αυτό που αλλάζει είναι το περιεχόμενο του stress.

Συχνά τα παιδιά των αναπήρων είναι τροφοδοτικότερα και πιο ευαίσθητα συγκρινόμενα με τα παιδιά των μη αναπήρων γονιών.

Η ψυχολογική υποστήριξη οφείλει να περιλαμβάνει όχι μόνον τον παραπληγικό η τετραπληγικό ασθενή αλλά και το περιβάλλον του.

Η ψυχοθεραπεία του παράλυτου ασθενούς και του περιβάλλοντός του συνεπικουρείται συχνά και από φαρμακοθεραπεία:

- αγχολυτικά (βενζοδιαζεπίνες)
- αντικαταθλιπτικά (τρικυκλικά)

4.3. Η σημασία του αθλητισμού στους παραπληγικούς.

Μέσω του αθλητισμού επιχειρείται:

- Η καταπολέμηση του συνδρόμου αχρηστίας (ο αθλητισμός ως μέσον φυσικής θεραπείας).
- Η επανένταξη του ασθενούς, φυσική και συναισθηματική αποκατάστασή του.
- Η ενίσχυση της αυτοδυναμίας του

5.Ψυχοκοινωνικά προβλήματα μετά από κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

Οι σοβαρές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις οδηγούν συνήθως σε πνευματική αναπηρία: αναπηρία των γνωστικών λειτουργιών, πρωτίστως της μνήμης. Επίσης κοινωνικά προβλήματα και αλλαγή της προσωπικότητας.

Τα τροχαία δυστυχήματα αυξάνονται ολοένα περισσότερο καθώς αυξάνεται δραματικά ο αριθμός των οχημάτων στο δρόμο.

5.1.Γνωστικές αναπηρίες (Cognitive disorders)

1) η απώλεια της μνήμης.

Είδη αμνησίας:

-παλαιά μνήμη: ο ασθενής μετά την ανάνηψη του (επαναφορά της συνειδητότητας του) δε μπορεί να θυμάται γεγονότα τα οποία συνέβησαν κατά τη διάρκεια μιας

περιόδου πριν το ατύχημα. Αυτή η αμνησία μπορεί να διαρκεί δευτερόλεπτα ή μέρες ή εβδομάδες ακόμα και μήνες (σοβαρές περιπτώσεις). Το πιθανότερο είναι ότι τα μνημονικά ίχνη αυτών των γεγονότων δεν έσβησαν με τις κακώσεις αλλά δε μπορούν να εντοπιστούν.

-μετατραυματική αμνησία: μετά την ανάνηψή του (επαναφορά της συνειδητότητας) ο ασθενής είναι αποπροσανατολισμένος και συγχυτικός. Επιπροσθέτως δε μπορεί να απομνημονεύει (να θυμάται) καινούργια πληροφόρηση. Αυτήν την περίοδο ο ασθενής συχνά την περιγράφει σαν μια κατάσταση ονειρική και εξωπραγματική. Γενικά η μετατραυματική αμνησία του ασθενούς συνίσταται από:

- μια εξασθενημένη ικανότητα να απομνημονεύει νέα πληροφόρηση
- μια αποτυχία να αναζητήσει να αναγνωρίσει και να εντοπίσει τα λίγα πράγματα που ωστόσο κατάφερε ν' απομνημονεύσει

Η διάρκεια της μετατραυματικής αμνησίας αποτελεί ένδειξη της σοβαρότητας της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης.

-αναδρομική αμνησία: ακόμα κι όταν ο ασθενής είναι επαναπροσανατολισμένος και ικανός για κανονική κουβέντα με το συνομιλητή του μπορεί να υποφέρει από μια σχετική αδυναμία να απομνημονεύει γεγονότα ή πληροφόρηση που του δίδεται. Αυτό έχει συνέπειες για τη ζωή του ασθενούς και την κοινωνική του επανένταξη.

Γενικά ο ασθενής με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις δυσκολεύεται επίσης στην παλιά πληροφόρηση η οποία είχε αποθηκευτεί πολλά χρόνια πριν στην μνήμη (long term memory). Οι φοιτητές με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ανακαλύπτουν ότι δυσκολεύονται στην πρόσβασή τους για γνώση ενώ οι επαγγελματίες με πανεπιστημιακή παιδεία δηλώνουν ότι οφείλουν να ξαναγυρίσουν στα βιβλία τους και να μελετήσουν εκ νέου την επιστήμη τους.

