



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΤΕΙ ΗΠΕΙΡΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα:

«ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ ΚΑΙ
ΣΥΝΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ»

Ονοματεπώνυμο Φοιτητριών: Αραβίδου Άννα, Α.Μ.15965

Παπαθεοδώρου Παρασκευή, Α.Μ.16171

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Σιαφάκα Βασιλική

Επίκουρος Καθηγήτρια

Ψυχολογίας της Υγείας

ΙΩΑΝΝΙΝΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ, 2017

**CRANIOCEREBRAL INJURIES AND
CONSEQUENT MENTAL DISORDERS**

Εγκρίθηκε από τριμελή εξεταστική επιτροπή

Τόπος, Ημερομηνία

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

1. Επιβλέπων καθηγητής

Όνομα Επίθετο:

Τίτλος, βαθμίδα:

2. Μέλος επιτροπής:

Όνομα Επίθετο:

Τίτλος, Βαθμίδα:

3. Μέλος επιτροπής:

Όνομα Επίθετο:

Τίτλος, βαθμίδα:

Ο/Η Προϊστάμενος/η του Τμήματος

Όνομα Επίθετο,

Τίτλος, βαθμίδα

Υπογραφή

© Επίθετο, Όνομα, έτος.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Δήλωση μη λογοκλοπής

Δηλώνουμε υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Ν.2121/1993 περί Πνευματικής Ιδιοκτησίας, ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι εξ ολοκλήρου αποτέλεσμα δικής μας ερευνητικής εργασίας, δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής, ούτε προέρχεται από ανάθεση σε τρίτους. Όλες οι πηγές που χρησιμοποιήθηκαν (κάθε είδους, μορφής και προέλευσης) για τη συγγραφή της περιλαμβάνονται στη βιβλιογραφία.

Αραβίδου Άννα και Παπαθεοδώρου Παρασκευή

Υπογραφή

Υπογραφή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κ. Σιαφάκα Βασιλική, για την καθοδήγηση, την υποστήριξη που μας προσέφερε και την ευγενική της ανταπόκριση στις απορίες μας. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (Φ.Ι.Α.) για τη φιλοξενία και την εμπιστοσύνη που μας έδειξαν για την πτυχιακή μας εργασία.

Τέλος, οφείλουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μας και στους φίλους μας για την ηθική και οικονομική συμπαράσταση όχι μόνο κατά την διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας μας, αλλά και καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πτυχιακή αυτή εργασία έχει τίτλο «Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και συνακόλουθες ψυχικές διαταραχές» και περιέχει τρία κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, δίνεται ο ορισμός τους, οι κατηγορίες και οι τύποι των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων. Αναλύονται διεξοδικά τα σημάδια, καθώς και τα συμπτώματα των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων. Τέλος, αναλύονται τα αίτια, η διάγνωση και η πρόληψη των κακώσεων αυτών.

Το δεύτερο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις ψυχικές διαταραχές και δίνονται οι βασικοί ορισμοί της ψυχικής υγείας. Στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται βασικές μορφές των ψυχικών διαταραχών, όπως οι διαταραχές συμπεριφοράς, οι διαταραχές διάθεσης, το άγχος και οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές προσωπικότητας, η σχιζοφρένεια και οι ψυχωτικές διαταραχές.

Το τρίτο κεφάλαιο σχετίζεται με τις παρεμβάσεις στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών. Περιγράφεται η συμπεριφορική, η φαρμακευτική και άλλες μορφές θεραπείας. Παράλληλα, αναλύεται και η βιοψυχοκοινωνική διάσταση των ψυχικών διαταραχών.

Τέλος, το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει μια ανάλυση μελέτης ενός περιστατικού που έχουμε παρακολουθήσει στην Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Λέξεις – κλειδιά: Κρανιοεγκεφαλική κάκωση, Ψυχικές διαταραχές, Φαρμακευτική αγωγή, Ανάλυση περιστατικού.

ABSTRACT

The thesis is titled "Cranio-cerebral Injuries and Consequent Mental Disorders" and contains three chapters. The first chapter analyzes the cranio-cerebral lesions, their definition, the categories and types of cranio-cerebral injuries. Moreover, thoroughly are analyzed the signs and the symptoms of cranio-cerebral injuries. Finally, are analysed also the causes, the diagnosis and the prevention of these injuries.

The second chapter focuses on mental disorders and gives the basic definitions of mental health. This chapter analyzes the basic forms of mental disorders, behavioral disorders, mood disorders, personality disorders, schizophrenia and psychotic disorders.

The third chapter is related to interventions in the treatment of mental disorders. There is the behavioral, the pharmaceutical and other forms of treatment. At the same time, is analyzed and the biopsychosocial dimension of mental disorders.

Finally, the fourth chapter includes an analysis of a case study that we have attended at the Department of Physical Rehabilitation, University Hospital of Ioannina.

Keywords: Cranio-cerebral injuries, Mental disorders, Medication, Case study

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	10
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	11
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.....	14
1.1 Ορισμός κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων	14
1.2 Ταξινόμηση κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων	17
1.3 Τύποι Κρανιοεγκεφαλικών Κακώσεων	19
1.4 Σημάδια και συμπτώματα.....	28
1.4.1 Κινητικές διαταραχές	30
1.4.2 Γνωστικές διαταραχές.....	31
1.4.3 Πάρεση κraniaκών νεύρων	33
1.4.4 Διαταραχές του λόγου- Αφασίες	34
1.4.5 Διαταραχές του λόγου- Δυσarthρίες.....	35
1.4.6 Διαταραχές του λόγου- Απραξία λόγου	35
1.4.7 Διαταραχές κατάποσης	35
1.4.8 Ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές	36
1.5 Επιπλοκές Κρανιοεγκεφαλικών Κακώσεων.....	37
1.5.1 Υδροκέφαλος.....	37
1.5.2 Άνοια	38
1.5.3 Επιληψία.....	38
1.6 Αίτια	40
1.7 Διάγνωση.....	41
1.8 Πρόληψη	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Ψυχικές Διαταραχές	45

2.1 Ψυχική υγεία	45
2.2 Βασικές έννοιες	47
2.3 Μορφές Ψυχικών Διαταραχών	54
2.3.1 Διαταραχές Συμπεριφοράς	54
2.3.2 Διαταραχές διάθεσης	55
2.3.2.1 Κατάθλιψη	55
2.3.2.2 Μείζονα κατάθλιψη	58
2.3.2.3 Διπολική διαταραχή	59
2.3.3 Άγχος και αγχώδεις διαταραχές	61
2.3.4 Διαταραχές Προσωπικότητας	67
2.3.5 Σχιζοφρένεια	69
2.3.6 Ψυχωτικές διαταραχές	71
2.3.7 Άλλες (εμμονές, άρνηση)	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – Παρεμβάσεις αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών	75
3.1 Φαρμακευτική	75
3.2 Συμπεριφορική	76
3.3 Άλλες θεραπείες	77
3.4 Θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης	79
3.5 Η Βιοψυχοκοινωνική διάσταση των ψυχικών διαταραχών	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ	85
4.1 Παρουσίαση περιστατικού	85
4.2 Ιστορικό	85
4.3 Αξιολόγηση περιστατικού	88
4.4 Στάδιο παρέμβασης	100
4.5 Αποτελέσματα θεραπευτικής παρέμβασης	109
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	110
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	112
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	116

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1: Η κλίμακα της Γλασκώβης	18
Πίνακας 4.2: ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΟΝΤΡΕΑΛ, MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA), Z. Nasreddine, MD 2004	94

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1.1: Αιμάτωμα	16
Εικόνα 1.2: Γραμμοειδή κατάγματα	20
Εικόνα 1.3: Εμπιστικά κατάγματα	20
Εικόνα 1.4: Κατάγματα βάσεως	211
Εικόνα 1.5: Κατάγματα λιθοειδούς	21
Εικόνα 1.6: Επισκληρίδιο αιμάτωμα	22
Εικόνα 1.7: Οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα	23
Εικόνα 1.8: Υπαραχνοειδής αιμορραγία.....	23
Εικόνα 1.9: Ενδοκοιλιακή αιμορραγία	24
Εικόνα 1.10: Ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα	25
Εικόνα 1.11: Φλοϊκές θλάσεις	25
Εικόνα 1.12: Διάχυτες αξονικές βλάβες	26
Εικόνα 1.13: Διάχυτο εγκεφαλικό οίδημα	27
Εικόνα 1.14: Ανισοκορία	29
Εικόνα 3.15: Pharmagology.....	78

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Σχεδιάγραμμα 3.1: Αναλυτικά στατιστικά δεδομένα για ψυχική υγεία και ψυχική ασθένεια (2012)	76
---	----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις τις περισσότερες φορές πρέπει να αντιμετωπιστούν σωστά και γρήγορα. Εξ' αιτίας μιας λάθος περίθαλψης ή μεταφοράς στο νοσοκομείο μπορεί να χαθούν όλες οι ελπίδες αποκατάστασης. Στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις μπορεί να υποστεί βλάβη ο εγκέφαλος χωρίς να υπάρχει κάταγμα στο κρανίο του ασθενούς ή να υπάρχει κάταγμα στο κρανίο χωρίς να υπάρχει κάποια εγκεφαλική βλάβη. Συνήθως, ο ασθενής μετά από κάποια ΚΕΚ εμφανίζει απώλεια συνείδησης, όπου η ένταση της και η διάρκεια της διαφέρει σε κάθε ασθενή.

Η διάγνωση της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης γίνεται με αξονική τομογραφία, η οποία πραγματοποιείται τις πρώτες ώρες μετά το ατύχημα. Η αξονική τομογραφία είναι μια γρήγορη εξέταση και δείχνει κάθε σοβαρή βλάβη άμεσα. Μετά από κάποιες μέρες ή κάποιες βδομάδες πραγματοποιείται και η μαγνητική τομογραφία έτσι ώστε να γίνει διερεύνηση του μετακακωσικού συνδρόμου.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις τις περισσότερες φορές ακολουθούνται και από ψυχικές διαταραχές. Παρόλα αυτά είναι πολύ δύσκολο να διακρίνει κάποιος τις βιολογικές και τις ψυχολογικές επιπτώσεις που προκαλούν οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις.