2) Η προσοχή

Οι μετωπιαίοι λοβοί ευθύνονται για τους βασικούς μηχανισμούς της προσοχής (συγκέντρωση). Προκύπτει το σύμπτωμα της πνευματικής (ψυχικής) αργοπορίας (καθυστέρησης) για να πάρει ο ασθενής μια απόφαση και γενικότερα για να

ενεργήσει προς κάποια κατεύθυνση. Αυτό μπορεί να εγκατασταθεί στη ζωή του σε μόνιμη βάση. Επίσης δυσκολεύεται να έχει στραμμένη την προσοχή τους σε πολλές ασχολίες ταυτόχρονα ενώ εργάζεται σε πιο αργούς ρυθμούς και με χαμηλότερη ποιότητα εργασίας. Οι διαταραχές της προσοχής είναι επίμονες μέσα στο χρόνο. Οι ασθενείς συνήθως παραπονούνται ότι δυσκολεύονται να συγκεντρώνονται όταν διαβάζουν ή ότι έχουν ελλιπή συγκέντρωση και αυτό σύντομα οδηγεί σε πνευματική κόπωση.

3) Η ευφυΐα

Ελλείμματα παρουσιάζονται μόνο σε άτομα με πολύ σοβαρές κακώσεις.

4) Η γλώσσα

-**Αφασία:** σπάνια (υποκλινική ή ελάχιστη). Συχνά γίνεται λόγος για «συγχυτική γλώσσα». Τυχόν δυσκολίες στην ονομάτιση ή την εξεύρεση των λέξεων σχετίζεται με κακώσεις των κροταφικών λοβών

-**Φτώχεια του λεξιλογίου.** Ειδικότερα στην εκφραστικότητα. Έκπτωση της αυθορμησίας και της ροής του λόγου. Συχνά η λεκτική παραγωγή είναι επίπονη και στερεοτυπική. Η εκφορά του λόγου τους συνήθως είναι αργή με παρεμβολή μικρών ηχητικών φθόγγων. Χρησιμοποιούν συχνά τη λέξη «πράγμα» αντί για το όνομα της λέξης, αναφέρονται σε «άλλους» χωρίς να συγκεκριμενοποιούν αν πρόκειται για συγγενείς, φίλους, συναδέλφους κ.λπ. Θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι η αόριστη και στερεοτυπική λεκτική παραγωγή αποτελεί μια μορφή ήπιας αφασίας.

Τέλος παρατηρείται έκπτωση της ικανότητας να διατυπώνονται προτάσεις μ'ένα συγκεκριμένο τρόπο. Μπορεί να μιλούν χωρίς να εκφράζουν πολύ νόημα. Μιλούν καλύτερα απ'ότι επικοινωνούν. Αυτό αποτελεί σύμπτωμα πρωτίστως κακώσεων του μετωπιαίου λοβού.

Είναι πολύ καλή η πρόγνωση για βελτίωση των διαταραχών του λόγου. Η βελτίωση μπορεί να παρατηρηθεί και μέσα στους πρώτους έξι μήνες μετά το ατύχημα. Στους δώδεκα μήνες η βελτίωση μπορεί να είναι πολύ σημαντική.

5.2. Αλλαγές στην προσωπικότητα

Συγκινησιακές αντιδράσεις, π.χ. κατάθλιψη ή άγχος. Δραστικές αλλαγές στην προσωπικότητα προκύπτουν πρωτίστως μετά από τραυματισμό των μετωπιαίων λοβών (πρωτίστως αν έχουν κακοποιηθεί και οι δύο μετωπιαίοι λοβοί). Πρόκειται για το «**μετωπιαίο σύνδρομο**» με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

-άρση των αναστολών: πχ άρση των αναστολών των σεξουαλικών ενορμήσεων ή τάση να γελάνε πολύ δυνατά με παιδικό τρόπο, επίσης ευερεθιστότητα με απώλεια ελέγχου των αντιδράσεών τους. Συχνά καταθλίβονται από τη συνειδητοποίηση αυτής της απώλειας του ελέγχου, συνήθως όμως αυτή η συνειδητοποίηση λείπει.

-ευφορία

-έλλειψη δυνατότητας για να ασκούν κριτική εαυτού

-έλλειψη «τακτ» και νοιαξίματος για τους άλλους

-έλλειψη δυνατότητας «κοιτάγματος» εαυτού: προκύπτει μια εξωπραγματική επιβράβευση εαυτού, ελαττωματικός έλεγχος εαυτού και μειωμένη κοινωνική συνειδητότητα, λόγου χάρη δεν είναι σε θέση να παρατηρήσουν μια συγκεκριμένη διάθεση στους άλλους