Όταν τραυματίζεται ο ανθρώπινος εγκέφαλος τότε οι τρόποι επίδρασης στις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις είναι είτε άμεσοι, είτε έμμεσοι. Οι άμεσοι περιλαμβάνουν απώλεια των νευρικών κυττάρων και η τροποποίηση του περιβάλλοντος σε επίπεδο, έτσι ώστε είτε να νεκρώνονται, είτε να αντιδρούν στο στρες του τραυματισμού. Οι έμμεσοι εκδηλώνονται μέσω της δημιουργίας της προδιάθεσης για μεταγενέστερη νόσηση ή της αλλαγής του τρόπου αντίδρασης του σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις που κλινικώς εκδηλώνεται με αλλαγή της προσωπικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις

1.1 Ορισμός κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων

Κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ) είναι η κάκωση του κρανίου και του εγκεφάλου που μπορεί να προήλθε από κάποιο χτύπημα ή από κάποιον τραυματισμό. Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις μπορεί να προκύψουν από κάποιο δυνατό χτύπημα στην περιοχή του κεφαλιού. Το μεγαλύτερο ποσοστό των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων στην χώρα μας, στους ενήλικες προέρχονται από αυτοκινητιστικά δυστυχήματα και στα παιδιά από πτώσεις ή κακοποιήσεις. Για να θεωρηθεί κρανιοεγκεφαλική κάκωση το τραύμα θα πρέπει να βρίσκεται στο σκελετό του κρανίου, στις μήνιγγες του εγκεφάλου ή στον εγκέφαλο.

Ο εγκέφαλος τραυματίζεται επειδή ακολουθεί την πορεία του κεφαλιού. Όταν το κεφάλι του ανθρώπου χτυπήσει σε ένα οποιοδήποτε αντικείμενο, τότε ενώ το κεφάλι κινείται και προσκρούει στο ή από το αντικείμενο που θα προκαλέσει το χτύπημα και αναχαιτίζεται, ο εγκέφαλος συνεχίζει την κίνηση μέσα στο κρανίο. Το αποτέλεσμα αυτής της ενέργειας είναι ο τραυματισμός του εγκεφάλου. Με το χτύπημα αυτό μπορεί να δημιουργηθούν θλάσεις, αιμορραγίες και οιδήματα, καθώς και νευρολογικές βλάβες.

Μία κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να διαπιστωθεί από οποιαδήποτε γρατσουνιά, από πληγές ή μελανιές στην περιοχή του κρανίου, του προσώπου και του λαιμού. Παράλληλα, μπορεί να διαπιστωθεί από το εγκεφαλονωτιαίο υγρό ή και από το αίμα που τρέχει από τη μύτη ή από το αυτί. Όταν κάποιος δεχτεί μία σοβαρής μορφής κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα υπνηλίας, λήθαργου, κρίσεις επιληψίας, κώμα ακόμα και παραλύσεις άκρων (Fuller & Manfotd, 2002).

Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να διαγνωστεί με διάφορες εξετάσεις όπως είναι η αξονική και η μαγνητική τομογραφία. Ανάλογα με το σημείο που

υπάρχει η κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να χρειαστεί και χειρουργική παρέμβαση (Adams et al, 2001).

Υπάρχουν συστήματα, τα οποία ταξινομούν τις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις με βάση τα παθολογικά τους χαρακτηριστικά. Η βλάβη μπορεί να είναι αξονική (που συμβαίνει στο εσωτερικό του κρανίου, αλλά εκτός του εγκεφάλου) ή ενδο – αξονική (που συμβαίνει εντός του ιστού του εγκεφάλου). Επιπρόσθετα, η ζημιά από την κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να είναι εστιακή ή διάχυτη, να περιορίζεται σε συγκεκριμένη περιοχή ή να διανέμεται με γενικό τρόπο, αντιστοιχώς. Ωστόσο, είναι κοινό και για τους δύο τύπους ζημιάς να υπάρχουν σε μια δεδομένη περίπτωση. Ο διάχυτος τραυματισμός εκδηλώνεται με μικρή προφανή ζημιά σε μελέτες νευροαπεικόνισης, ωστόσο, οι βλάβες μπορεί να εμφανιστούν με μικροσκόπιο μετά θάνατον. Στις αρχές της δεκαετίας του 2000, ερευνητές ανακάλυψαν ότι το DTI (Diffusion Tensor Imaging – Απεικόνιση του τανυστή της διάχυσης), ένας τρόπος επεξεργασίας εικόνων της μαγνητικής τομογραφίας (MRI) που δείχνει τις οδούς της λευκής ουσίας, ήταν ένα αποτελεσματικό εργαλείο για την εμφάνιση της έκτασης της διάχυτης αξονικής βλάβης. Οι τραυματισμοί που θεωρούνται διάχυτοι περιλαμβάνουν τύπους όπως το οίδημα (πρήξιμο), διάχυτη αξονική βλάβη, η οποία είναι ευρέως διαδεδομένη βλάβη στους άξονες, συμπεριλαμβανομένων των οδών της λευκής ουσίας και των εγκεφαλικών ημισφαιρίων (Seidenwurm, 2007).

Εστιακές βλάβες συχνά παράγουν τα συμπτώματα που σχετίζονται με τις λειτουργίες της χτυπημένης περιοχής. Έρευνα δείχνει ότι οι πιο κοινές περιοχές για να έχουν εστιακή βλάβη σε μη – διεισδυτική τραυματική βλάβη του εγκεφάλου είναι ο προμετωπιαίος φλοιός (η κάτω επιφάνεια των μετωπιαίων λοβών) και η περιοχή του πρόσθιου κροταφικού λοβού, δηλαδή περιοχές που εμπλέκονται στην κοινωνική συμπεριφορά, στη ρύθμιση των συναισθημάτων, την όσφρηση και τη λήψη αποφάσεων και ως εκ τούτου η κοινή κοινωνική / συναισθηματική και την ελλειμμάτων μετά από μέτρια – σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Τα συμπτώματα είναι ημιπληγία, αφασία που μπορεί να προκύψει όταν λιγότερο συχνά πληγείσες περιοχές, όπως κινητικές περιοχές ή γλωσσικές περιοχές, αντίστοιχα, χτυπηθούν. Ένας τύπος εστιακής βλάβης είναι ο εγκεφαλικός τεμαχισμός, ο οποίος συμβαίνει όταν ο ιστός κόβεται ή σχίζεται. Το εν λόγω κόψιμο είναι ειδικότερα κοινό στο προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου, λόγω των οστικών προεξοχών στο εσωτερικό του κρανίου πάνω από τα μάτια. Σε παρόμοιο τραύμα, εγκεφαλική θλάση (μώλωπες

του εγκεφαλικού ιστού), το αίμα αναμιγνύεται μεταξύ ιστών. Η ενδοκρανιακή αιμορραγία περιλαμβάνει αιμορραγία που δεν αναμιγνύεται με τον ιστό (Smith et al, 2003).

Εικόνα 1: Αιμάτωμα



Πηγή: Hardman & Manoukian, 2002

Τα αιματώματα δημιουργούνται από την συλλογή αίματος γύρω από τον εγκέφαλο. Η ενδοεγκεφαλική αιμορραγία, με αιμορραγία στον ίδιο ιστό του εγκεφάλου, είναι μια ενδο-αξονική βλάβη. Οι εξω-αξονικές αλλοιώσεις περιλαμβάνουν το επισκληρίδιο αιμάτωμα, το υποσκληρίδιο αιμάτωμα, την υπαραχνοειδής αιμορραγία και την ενδοκοιλιακή αιμορραγία. Το επισκληρίδιο αιμάτωμα περιλαμβάνει αιμορραγία μέσα στη περιοχή μεταξύ του κρανίου και της σκληράς μήνιγγας. Η υπαραχνοειδής αιμορραγία περιλαμβάνει αιμορραγία εντός του χώρου μεταξύ της αραχνοειδής μεμβράνης και της χοριοειδή μήνιγγα. Ενδοκοιλιακή αιμορραγία συμβαίνει όταν υπάρχει αιμορραγία στις κοιλίες (Hardman & Manoukian, 2002).

1.2 Ταξινόμηση κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ταξινομούνται με βάση κάποια κριτήρια, ανάλογα με το μηχανισμό της κάκωσης, τη βαρύτητά της και τη μορφολογία της κάκωσης. Με βάση το πρώτο κριτήριο, δηλαδή το μηχανισμό της κάκωσης, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις χωρίζονται σε κλειστές και διατιτραίνουσες. Οι κλειστές είναι αυτές που δεν είναι ανοιχτό το κρανίο και ο εγκέφαλος δεν φαίνεται και δεν κινδυνεύει να εκτεθεί στο εξωτερικό περιβάλλον. Οι διατιτραίνουσες, δηλαδή οι ανοιχτές, είναι αυτές που ο εγκέφαλος είναι εκτεθειμένος στο εξωτερικό περιβάλλον. Στις ανοιχτές κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις το κρανίο έχει κάταγμα ενώ στις κλειστές μπορεί να υπάρχει κάταγμα αλλά δεν είναι απαραίτητο. Οι περισσότερες κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ανήκουν στην κατηγορία των κλειστών, δηλαδή δεν έχουν ανοιχτά κρανία.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις μπορεί να είναι από ήπιες μέχρι και σοβαρές. Για να χαρακτηριστούν ήπιες ή σοβαρές το πρώτο πράγμα που πρέπει να διαπιστώσει ο νευρολόγος ή νευροχειρουργός είναι ο βαθμός της συνειδήσεως που έχει ο ασθενής. Για να θεωρήσουμε ότι κάποιος έχει συνείδηση του εαυτού του και του περιβάλλοντος, θα πρέπει να θυμάται τις στιγμές που βιώνει στο παρόν, το παρελθόν του και πρέπει να έχει ρεαλιστικές πεποιθήσεις για το μέλλον (Tanner, 2003).

Για να διαπιστώσει ο γιατρός την κατάσταση του ασθενή, υπάρχει η κλίμακα της Γλασκώβης. Η κλίμακα αυτή βοηθάει τον γιατρό να αξιολογήσει τον ασθενή και να τον παρακολουθεί μέσω των φύλλων παρακολούθησης (Gillis, 1996).

Πίνακας 1: Η κλίμακα της Γλασκώβης

Άνοιγμα Οφθαλμών	Αυτόματα 4
	Στην ομιλία 3
	Στον πόνο 2
	Καθόλου 1
Άνοιγμα Οφθαλμών	Υπακούει 6
	Εντοπίζει 5
	Αποσύρει 4
	Ανώμαλος κάμψη 3
	Αντίδραση εκτάσεως 2
	Καμία 1
Αντίδραση στην ομιλία	Προσανατολισμός 5
	Συγκεχυμένη ομιλία 4
	Ακατανόητες λέξεις 3
	Ακατανόητοι ήχοι 2
	Καμία 1

Πηγή: <http://davaneloskonstantinos.blogspot.gr>

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ανάλογα με τη βαρύτητα χωρίζονται σε ελαφρές, σε μέσης βαρύτητας και σε βαριές. Ανάλογα με το πόσο σοβαρή είναι η κάκωση δημιουργεί και τα αντίστοιχα προβλήματα. Οι ελαφριές κακώσεις, συνήθως, προκαλούν απώλεια συνείδησης ή μνήμης και οι πιο σοβαρές προκαλούν πάντα νευρολογική βλάβη (Brookshire, 2003).

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ανάλογα με τη μορφολογία της κάκωσης διακρίνονται στις ενδοκρανιακές βλάβες που μπορεί να είναι είτε εντοπισμένες, είτε διάχυτες και στα κατάγματα κρανίου που είναι τα κατάγματα θόλου και βάσεως. Εντοπισμένες κακώσεις είναι το αιμάτωμα, η θλάση και οι αλλοιώσεις λόγω της αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης. Διάχυτες είναι το διάχυτο εγκεφαλικό οίδημα, η υποξαιμική εγκεφαλοπάθεια και η διάχυτη αξονική βλάβη (Fuller & Manfotd, 2002).

1.3 Τύποι Κρανιοεγκεφαλικών Κακώσεων

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ταξινομούνται ανάλογα με το κριτήριο που εξετάζεται. Ανάλογα με τη βαρύτητα, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις διακρίνονται σε (Μποβιάτσης, 2009), (Γουλιμάρη, 2011):

- Ήπιες: GCS 13-15
- Μέτριες: GCS 9-13
- Βαριές: GCS < 8

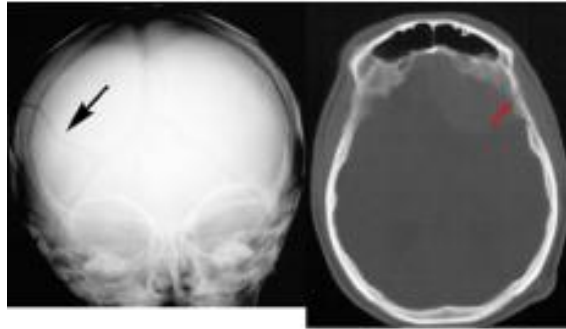
Ανάλογα με την κατάσταση της σκληράς μήνιγγας διακρίνονται σε (Μποβιάτσης, 2009), (Γουλιμάρη, 2011):

- Κλειστές κακώσεις, οι οποίες είναι οι πιο συχνές και στις οποίες η σκληρά μήνιγγα είναι άθικτη
- Ανοιχτές κακώσεις, οι οποίες είναι οι πιο σπάνιες και στις οποίες η σκληρά μήνιγγα σχίζεται

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις χωρίζονται επίσης στις πρωτοπαθείς τραυματικές βλάβες και στις δευτεροπαθείς βλάβες. Οι πρωτοπαθείς βλάβες είναι οι βλάβες αυτές που προκαλούνται τη στιγμή της κάκωσης από το χτύπημα και χωρίζονται (Μποβιάτσης, 2009), (Γουλιμάρη, 2011):

- Στα θλαστικά τραύματα, τα οποία ελέγχονται μετά το χτύπημα
- Στα κατάγματα του κρανίου, τα οποία κατατάσσονται σε:
 - Γραμμοειδή. Είναι τα πιο συχνά κατάγματα, δεν χρειάζονται σημαντική θεραπεία και συνοδεύονται συνήθως από επισκληρίδιο και πιο σπάνια από υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Συνήθως ο ασθενής παρακολουθείται για τις πρώτες 24 με 48 ώρες έτσι ώστε να αποκλείσουν το ενδεχόμενο ανάπτυξης νευρολογικών διαταραχών.

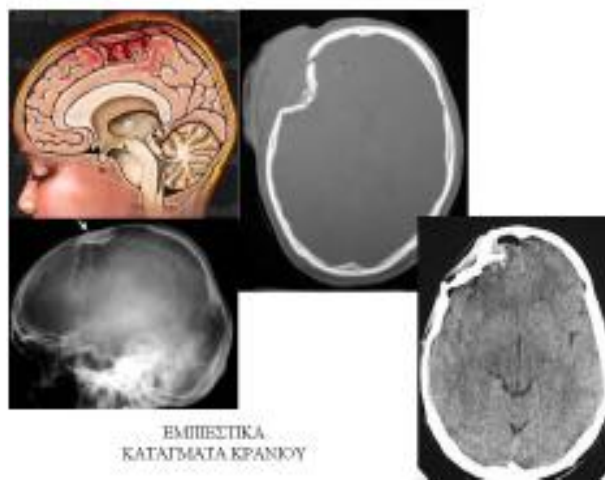
Εικόνα 2: Γραμμοειδή κατάγματα



Πηγή: Γουλιμάρη, 2011

- Εμπιεστικά. Είναι οι κακώσεις που οφείλονται σε χτυπήματα από μικρά αντικείμενα. Τα τραύματα αυτά συνοδεύονται από τρώση της σκληρός μήνιγγας ή του εγκεφαλικού παρεγχύματος και τις περισσότερες φορές χρειάζονται χειρουργική αντιμετώπιση.

Εικόνα 3: Εμπιεστικά κατάγματα



Πηγή: Γουλιμάρη, 2011

- Κατάγματα βάσεως. Τα κατάγματα αυτά είναι σημαντικά και η διάγνωση γίνεται από την παρουσία: α) Ωτόρροιας ή ρινόρροιας, β) υποδορίου αιματώματος στην περιοχή της μαστοειδούς απόφυσης, γ) αμφοτερόπλευρων περιοφθalmικών εκχυμώσεων, και αιμοτύμπανου χωρίς άμεση πλήξη

Εικόνα 4: Κατάγματα βάσεως



Πηγή: Γουλιμάρη, 2011

- Κατάγματα λιθοειδούς. Στα κατάγματα αυτά υπάρχει ο κίνδυνος τραυματισμού του ακουστικού νεύρου και ο κίνδυνος διακοπής των ακουστικών οσταρίων

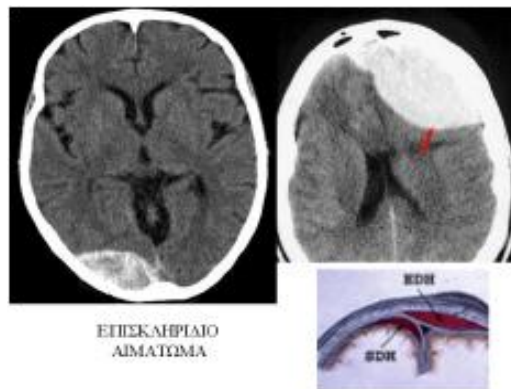
Εικόνα 5: Κατάγματα λιθοειδούς



Πηγή: Γουλιμάρη, 2011

- Εξωπαρεγχυματικές ή Έξω-αξονικές βλάβες
 - Επισκληρίδιο αιμάτωμα. Το επισκληρίδιο αιμάτωμα είναι ένας τύπος της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, στην οποία συγκέντρωση του αίματος λαμβάνει χώρα μεταξύ της σκληρής μήνιγγα και του κρανίου. Η σκληρή μήνιγγα καλύπτει επίσης τη σπονδυλική στήλη, έτσι υπάρχει περίπτωση επισκληρίδια αιμορραγία να συμβεί στην σπονδυλική στήλη. Το επισκληρίδιο αιμάτωμα παρουσιάζετε σε 1 έως 3% των τραυματισμών του κεφαλιού. Μεταξύ 15-20% των περιπτώσεων του επισκληρίδιου αιματώματος είναι θανατηφόρα (Mishra & Mohanty, 2001).

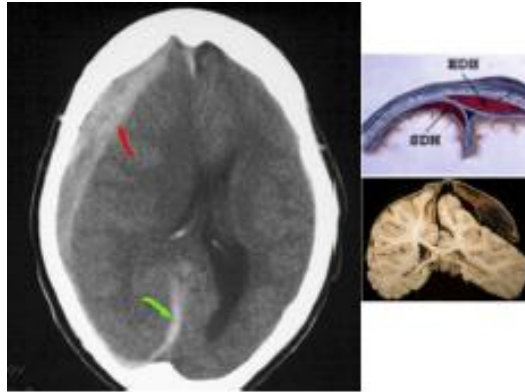
Εικόνα 6: Επισκληρίδιο αιμάτωμα



Πηγή: Γουλιμάρη, 2011

- Οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα. Έχει ημισεληνοειδές σχήμα και βρίσκεται στην κυρτότητα του ημισφαιρίου.

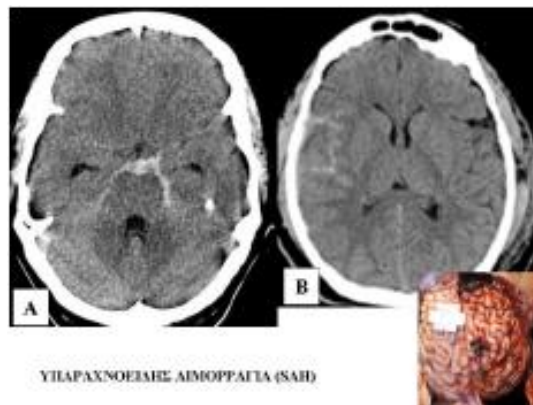
Εικόνα 7: Οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα



Πηγή: Γουλιμάρη, 2011

- Υπαραχνοειδής αιμορραγία. Υπάρχει μαζί με τις μέτριες και τις βαριές Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και συνοδεύεται από αίμα στη μεσοσκελιαία δεξαμενή.

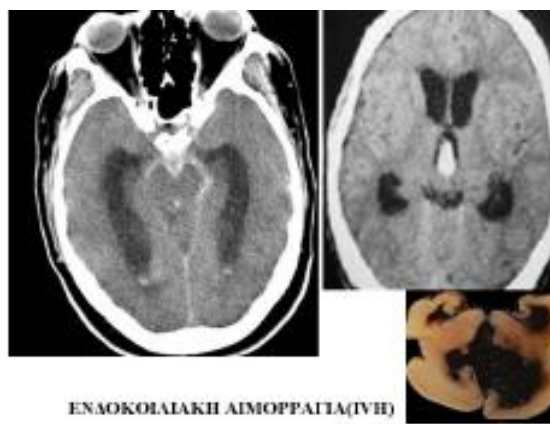
Εικόνα 8: Υπαραχνοειδής αιμορραγία



Πηγή: Γουλιμάρη, 2011

- Ενδοκοιλιακή αιμορραγία. Προκαλείται από τη ρήξη των υπο- επενδυματικών φλεβών ή τη ρήξη της αιμορραγίας των βασικών γαγγλίων και συνυπάρχει με άλλες βλάβες.