-ανευθυνότητα

-εγωκεντρικότητα

-παιδικομορφία

-έλλειψη συγκινησιακού ελέγχου

-έλλειψη λήψης πρωτοβουλιών

-απάθεια και ακινητοποίηση

Οι αλλαγές στη προσωπικότητα δε συνδέονται μόνον με τις κακώσεις του εγκεφάλου αλλά και από τη προνοσηρή (πριν το τραύμα) προσωπικότητα του ασθενούς η οποία συνιστά έναν σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση ή όχι πχ της επιληψίας μετά από κάκωση του εγκεφάλου. Οι σοβαρές κακώσεις του εγκεφάλου τείνουν να εντείνουν αρνητικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (ψυχοπαθητικοποίηση) τα οποία ήταν ήδη παρόντα. Για το χτίσιμο (κατανόηση) της προνοσηρής προσωπικότητας του ασθενούς χρειάζεται συνέντευξη με πρόσωπα του περιβάλλοντος του (πληροφοριοδότες).

Οι αλλαγές στην προσωπικότητα (μετωπιαίο σύνδρομο)είναι επίμονες. Ελάχιστα τροποποιούνται προς το καλύτερο.

5.3. Κοινωνικά προβλήματα

Προκύπτουν αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική επανένταξη του ασθενούς.

-Η κατάσταση στο σπίτι. Σύντροφοι και συγγενείς συνήθως συνεργάζονται μετά την επιστροφή του ασθενούς από το νοσοκομείο αποκατάστασης στο σπίτι, αν πρόκειται για κινητικές αναπηρίες. Το τοπίο όμως αλλάζει αν πρόκειται για ψυχικές - πνευματικές αναπηρίες οφειλόμενες σε κακώσεις του εγκεφάλου. Τα γνωστικά ελείμματα είναι το λιγότερο κακό (πχ ελαττωματική μνήμη και βραδύνοια). Είναι πρωτίστως οι αλλαγές προσωπικότητας (διαταραχές) που γεμίζουν την οικογένεια με stress. Πρόκειται εδώ για εγκεφάλους που «κουτσαίνουν». Οι συγγενείς μπορεί να αναπτύξουν stress και κατάθλιψη: ίσως χρειαστούν ηρεμιστικά ή υπνωτικά.

Προκύπτουν αλλαγές ρόλων αν σκεφτούμε ότι είναι οι άντρες που παθαίνουν συχνότερα κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και μετά σταματάνε να ενδιαφέρονται για τα παιδιά, τα οικογενειακά και οικονομικά προβλήματα. Είναι ανεύθυνοι, οπότε η σύζυγος αναλαμβάνει τα ηνία ως επικεφαλής του σπιτιού (αλλαγή ρόλων).

Συγκρινόμενες με τις γυναίκες των παραπληγικών οι γυναίκες των ανδρών με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις χρειάζεται ν'αλλάζουν πολύ περισσότερο ρόλους στη ζωή τους.

Ο άνδρας με κακώσεις στον εγκέφαλο δεν υποστηρίζει συναισθηματικά τη σύζυγο, δεν ενδιαφέρεται ούτε νοιάζεται ούτε μπορεί να είναι τρυφερός ειδικότερα τώρα που εκείνη θα το χρειαζόταν όσο ποτέ άλλοτε. Μπορεί τότε η σύζυγος να πάψει τελείως να επιθυμεί να τον φροντίζει. Φαίνεται όμως ότι τα παιδιά τα καταφέρνουν καλύτερα με τις αλλαγές προσωπικότητας του τραυματισμένου γονιού απ' ότι ο (η) σύντροφός του. Γενικότερα όμως τα παιδιά υποφέρουν πολύ από την αλλαγή της ατμόσφαιρας στο σπίτι αλλά και από την απώλεια ψυχραιμίας του τραυματισμένου γονιού που συχνά τα χτυπάει.

Τα διαζύγια είναι υψηλότατα στα ζευγάρια όπου ο ένας εκ των δύο έχει κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις μολονότι οι τύψεις του υγιούς συντρόφου και ο φόβος του για κοινωνική κατακραυγή συχνά τον αναστέλλουν στο να κάνει το βήμα.

-Κοινωνική απομόνωση. Προκύπτει έλλειψη κοινωνικών επαφών, αφού τον περισσότερο καιρό κάθονται στο σπίτι πρωτίστως όσοι υποφέρουν από χωροχρονική σύγχυση . Λόγω της εν γένει αδιακρισίας και της επιθετικότητας των ασθενών οι επισκέπτες αντιδρούν όπως και οι συγγενείς τους. Είναι πρωτίστως οι διαταραχές στην προσωπικότητα οι οποίες είναι υπεύθυνες για ανώριμες σχέσεις και οι οποίες οδηγούν τους ασθενείς στην κοινωνική απομόνωση.