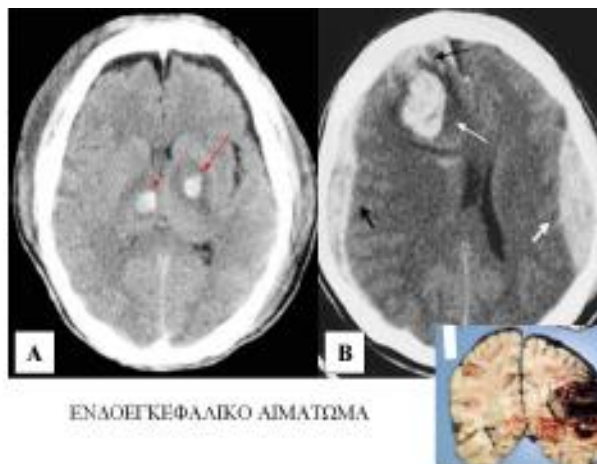
Εικόνα 9: Ενδοκοιλιακή αιμορραγία



Πηγή: Γουλιμάρη, 2011

- Ενδο-αξονικές βλάβες
 - Ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα. Συνήθως προκαλείται από ρήξη μικρών ενδοπαρεγχυματικών αγγείων

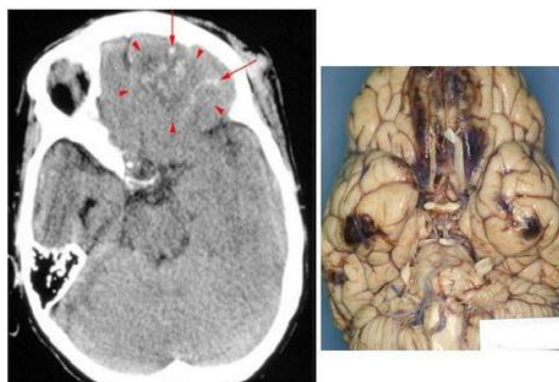
Εικόνα 10: Ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα



Πηγή: Γουλιμάρη, 2011

- ο Φλοιϊκές θλάσεις. Οφείλονται σε τραυματισμό των περιφερικών τμημάτων του εγκεφάλου μετά από πτώση ή από πολλαπλά χτυπήματα.

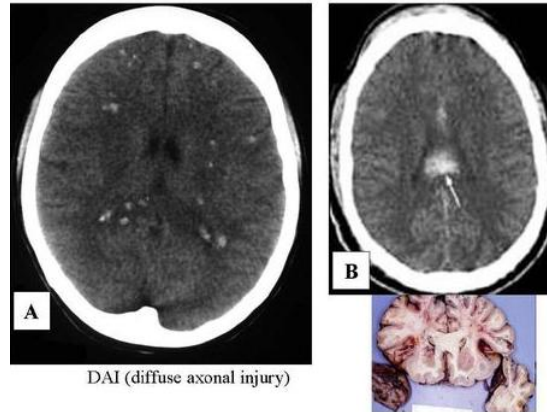
Εικόνα 11: Φλοιϊκές θλάσεις



Πηγή: Γουλιμάρη, 2011

- Διάχυτες αξονικές βλάβες. Οφείλονται σε τραυματικές δυνάμεις που ασκούνται στην μεγαλύτερη διάμετρο του κρανίου.

Εικόνα 12: Διάχυτες αξονικές βλάβες



Πηγή: Γουλιμάρη, 2011

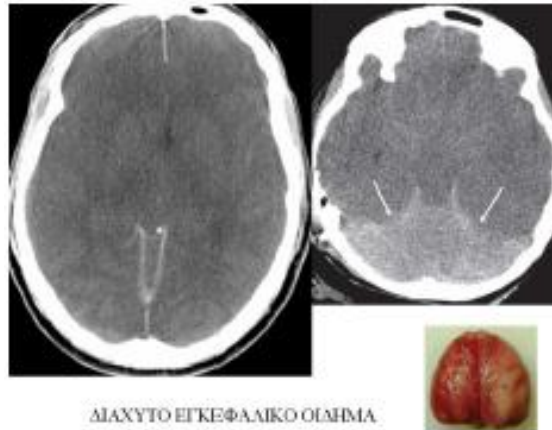
- Βλάβες του στελέχους. Οι βλάβες αυτές συνοδεύονται πάντα με άλλες και διακρίνονται σε πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς.

Οι δευτεροπαθείς βλάβες αποτελούν συνέπειες των πρωτοπαθών βλαβών και προκύπτουν είτε ως ανάπτυξη του εγκεφαλικού οιδήματος, είτε ως αποτέλεσμα αγγειακών διαταραχών. Οι δευτεροπαθείς βλάβες πολλές φορές θεωρούνται πιο σημαντικές από τις πρωτοπαθείς, γιατί η επίδρασή τους είναι συνήθως μακροχρόνια. Οι δευτεροπαθείς βλάβες είναι:

- Διάχυτο εγκεφαλικό οίδημα. Τα συμπτώματα του γίνονται ορατά 24 με 48 ώρες μετά την κάκωση και είναι 2 φορές πιο συχνό στα παιδιά. Το οίδημα αυτό προκαλείται από αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης.

Εάν ο ασθενής δεν λάβει άμεσα την κατάλληλη θεραπεία τότε προκαλείται εγκολεασμός.

Εικόνα 13: Διάχυτο εγκεφαλικό οίδημα



Πηγή: Γουλιμάρη, 2011

- Εγκολεασμός. Ο εγκολεασμός χωρίζεται σε εξωτερικό και σε εσωτερικό. Ο εξωτερικός προκαλείται από πρόπτωση εγκεφαλικού παρεγχύματος μέσω ανοιχτών καταγμάτων του θόλου του κρανίου. Ο εσωτερικός εγκολεασμός διακρίνεται σε υπό του δρεπάνου, σε διασκηνιδιακό και σε ινιακό.
- Υποξία
- Έμφρακτο
- Αιμορραγία
- Νέκρωση

1.4 Σημάδια και συμπτώματα

Τα συμπτώματα της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης εξαρτώνται από τον τύπο της (διάχυτη ή εστιακή) αλλά και το τμήμα του εγκεφάλου που επηρεάζεται. Η απώλεια των αισθήσεων τείνει να διαρκεί περισσότερο για τα άτομα με τραυματισμούς στην αριστερή πλευρά του εγκεφάλου από ότι εκείνους με τραυματισμούς στα δεξιά. Τα συμπτώματα, επίσης, εξαρτώνται από τη σοβαρότητα του τραυματισμού. Με ήπια κρανιοεγκεφαλική κάκωση, ο ασθενής μπορεί να χάσει τις αισθήσεις του για λίγα δευτερόλεπτα ή λεπτά.

Άλλα συμπτώματα της ήπιας κρανιοεγκεφαλική κάκωσης περιλαμβάνουν πονοκέφαλο, εμετό, ναυτία, έλλειψη συντονισμού των κινήσεων, ζάλη, δυσκολία στην εξισορρόπηση, ζαλάδα, θολή όραση ή κουρασμένα μάτια, εμβοές στα αυτιά, άσχημη γεύση στο στόμα, αίσθημα κόπωσης ή λήθαργο και αλλαγές στις συνήθειες ύπνου. Τα γνωστικά και συναισθηματικά συμπτώματα είναι μεταβολές στη διάθεση, σύγχυση, πρόβλημα με τη μνήμη, τη συγκέντρωση, τη προσοχή ή τη σκέψη. Μερικά από τα συμπτώματα της ήπιας κρανιοεγκεφαλική κάκωσης μπορεί να εμφανιστούν σε μέτριους και σοβαρούς τραυματισμούς.

Ένα άτομο με μέτρια ή σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να έχει έναν πονοκέφαλο που δεν σταματάει, επαναλαμβανόμενο εμετό ή ναυτία, σπασμούς, αδυναμία να ξυπνήσουν, διαστολή του ενός ή και των δύο ματιών, μπερδεμένη ομιλία, αφασία (δυσκολία στην εύρεση λέξεων), δυσαρθρία (μυϊκή αδυναμία που προκαλεί διαταραχές της ομιλίας), αδυναμία ή μούδιασμα στα άκρα, απώλεια συντονισμού, σύγχυση, ανησυχία ή ταραχή. Κοινά μακροχρόνια συμπτώματα της μέτριας έως σοβαρής κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης είναι οι αλλαγές στη κοινωνική συμπεριφορά, ελλείμματα στη κοινωνική κρίση και γνωστικές αλλαγές, κυρίως προβλήματα με τη προσοχή, την ταχύτητα επεξεργασίας, και της εκτελεστικής λειτουργίας. Η αλεξιθυμία, μια ανεπάρκεια στην αναγνώριση, την κατανόηση, την επεξεργασία και την περιγραφή των συναισθημάτων, συμβαίνει στο 60,9% των ατόμων με κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Τα γνωστικά και κοινωνικά ελλείμματα έχουν μακροπρόθεσμες συνέπειες για την καθημερινή ζωή των ατόμων με μέτρια έως σοβαρή κρανιοεγκεφαλική, αλλά μπορεί να βελτιωθούν με την κατάλληλη αποκατάσταση (Ghajar, 2000).

Όταν η πίεση στο εσωτερικό του κρανίου (ενδοκρανιακή πίεση) αυξηθεί υπερβολικά πολύ, μπορεί να είναι θανατηφόρο. Σημάδια της αυξημένης πίεσης στο εσωτερικό του κρανίου είναι η μείωση του επιπέδου της συνείδησης, παράλυση ή αδυναμία στη μία πλευρά του σώματος, προβλήματα στη κόρη του ματιού, αποτυγχάνουν να αντιδράσουν στο φως ή αντιδρούν πολύ αργά. Η ανισοκορία είναι άλλο ένα χαρακτηριστικό σημάδι της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης κατά το οποίο οι κόρες των ματιών είναι άνισες. Ανώμαλο στήσιμο του σώματος, ένα χαρακτηριστικό στήσιμο τοποθέτησης των άκρων που προκαλείται από σοβαρό τραυματισμό ή υψηλή εγκεφαλική πίεση.

Εικόνα 14: Ανισοκορία



Πηγή: Ghajar, 2000

Ακόμα και τα μικρά παιδιά που πάσχουν από μια μέτρια έως σοβαρή κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να εμφανίσουν κάποια από αυτά τα συμπτώματα, αλλά και δυσκολία στην επικοινωνία τους. Άλλα σημάδια τα οποία εμφανίζονται σε μικρά παιδιά περιλαμβάνουν επίμονο κλάμα, νωθρότητα και άρνηση φαγητού.

Οι σημαντικότερες επιπλοκές μιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης είναι οι κινητικές διαταραχές, οι γνωστικές διαταραχές, οι διαταραχές του λόγου, οι παρέσεις

των κρανιακών νεύρων, οι διαταραχές κατάποσης και οι συναισθηματικές διαταραχές.

1.4.1 Κινητικές διαταραχές

Οι κινητικές διαταραχές μπορούν να προκληθούν από βλάβη σε οποιοδήποτε σημείο του συστήματος. Τα κινητικά προβλήματα που μπορεί να προκληθούν είναι:

- Αντανακλαστικά
- Άρση του κατασταλτικού μηχανισμού
- Ανωμαλίες του μυϊκού τόνου
- Έλλειψη συντονισμού των κινήσεων
- Διαταραχές στο σχεδιασμό και στην οργάνωση των κινήσεων

Οι περισσότερες απλές κινητικές λειτουργίες του ανθρώπου πραγματοποιούνται μέσω των αντανακλαστικών του λειτουργιών. Υπάρχουν δύο κατηγορίες αντανακλαστικών, τα στατικά αντανακλαστικά και τα προστατευτικά αντανακλαστικά. Τα στατικά αντανακλαστικά είναι η αντίδραση στη μυϊκή ένταση και στη διέγερση της αίθουσας και τα προστατευτικά αντανακλαστικά είναι η αντίδραση στο πόνο και στη θερμότητα.

Ο άνθρωπος διαθέτει πολλά αντανακλαστικά που μειώνονται καθώς μεγαλώνει. Όταν όμως υποστεί κάποια κρανιοεγκεφαλική κάκωση, τα αντανακλαστικά αυτά μπορεί να απελευθερωθούν και να αναμειχτούν με την κινητική λειτουργία.

Εκτός από τα αντανακλαστικά, ένα ακόμη κινητικό πρόβλημα είναι η σπαστικότητα, δηλαδή η παθητική κίνηση των άκρων εξαιτίας της αυξημένης μυϊκής αντίστασης. Η σπαστικότητα είναι η αύξηση του τόνου των γραμμωτών μυϊκών ινών, η οποία οφείλεται στην υπερβολική δράση της κινητικής μονάδας.

Μία ακόμη βλάβη των περιφερειακών νεύρων, του νωτιαίου μυελού ή του εγκεφάλου είναι η ατονία. Σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσει και σε δύσκολη ή αδύνατη κίνηση των άκρων. Οποιαδήποτε βλάβη στην παρεγκεφαλίδα ή στις αισθητικές ίνες μπορεί να οδηγήσει σε αταξία, δηλαδή σε άγνοια της θέσης των άκρων και σε ανικανότητα ελέγχου των κινήσεων.

Τέλος υπάρχει και ο τρόμος, δηλαδή οι συσπάσεις αντίθετων μυϊκών ομάδων. Υπάρχει ο τρόμος ηρεμίας, ο κινητικός τρόμος και ο ορθοστατικός τρόμος. Ο τρόμος ηρεμίας συνήθως λιγοστεύει τις κινήσεις, ο κινητικός τρόμος εμφανίζεται στον τερματισμό της κίνησης και ο ορθοστατικός τρόμος οφείλεται στους κεντρικούς μύες και είναι συνέπεια των σοβαρών κινητικών τρόμων.

1.4.2 Γνωστικές διαταραχές

Οι γνωστικές διαταραχές δεν είναι το ίδιο εμφανείς με τις υπόλοιπες διαταραχές. Παρόλα αυτά οι γνωστικές διαταραχές μπορεί να είναι πολύ σοβαρές και μπορεί να γίνονται εμφανές στον ασθενή με μια απλή συζήτηση. Ανάλογα με την βλάβη και την πορεία ανάρρωσης που έχει ο κάθε ασθενής παρουσιάζει διαφορετικές γνωστικές διαταραχές. Οι πιο συχνές γνωστικές διαταραχές είναι (Guilmette, 1998):

- Η δυσκολία ανάγνωσης
- Η δυσκολία αποθήκευσης μιας λέξης ή μιας φράσης
- Η μειωμένη νοητική ταχύτητα
- Η αδυναμία συγκέντρωσης
- Η δυσκολία επίλυσης προβλημάτων
- Η δυσκολία της σκέψης

Διάφορες έρευνες έδειξαν ότι η ταχύτητα με την οποία επεξεργάζοταν τις πληροφορίες οι ασθενείς με γνωστικές διαταραχές είναι μειωμένη σε σχέση με τους

υγιείς ανθρώπους. Όσο πιο περίπλοκη είναι η επεξεργασία της πληροφορίας τόσο πιο δύσκολο είναι για τον ασθενή να επεξεργαστεί (Gillis, 1996).

Η προσοχή θεωρείται μία από τις πιο βασικές γνωστικές λειτουργίες του ανθρώπου και επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο επεξεργάζεται ή ανταποκρίνεται σε ένα ερέθισμα. Η έλλειψη προσοχής επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη ζωή του ανθρώπου, αφού επηρεάζει τη μνήμη του, το λεξιλόγιο του και επομένως και τις κοινωνικές συναναστροφές του. Πιο συχνά οι ασθενείς με διαταραχή λειτουργίας του θαλάμου και του μετωπιαίου λοβού εμφανίζουν δυσκολίες στην προσοχή (Guilmette, 1998).

Οι δυσκολίες στην προσοχή διακρίνονται σε έξι υποκατηγορίες (Guilmette, 1998):

- Στην άμεση προσοχή (ποσότητα πληροφοριών που μπορεί να λάβει το άτομο σε ένα χρονικό διάστημα)
- Στην εστιασμένη ή επιλεκτική προσοχή (ικανότητα να διατηρεί τις πιο σημαντικές πληροφορίες)
- Στη συνεχή προσοχή (ικανότητα να διατηρεί την προσοχή του κάπου, για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα)
- Στη χωρισμένη προσοχή (ικανότητα να ανταποκρίνεται σε περισσότερα από ένα σημεία την δεδομένη στιγμή)
- Στην εναλλακτική προσοχή (ικανότητα να εναλλάσσει την προσοχή του ανάμεσα σε 2 ή περισσότερα ερεθίσματα)
- Και στην χωρική προσοχή (ικανότητα να παρατηρεί το περιβάλλον τριγύρω του και να εστιάζει την προσοχή του εκεί που τον ενδιαφέρει)

Μία από τις πιο κοινές γνωστικές διαταραχές που μπορεί να έχει υποστεί ένας άνθρωπος με κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι η αμνησία. Η αμνησία είναι η δυσκολία που εμφανίζει ο άνθρωπος να θυμηθεί οτιδήποτε σχετίζεται με το μέλλον του. Η αμνησία μπορεί να χωριστεί σε τρεις τύπους, την άμεση, την οπισθοδρομική και την μετατραυματική αμνησία. Το άτομο που πάσχει από άμεση αμνησία, δυσκολεύεται να αποκτήσει νέες πληροφορίες ή να θυμηθεί δεδομένα ή καταστάσεις

που είχαν γίνει πριν πάθει την κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Το άτομο που πάσχει από οπισθοδρομική αφασία, δεν θυμάται κάποια συμβάντα που είχαν γίνει σε κάποιο χρονικό διάστημα πριν υποστεί την κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Συνήθως θυμάται το όνομά του και τα προσωπικά του στοιχεία, τα νοήματα των λέξεων κ.ά. Τις περισσότερες φορές η μνήμη των ανθρώπων που πάσχουν από οπισθοδρομική αφασία επανέρχεται. Στα άτομα που πάσχουν από οπισθοδρομική αφασία είναι δύσκολο να ξεχωρίσει κανείς ποιες πληροφορίες θυμούνται και ποιες έχουν ακούσει από τα συγγενικά τους άτομα (Gillis, 1996).

Το άτομο που πάσχει από μετατραυματική αμνησία θα πρέπει να επανέλθει για να μπορέσει να αξιολογηθεί και να διαπιστωθούν τα διάφορα ελλείματα που παρουσιάζει. Τα πιο συχνά ελλείματα που παρατηρούνται στους ασθενείς είναι τα ελλείματα στη μάθηση και στην προσοχή (Gillis, 1996).

Άλλη μία γνωστική διαταραχή που μπορεί να υποστεί ένας άνθρωπος είναι η δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων. Προκειμένου να επιλύσει ένας άνθρωπος ένα πρόβλημα χρησιμοποιεί κάποιες επιμέρους δεξιότητες όπως είναι η οργάνωση, η συγκλίνουσα και η αποκλίνουσα σκέψη και ο συλλογισμός. Επομένως, αν κάποια από τις επιμέρους δεξιότητες δεν λειτουργεί τότε ο άνθρωπος αντιμετωπίζει δυσκολία στην επίλυση προβλημάτων (Gillis, 1996).

1.4.3 Πάρεση κρανιακών νεύρων

Η αξιολόγηση των κρανιακών νεύρων μπορεί να βοηθήσει στην εκτίμηση του επιπέδου συνείδησης που διαθέτει ο ασθενής και στην εύρεση του σημείου τραυματισμού. Από τη στιγμή που έχει τραυματιστεί ένα κρανιακό νεύρο, τότε έχει δημιουργηθεί πάρεση του νεύρου αυτού. Υπάρχουν κάποια νεύρα που όταν τραυματιστούν ή διαταραχθούν τότε προκαλούν δυσκολίες στο λόγο. Τα νεύρα αυτά είναι (Duffy, 2012):

- Το τρίδυμο νεύρο, το οποίο εμπεριέχει αισθητικές και κινητικές λειτουργίες

- Το προσωπικό νεύρο, το οποίο επίσης εμπεριέχει αισθητικές και κινητικές λειτουργίες, αλλά μόνο το κινητικό κομμάτι του επηρεάζει τον λόγο
- Το γλωσσοφαρυγγικό νεύρο, το οποίο είναι αυτό που βοηθάει τον λόγο και την κατάποση
- Το πνευμονογαστρικό νεύρο, το οποίο συνδέεται με βλάβες του γλωσσοφαρυγγικού και της δυσαρθρίας
- Το παραπληρωματικό νεύρο, το οποίο σχετίζεται με προβλήματα της αναπνοής, της φωνής και της αντήχησης
- Το υπογλώσσιο νεύρο, βρίσκεται στους μυς της γλώσσας και επηρεάζει όλες τις γλωσσικές αρθρωτικές κινήσεις, τη μάσηση και την κατάποση

1.4.4 Διαταραχές του λόγου- Αφασίες

Μετά από μία κρανιοεγκεφαλική κάκωση οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν ελλείψεις επικοινωνίας. Οι ελλείψεις αυτές μπορεί να σχετίζονται με τη γλωσσική επικοινωνία, με την έκφραση, με τη γραφή, με την ανάγνωση και με τον υπολογισμό. Στα άτομα που πάσχουν από αφασία, οι κακώσεις βρίσκονται στο αριστερό ημισφαίριο. Οι ασθενείς με αφασία συχνά μπορεί να εμφανίσουν ημιπληγία ή ημιπάρεση του δεξιού μέρους του σώματος και υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη (Guilmette, 1998). Γενικότερα, η αφασία επηρεάζει την κατανόηση και τον σχηματισμό της γλώσσας αλλά δεν επηρεάζει τις άλλες ικανότητες του ανθρώπου (Albyn Davis, 2011).