-Επιστροφή στη δουλειά. Αποτελεί μέρος της κοινωνικής επανένταξης. Εξαρτάται από το εύρος της βλάβης. Σχεδόν όλοι επιστρέφουν αν οι κακώσεις είναι μέτριας βλαπτικότητας. Αντίθετα τα πράγματα αλλάζουν προς το χειρότερο για περιπτώσεις όπου η μετατραυματική αμνησία του ασθενούς είχε διαρκέσει πάνω από μια μέρα . Επίσης δεν επέστρεψε στη δουλειά κανένας απ όσους έμειναν για περισσότερο από ένα μήνα σε κώμα μετά το ατύχημα.

Η επαγγελματική επανένταξη έχει να κάνει και :

-με την ύπαρξη η όχι κινητικών αναπηριών

-με την ανοχή των υπολοίπων υπαλλήλων. Θα προσαρμόσουν τη δουλειά στις δυνατότητες του ασθενούς; Θα δημιουργήσουν ένα προστατευμένο περιβάλλον;

-με το επίπεδο της ανεργίας. Οι εργασιακά «περιθωριακοί» ευκολότερα μένουν άνεργοι.

5.4. Συγκινησιακές αντιδράσεις

Προκύπτουν διαβαθμίσεις άγχους μέχρι τον πανικό, πρωτίστως όταν μια κατάσταση τους θυμίζει τις συνθήκες του ατυχήματος στο κεφάλι π.χ. φόβος στην οδική κυκλοφορία. Προοδευτικά βελτιώνονται, αλλά μπορεί να εκνευρίζονται ή να καταθλίβονται επειδή είναι ανίκανοι να φέρουν εις πέρας καθήκοντα (έκπτωση της λειτουργικής τους ικανότητας) τα οποία στο παρελθόν κατάφερναν εύκολα.

Η ποιότητα της οικογενειακής υποστήριξης θα παίζει προεξάρχοντα ρόλο. Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι μια οικογενειακή υπόθεση.

Ο γιατρός επίσης έχει να πληροφορήσει και να καθοδηγήσει ασθενή και περιβάλλον.

Ακόμα και κάτω από τις καλύτερες συνθήκες κάποιοι ασθενείς με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις θ' αναπτύξουν ψυχιατρικά συμπτώματα π.χ. οξείες μετατραυματικές ψυχώσεις (μεταβατικές καταστάσεις) οι οποίες εμφανίζονται αφού ο ασθενής ανακτήσει τη συνειδητότητά του. Επίσης μπορεί να εμφανίσει

μετατραυματική νευρώση (μετατραυματικό σύνδρομο). Εδώ ο ασθενής παραπονείται υπερβολικά μετά τον τραυματισμό με προεξάρχον σύμπτωμα το άγχος. Επίσης: πονοκέφαλος, ζαλάδες, κόπωση, δυσανεξία στο θόρυβο, ευερεθιστότητα, συγκινησιακή αστάθεια, αϋπνία, δυσκολίες στη μνήμη και στην συγκέντρωση, ενοχές επειδή αυτός επέζησε ενώ άλλοι όχι. Η κατάθλιψη ακολουθεί πάντα τις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις. Σχετίζεται με τη συνειδητοποίηση όλων των συνεπειών της βλάβης.

6. Βιβλιογραφία

S.W. Charlifue MA, K A Gerhart MS, R R Menter MD, G G Whiteneck PhD, M Scott Manley EdD, “Sexual issues of women with spinal cord injuries” Paraplegia 30 (1992) 192-199.

H Dam , H. E. Pedersen , P. Ahlgren “Depression among patients with stroke” Acta Psychiatr Scand 1989: 80: 118-124

.Olle Hook “Rehabilitation” 1997, Institute of Rehabilitational Medecine, University of Goteborg

Johannes –Jurgen Meister (Ed). “Study Conditions and Behavioural Patterns of students with disabilities” A Documentation of the International Conference 1995 at Tutzing, Germany

Kathryn S. Bronstein, PhD, RN, CS “Psychosocial Components in Stroke Impications for Adaptation”, Nursing Clinics of North America-Vol.26. No 4, December 1991

Ake Mattsson, M.D. “Long-Term Physical illness in childhood: a challenge to psychosocial adaptation” Pediatrics, Vol. 50, No 5, November 1972

Ron L. Evans, ACSW, Duane S. Bishop, MD, Jodie K. Haselkorn JK. “Factors Predicting Satisfactory Home Care After Stroke”, Archiv Phys Med Rehabil Vol 72, February 1991

M.Stambrook, PhD, C Psych, MacBeath, BA(Hoons), A.D. Moore, MA, L.C. Peters, PhD, E. Zubek, I.C. Friesen, BA (Hoons), Paraplegia 29, 1991, 318-323

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

Dr. Wolfgang Gobiet "Craniocerebral", London 23/10/2000