1.4.5 Διαταραχές του λόγου- Δυσαρθρίες

Μία ακόμη διαταραχή του λόγου είναι η δυσαρθρία, η οποία προκαλεί βλάβες στην κίνηση και στους μύες που χρησιμοποιούνται στην ομιλία. Η δυσαρθρία προκαλεί προβλήματα στη δύναμη, στη ταχύτητα, στον τόνο, στην φωνητικές και στις αρθρικές πτυχές της ομιλίας (Duffy, 2012). Υπάρχουν πολλά είδη δυσαρθρίας ανάλογα με την περιοχή του τραυματισμού (κεντρικό ή περιφερικό νευρικό σύστημα). Υπάρχει η χαλαρή δυσαρθρία, η οποία προκύπτει μετά από τραυματισμό που καταστρέφει τα κρανιακά νεύρα που είναι απαραίτητα για την κίνηση της ομιλίας. Η σπαστική δυσαρθρία που προκύπτει μετά από διάχυτη βλάβη του ανώτερου κινητικού νευρώνα και η μικτή δυσαρθρία, η οποία προκύπτει μετά την καταστροφή του ανώτερου και του κατώτερου κινητικού νευρώνα (Murdoch, 2008).

1.4.6 Διαταραχές του λόγου- Απραξία λόγου

Η απραξία συνδέεται και αυτή με παθήσεις του αριστερού ημισφαιρίου και είναι η δυσκολία εκτέλεσης των εκούσιων κινήσεων που περιλαμβάνονται στην διαδικασία της ομιλίας. Τα πρώτα συμπτώματα της απραξίας του λόγου είναι τα λάθη στην άρθρωση. Τα άτομα αυτά αντιλαμβάνονται ότι κάνουν λάθη και προσπαθούν μάταια να τα διορθώσουν (Murdoch, 2008).

1.4.7 Διαταραχές κατάποσης

Η κατάποση είναι μία διαδικασία που κάνει ο οργανισμός συνέχεια, από 580-2000 φορές την ημέρα. Με την κατάποση μεταφέρεται η τροφή, τα υγρά και το σάλιο και προστατεύεται ο αεραγωγός από πιθανή εισρόφηση. Η διαδικασία της κατάποσης αποτελείται από τρία στάδια. Το στοματικό, το οποίο προετοιμάζει την τροφή μέσα στο στόμα, το φαρυγγικό, το οποίο προωθεί τον βλωμό στο φάρυγγα και το οισοφαγικό, το οποίο μεταφέρει την τροφή στο στομάχι. Μία κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην κατάποση εξ' αιτίας της βλάβης

που έχει υποστεί κάποιο τμήμα του εγκεφάλου (Διήμερο Πρακτικό Σεμινάριο Δυσφαγίας, 2012)

Το πιο σημαντικό για κάθε ασθενή με κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι να επιβιώσει. Έτσι, οι γιατροί φροντίζουν πρώτα να επιβιώσει με τη βοήθεια μηχανημάτων, φαρμάκων κ.λπ. και έπειτα να τραφεί. Ανάλογα με τον τραυματισμό του ασθενή έχει επηρεαστεί το επίπεδο συνείδησής του και η κατάποσή του και σε αυτή τη φάση ο λογοθεραπευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία του ασθενή.

Κάποια από τα πιο συχνά προβλήματα που μπορεί να παρουσιάσει ένας ασθενής είναι η δυσκολία μάσησης, ο μη σχηματισμός βλωμού, η μη σύγκλειση χειλιών, ο μειωμένος τόνος παρειών και η δυσκολία κίνησης της γλώσσας (Wolfgang Bigenzahn & Doris Denk, 1996).

Συμπτώματα που σχετίζονται με την κατάποση είναι η τροφόρροια και η σιελόρροια. Επίσης, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολία στην μεταφορά του βλωμού προς τις παρίσθιμες καμάρες. Υπάρχει περίπτωση επίσης, το σύστημα των υπεριοφάρυγγικών και λαρυγγικών βαλβίδων και των μοχλών πίεσης να υπολειτουργεί.

Ανάλογα σε πιο στάδιο της κατάποσης ο ασθενής αντιμετωπίζει δυσκολία, αυτή αντιμετωπίζεται από τους γιατρούς ή από τους λογοθεραπευτές έτσι ώστε τελικά ο ασθενής να μπορεί να τραφεί και να επιβιώσει.

1.4.8 Ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές

Οι ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές δεν είναι σαν τις διαταραχές που αναλύθηκαν παραπάνω και αντιμετωπίζονται από τους ιατρούς και τους λογοθεραπευτές, αλλά είναι εξίσου σημαντικές, προκειμένου ο ασθενής να αναρρώσει. Οι αλλαγές στην προσωπικότητα του ασθενή είναι από τις πιο σημαντικές ψυχολογικές διαταραχές. Ο ασθενής παρουσιάζει αλλαγές στη συμπεριφορά του, στην οδήγηση, στη συγκέντρωση και στη διάθεσή του, τις οποίες μπορούν να καταλάβουν μόνο οι συγγενείς του και το άμεσο περιβάλλον του (Murdoch, 2008).

Άλλα χαρακτηριστικά της αλλαγής της συμπεριφοράς του ασθενούς είναι η επιθετικότητα, η ευερεθιστικότητα, η αναταραχή, ο απότομη ή η βίαιη συμπεριφορά, η συναισθηματικά αστάθεια, η ανυπομονησία κ.ά. Πολλές φορές οι ασθενείς εμφανίζουν άγχος, παραισθήσεις, παράνοια και μανία. Μερικές συμπεριφορές που εμφανίζουν οι ασθενείς μετά από κάποια κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι η απώλεια ενδιαφέροντος, η παιδική συμπεριφορά, η κατάθλιψη, η κούραση, η αδυναμία λήψης πρωτοβουλίας και η αίσθηση ανικανότητας (Guilmette, 1998).

Οι περισσότεροι ασθενείς μετά από κάποια κρανιοεγκεφαλική κάκωση εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Ανάλογα με το βαθμό κατάθλιψης του ατόμου, μπορεί να είναι παροδική ή να επιμείνει για κάποιο μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης παρουσιάζονται, συνήθως, μετά το τέλος της οξείας φάσης, κατά τη διάρκεια που το άτομο συνειδητοποιεί ότι έχει περιορισμένες δυνατότητες (Guilmette, 1998).

1.5 Επιπλοκές Κρανιοεγκεφαλικών Κακώσεων

Οι πιο σημαντικές χρόνιες επιπλοκές των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων είναι ο υδροκέφαλος, η άνοια και η επιληψία (Τσεμέντζης, 2007).

1.5.1 Υδροκέφαλος

Η υπαραχνοειδής αιμορραγία είναι αποτέλεσμα κάποια κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης. Το αίμα στους υπαραχνοειδείς χώρους είναι αυτό που αποφράσσει τα αραχνοειδή σωμάτια. Το πρώτο μήνα της υπαραχνοειδής αιμορραγίας υπάρχει κοιλιακή διάταση και ενδοκρανιακή υπέρταση. Η κοιλιακή διάταση επηρεάζεται από την εγκεφαλική ατροφία ακτινογραφικά από την παρουσία ελαττωμένου σήματος γύρω από τις πλάγιες κοιλίες των μικρών ελίκων του φλοιού του εγκεφάλου. Όταν ο υδροκέφαλος είναι χρόνιας τότε παρουσιάζει συμπτώματα όπως είναι η αταξία, η ακράτεια ούρων και η άνοια. Πολλές φορές απαιτείται και η επέμβαση προκειμένου να παροχετευτεί στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) (Τσεμέντζης, 2007).

1.5.2 Άνοια

Πολλές φορές οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις οδηγούν στην άνοια. Άλλες βλάβες που μπορεί να προκληθούν από τις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις είναι ο υδροκέφαλος, η δυσφασία, η απώλεια ακοής, η ανοσμία, η τύφλωση, η ημιπάρεση, οι διαταραχές των κινήσεων και της συμπεριφοράς. Αυτές οι βλάβες μπορεί να αντιμετωπιστούν είτε χειρουργικά, είτε με εξάσκηση, είτε με διάφορες συσκευές (Τσεμέντζης, 2007).

1.5.3 Επιληψία

Το 5% των ασθενών που έχουν υποστεί μία κρανιοεγκεφαλική κάκωση παθαίνουν επιληπτικές κρίσεις. Υπάρχουν οι επιληπτικές κρίσεις που συμβαίνουν την πρώτη βδομάδα μετά από την κρανιοεγκεφαλική κάκωση και οι επιληπτικές κρίσεις που συμβαίνουν από 3 μήνες. Η επιληψία που εμφανίζεται αμέσως μετά την κρανιοεγκεφαλική κάκωση έχει περισσότερες πιθανότητες να επανεμφανιστεί αργότερα. Οι επιληπτικές κρίσεις είναι πολύ σημαντικές, γιατί αποτελούν ενδείξεις αυξημένης λειτουργίας των νευρώνων. Η επιληψία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα και επιθετικά (Τσεμέντζης, 2007).

Οι πιο άμεσες επιπλοκές των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων είναι (Βασιλόπουλος, 2003):

Τα ενδοκρανιακά αιμάτωμα όπως το επισκληρίδιο, το υποσκληρίδιο, το ενδοεγκεφαλικό αιμάτωμα και η υπαραχνοειδής αιμορραγία. Πάνω από το 40% των ασθενών με κρανιοεγκεφαλική κάκωση έχουν κάποιο ενδοκρανιακό αιμάτωμα.

Το επισκληρίδιο αιμάτωμα είναι η συλλογή του αίματος στον επισκληρίδιο χώρο, αλλά στις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις η πιθανότητα εμφάνισής τους είναι μικρή. Τις περισσότερες φορές ο ασθενής μετά από κάποια κρανιοεγκεφαλική κάκωση ανακτά τις αισθήσεις του για κάποιο μικρό χρονικό διάστημα και εμφανίζει

κεφαλαλγία, ημιπάρεση, ανισοκορία, εμετούς, επιληπτικές κρίσεις και πολλές φορές επηρεάζεται και το επίπεδο συνείδησής του. Άλλες πάλι φορές, οι ασθενείς δεν ανακτούν ποτέ τις αισθήσεις τους.

Τα επισκληρίδια αιματώματα χρειάζονται άμεση χειρουργική επέμβαση. Ενώ τα υποσκληρίδια αιματώματα είναι πολύ πιο συχνά και πρόκειται για τη συλλογή του αίματος στον υποσκληρίδιο χώρο. Η θεραπεία του υποσκληρίδιου αιματώματος γίνεται χειρουργικά.

Ο τραυματισμός των κρανιακών νεύρων είναι συχνός στα κατάγματα του κρανίου. Ανάλογα με το κάταγμα μπορεί να εμφανιστεί ανοσμία, διαταραχή της όρασης, σύστοιχη μυδρίαση κ.ά.

Άλλη μία σοβαρή επιπλοκή των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων είναι η ανάπτυξη του εγκεφαλικού οιδήματος. Πάνω από το 75% των ασθενών με κάποια κρανιοεγκεφαλική κάκωση παρουσιάζουν αυξημένη ενδοκράνια πίεση.

Σε περιπτώσεις ανοιχτού κρανιοεγκεφαλικού κατάγματος μπορεί να εμφανιστούν πνευμοκέφαλος, αεροκήλη εξ' αιτίας της μεγάλης ποσότητας του αέρα που εισέρχεται στο επισκληρίδιο ή υποσκληρίδιο χώρο. Επιπρόσθετα, μπορεί να συμβεί και διαφυγή ENY, η οποία στις περισσότερες φορές σταματά αυτόματα. Εάν όμως δεν σταματήσει πρέπει να αντιμετωπιστεί χειρουργικά.

Πολλές φορές οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις συνοδεύονται από βλάβες ενδοκρανιακών αγγείων και αγγείων του τραχήλου.

Τέλος, όπως αναφέραμε προηγουμένως μία σημαντική επιπλοκή των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων είναι ο υδροκέφαλος.

Εκτός από τις παραπάνω επιπλοκές των κρανιοεγκεφαλικών επιπτώσεων υπάρχουν και κάποιες άλλες επιπλοκές. Οι κρανιοεγκεφαλικές βλάβες πολλές φορές προκαλούν νευρολογικά συμπτώματα και βλάβες στα κρανιακά νεύρα, οι οποίες επηρεάζουν την κινητική παραγωγή ομιλίας. Επίσης, προκαλούν οπτικές διαταραχές που περιλαμβάνουν διαταραχές της κίνησης των ματιών, διαταραχές στο οπτικό πεδίο ή ελλείμματα στην οπτική οξύτητα. Τα συμπτώματα αυτά εμφανίζονται μέσα σε 8 εβδομάδες από την κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Πολλές φορές ο ασθενής εμφανίζει και ακουστική απώλεια.

Τελευταίο αλλά εξίσου σημαντικό, μία κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να προκαλέσει διαταραχές κατάποσης. Σε αυτές τις περιπτώσεις εμφανίζεται αρχικά μία σοβαρή δυσφαγία, η οποία περνάει μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Κάποιες ακόμα διαταραχές είναι η καθυστέρηση έλκυσης ή η απουσία του αντανακλαστικού κατάποσης, ο μειωμένος έλεγχος της γλώσσας και οι μειωμένες περισταλτικές κινήσεις.

1.6 Αίτια

Οι πιο κοινές αιτίες της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης στις ΗΠΑ περιλαμβάνουν τη βία, τα τροχαία ατυχήματα, τα εργατικά ατυχήματα, και τον αθλητισμό. Σημαντική αιτία είναι οι μοτοσυκλέτες, η οποία αυξάνεται στις αναπτυσσόμενες χώρες ενώ οι άλλες αιτίες μειώνονται. Οι εκτιμήσεις είναι ότι μεταξύ 1,6 και 3,8 εκατομμύρια κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις που συμβαίνουν κάθε χρόνο είναι αποτέλεσμα των σπορ και άλλων δραστηριοτήτων αναψυχής στις ΗΠΑ. Στις παιδικές ηλικίες μεταξύ δύο έως τέσσερα, οι πτώσεις είναι οι πιο κοινή αιτία της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, ενώ στα μεγαλύτερα παιδιά, τα τροχαία ατυχήματα ανταγωνίζονται με τις πτώσεις για την πρώτη θέση. Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι το τρίτο πιο κοινό τραύμα που προκύπτει από τη κακοποίηση των παιδιών. Η κακοποίηση προκαλεί το 19% των περιπτώσεων των παιδιατρικών τραυμάτων στον εγκέφαλο, και η θνησιμότητα είναι υψηλότερη σε αυτές τις περιπτώσεις. Η ενδοοικογενειακή βία είναι άλλη μία αιτία της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης, όπως είναι και η εργασία και τα εργατικά ατυχήματα. Τα όπλα και οι τραυματισμοί από εκρήξεις είναι, επίσης, άλλες αιτίες των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων, και είναι η κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας σε εμπόλεμες ζώνες.

Μία πολύ σημαντική αιτία των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων είναι η κατάχρηση ουσιών και το αλκοόλ. Περίπου το 40% με το 60% των ασθενών με κάποια κρανιοεγκεφαλική κάκωση, εισάγονται στο νοσοκομείο σε κατάσταση μέθης. Όταν κάποιος είναι μεθυσμένος μπορεί εύκολα να υποστεί κάποιον τραυματισμό ή κάποιο ατύχημα ή κάποια πτώση και μπορεί να έχει κάποια επιθετική συμπεριφορά που να του προκαλέσει την κάκωση (Brookshire, 2003).

Άλλοι παράγοντες μπορεί να είναι η κοινωνική μόρφωση και η αποτυχία στο σχολείο. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να οφείλονται σε κάποιες νευρολογικές διαταραχές όπως είναι η δυσκολία συγκέντρωσης, η διαταραχή της προσοχής κ.ά., που αυξάνουν την πιθανότητα της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης είτε από ατύχημα, είτε από καβγά, είτε από πτώσεις.

Η κοινωνικοοικονομική θέση ενός ατόμου μπορεί να επηρεάσει την πιθανότητα κάποιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης κυρίως εξ' αιτίας των επιθέσεων και των πτώσεων. Τα άτομα που είναι επιθετικά, παρορμητικά και ανταγωνιστικά μπορεί να πάθουν πιο εύκολα κάποια κρανιοεγκεφαλική κάκωση (Gillis, 1996).

Η ύπαρξη μιας κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης αυξάνει την ύπαρξη μιας δεύτερης κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης κατά τρεις φορές και η ύπαρξη μιας δεύτερης κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης αυξάνει την ύπαρξη μιας τρίτης κατά οχτώ φορές σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν υποστεί καμία κρανιοεγκεφαλική κάκωση (Brookshire, 2003).

Μία ακόμη αιτία των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων είναι οι αθλητικές δραστηριότητες. Τα περισσότερα αθλήματα αυξάνουν τον κίνδυνο για κάποια κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Για παράδειγμα υψηλό ποσοστό κινδύνου έχουν οι μποξέρ, οι οποίοι δέχονται πολλά τραύματα στο κεφάλι. Επιπλέον, διάφορες δραστηριότητες που κάνει κάποιος καθημερινά, όπως η ποδηλασία, η οδήγηση της μηχανής, η ορειβασία κ.ά. μπορεί να αυξήσουν τους κινδύνους της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης (Brookshire, 2003).

1.7 Διάγνωση

Η διάγνωση πραγματοποιείται με βάση τα κλινικά στοιχεία του ασθενή και με βάση τη νευρολογική του εξέταση, για παράδειγμα, πραγματοποιείται έλεγχος των κορέων αν συστέλλονται κανονικά ως αντίδραση στο φως. Επίσης, η διάγνωση βασίζονται στο GCS. Η νευρική απεικόνιση βοηθά στη διάγνωση και στη λήψη αποφάσεων για ποια θεραπεία θα ακολουθηθεί.

Η προτιμώμενη ακτινολογική εξέταση είναι η αξονική τομογραφία: είναι γρήγορη, ακριβής και ευρέως διαθέσιμη. Επιπλέον η αξονική τομογραφία συνήθως πραγματοποιείται αργότερα για να καθοριστεί αν το τραύμα έχει προχωρήσει.

Η μαγνητική τομογραφία (MRI) μπορεί να δείξει περισσότερες λεπτομέρειες από την αξονική τομογραφία και να προσθέσει πληροφορίες σχετικά με τα αναμενόμενα αποτελέσματα σε μακροπρόθεσμη βάση. Η μαγνητική τομογραφία είναι πιο χρήσιμη από την αξονική τομογραφία στο να εντοπίζει τα χαρακτηριστικά του τραύματος, όμως δεν χρησιμοποιείται επειδή δεν μπορεί να ανιχνεύει τις αιμορραγίες και τα κατάγματα και γιατί χρειάζεται μεγάλη διάρκεια προκειμένου να ληφθεί η εικόνα και γιατί είναι ασύμβατη με τα μεταλλικά αντικείμενα τα οποία είναι απαραίτητα στα ιατρεία έκτακτης ανάγκης. Μια παραλλαγή της μαγνητικής τομογραφίας από το 2012 είναι η παρακολούθηση μέσω ινών υψηλής ευκρίνειας (Zink, 2001).

Υπάρχουν, επίσης, άλλες εξετάσεις που χρησιμοποιούνται για να επιβεβαιωθεί μια συγκεκριμένη διάγνωση. Μια από αυτές είναι οι ακτινογραφίες, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τραύματα στο κεφάλι. Στην πράξη όμως δεν χρησιμοποιούνται γιατί είτε τα τραύματα είναι πολύ μικρά έτσι ώστε δεν χρειάζονται απεικόνιση, είτε πολύ μεγάλα και χρειάζονται αξονική ακτινογραφία. Προκειμένου να ανιχνευτούν προβλήματα στα αιμοφόρα αγγεία μετά από κάποιο τραύμα υπάρχει η αγγειογραφία και το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.

Στην αξιολόγηση αλλά και στον σχεδιασμό της αποκατάστασης μπορεί να βοηθήσει σημαντικά και μία νευροψυχολογική εκτίμηση (Barr & Gean, 2007).

1.8 Πρόληψη

Με δεδομένο ότι μια σημαντική αίτια της κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης είναι τα τροχαία ατυχήματα, η πρόληψη και η βελτίωση των συνεπειών τους μπορεί να μειώσει τόσο τη συχνότητα αλλά και τη σοβαρότητα των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων. Στα ατυχήματα, η ζημιά μπορεί να μειωθεί με τη χρήση ζωνών ασφαλείας, με παιδικά καθίσματα ασφαλείας, με κράνη μοτοσυκλέτας και με

αερόσακους. Υπάρχουν πολλά εκπαιδευτικά προγράμματα που σκοπός τους είναι η μείωση του αριθμού των ατυχημάτων. Επιπλέον, μπορούν να γίνουν αλλαγές στους νόμους της δημόσιας τάξης και ασφάλειας, όπως για παράδειγμα για το όριο ταχύτητας, νόμοι για τη ζώνη ασφαλείας και τα κράνη.

Αλλαγές έχουν, επίσης, συζητηθεί στις κοινές πρακτικές στον αθλητισμό. Η αύξηση της χρήσης του κράνους θα μπορούσε να μειώσει τη συχνότητα εμφάνισης των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων. Λόγω της δυνατότητας του κατ' επανάληψη χτυπήματος της μπάλας με το κεφάλι στο ποδόσφαιρο, θα μπορούσε να προκαλέσει αθροιστική βλάβη του εγκεφάλου, έχει προταθεί η ιδέα της καθιέρωσης προστατευτικών καλυμμάτων του κεφαλιού για τους παίκτες. Η βελτιωμένη σχεδίαση του εξοπλισμού μπορεί να ενισχύσει την ασφάλεια, μαλακότερες μπάλες στο μπέιζμπολ μειώνουν τον κίνδυνο τραυματισμού του κεφαλιού. Κανόνες ενάντια στις επικίνδυνες επαφές στο Αμερικάνικο ποδόσφαιρο, όπως όταν ένας παίκτης αντιμετωπίζει έναν άλλο με το κεφάλι πρώτα, μπορεί επίσης να μειώσει τα ποσοστά των τραυματισμών του κεφαλιού.

Οι πτώσεις μπορούν να αποφευχθούν με την εγκατάσταση μπαρών στήριξης στα μάνια και στις σκάλες, η εγκατάσταση προστατευτικών στα παράθυρα και πορτών ασφαλείας στο επάνω και κάτω μέρος της σκάλας γύρω από μικρά παιδιά. Παιδότοποι με επιφάνειες από φύλλα ή άμμο, επίσης, εμποδίζουν τα τραύματα στο κεφάλι. Η πρόληψη της παιδικής κατάχρησης είναι μια άλλη τακτική. Υπάρχουν προγράμματα για την πρόληψη του συνδρόμου της ανατάραξης του μωρού, που σκοπό έχουν την ενημέρωση πάνω σε αυτό το θέμα. Η ασφάλεια των όπλων, συμπεριλαμβανόμενης της διατήρησης όπλων άδειων και κλειδωμένων είναι ένα άλλο προληπτικό μέτρο. Οι μελέτες σχετικά με την επίδραση των νόμων που στοχεύουν στον έλεγχο της πρόσβασης σε όλους τους τομείς, στις ΗΠΑ έχουν αποδειχθεί ανεπαρκείς για να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα στη μείωση του αριθμού των τραυματισμών ή θανάτων (American Academy of pediatrics, 2001).

Πρόσφατες κλινικές και εργαστηριακές έρευνες από τον νευροχειρουργό Julian Bailes MD, και τους συνεργάτες του στο Πανεπιστήμιο της Δυτικής Βιρτζίνια, έχουν ως αποτέλεσμα ότι τα διαιτητικά συμπληρώματα με ωμέγα -3 DHA προσφέρουν προστασία από την βιομηχανική βλάβη του εγκεφάλου που εμφανίζεται μετά από μια τραυματική βλάβη. Επιπλέον, η ακετυλκυστεΐνη έχει επιβεβαιωθεί, σε

μια πρόσφατη διπλή – τυφλή ελεγχόμενη με φάρμακο Placebo μελέτη που έγινε από τον στρατό των ΗΠΑ, ότι μειώνει τις επιπτώσεις που προκαλούνται από ήπιες τραυματικές εγκεφαλικές και νευρολογικές βλάβες στους στρατιώτες. Πολλές μελέτες σε ζώα έχουν επίσης καταδείξει την αποτελεσματικότητά της στη μείωση της βλάβης που σχετίζεται με μέτρια κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή βλάβη της σπονδυλική στήλης, καθώς επίσης και την ισχαιμία που προκαλείται από βλάβη του εγκεφάλου. Ειδικότερα, έχει αποδειχθεί μέσω πολλαπλών μελετών ότι μειώνει σημαντικά νευρωνικές απώλειες και βελτιώνει τα γνωστικά και νευρολογικά αποτελέσματα που σχετίζονται με τέτοια τραυματικά γεγονότα. Η ακετυλοκυστεΐνη έχει χρησιμοποιηθεί με ασφάλεια στη αντιμετώπιση της υπερδοσολογίας της παρακεταμόλης για πάνω από σαράντα χρόνια και χρησιμοποιείται ευρέως στην ιατρική (Miller, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – Ψυχικές Διαταραχές

2.1 Ψυχική υγεία

Δεν λογίζεται υγεία δίχως ψυχική υγεία. Στους πολίτες, η ψυχική υγεία παρέχει την ευχέρεια να αναπτύξουν το πνευματικό, αλλά και το συναισθηματικό τους δυναμικό, να αποκτήσουν και να εκπληρώσουν τον καθοριστικό ρόλο τους στην κοινωνία, στο σχολικό περιβάλλον, αλλά και στην επαγγελματική τους ζωή και καθημερινότητα.

Μέσα σε μία κοινωνία, η καλή ψυχολογική υγεία των πολιτών βοηθάει καθοριστικά στην ευημερία, την αλληλεγγύη και την κοινωνική δικαιοσύνη. Αντιθέτως, η κακή ψυχική υγεία έχει ως αποτέλεσμα πολλές και διαφοροποιημένες δαπάνες και απώλειες, αλλά και πολλές επιβαρύνσεις για τους συγκεκριμένους πολίτες, αλλά και τα γενικότερα κοινωνικά συστήματα στα οποία ανήκουν.

Οι έννοιες της ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν την υποκειμενική ευημερία, την αντίληψη, την αυτό-αποτελεσματικότητα και παρέχουν την υπεράσπιση, την αυτονομία, την ικανότητα, την εξάρτηση μεταξύ των γενεών και την αναγνώριση της δυνατότητας να αναπτύξουν το πνευματικό και συναισθηματικό τους δυναμικό. Επίσης, η ψυχική υγεία έχει οριστεί ως μια κατάσταση ευημερίας σύμφωνα με την οποία τα άτομα μπορούν να αναγνωρίσουν τις ικανότητές τους, είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τα άγχη της ζωής, να εργαστούν παραγωγικά και γόνιμα, και να συνεισφέρουν στις κοινότητές τους. Η ψυχική υγεία αφορά στην βελτίωση των ικανοτήτων των ατόμων και των κοινωνιών και την διευκόλυνση αυτών να καταφέρνουν τους προσωπικούς τους στόχους. Η ψυχική υγεία θα πρέπει να είναι πρωταρχικός στόχος για όλους μας, όχι μόνο για εκείνους που πάσχουν από κάποια ψυχική διαταραχή. Τα προβλήματα της ψυχικής υγείας επηρεάζουν την κοινωνία ως σύνολο και όχι μόνο ένα μικρό ξεχωριστό τμήμα της. Για αυτό λοιπόν το λόγο αποτελούν μια πρόκληση στην παγκόσμια ανάπτυξη (Λιοδάκης και συν., 2006).

Η ψυχική υγεία είναι η κατάσταση κατά την οποία το άτομο ζει με άνεση μέσα στην κοινότητα και ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Ψυχικά υγιές είναι το άτομο που έχει επίγνωση της ατομικής του

ταυτότητας, συγκρίνει τον εαυτό του με πρότυπο διαχρονικό, είναι αυτοδύναμο, μπορεί να επιλύει τα προβλήματά του, αισθάνεται ότι είναι χρήσιμο στην κοινωνία, αντιμετωπίζει το στρες και την κατάθλιψη σε αλλαγές που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια της ζωής του, όπως είναι για παράδειγμα η μεταβατική περίοδο που ακολουθεί την συνταξιοδότηση, επηρεάζει και διαμορφώνει τις συνθήκες του περιβάλλοντός του. Έχει ικανότητα να αγαπά, να προσαρμόζεται στον χρόνο και στις συνθήκες, έχει αρμονία στα θέλω και στα πρέπει και διασκεδάζει. Οι δείκτες που επηρεάζουν το ευ ζειν είναι οι κοινωνικές σχέσεις, η οικογενειακή ζωή και η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου με δραστηριότητες που δίνουν νόημα, η καλή φυσική υγεία, η τάξη και η ηρεμία. Ο εαυτός του κάθε ανθρώπου θα πρέπει να εμπλουτίζεται από κοινωνικούς ρόλους συνέχεια, για την εξέλιξη της ταυτότητάς του, ιδιαίτερα όταν βιώνει το αίσθημα της απώλειας της δουλειάς λόγω συνταξιοδότησης (Λιοδάκης και συν., 2006).

Γενικότερα, η ψυχική υγεία και κυρίως η κακή ψυχική υγεία αποτελεί βασικό παράγοντα για έναν άνθρωπο. Η ψυχική υγεία από πολλές σύγχρονες έρευνες περιγράφεται σαν ένα γεγονός ευεξίας κατά το οποίο ένας άνθρωπος υλοποιεί τις ικανότητες του και είναι εφικτό να αντιμετωπίσει τα κανονικά άγχη και στρες της καθημερινότητας και να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα. Παράλληλα έχει την ευχέρεια να συνεισφέρει στην κοινότητα του.

Η κακή ψυχική υγεία συνεπάγεται σε διαφοροποιημένα ζητήματα ψυχικής υγείας και έντασης, ελαττωμένη δράση η οποία έχει άμεση σχέση με την αγωνία και τα συμπτώματα αλλά και με διαγνώσιμες διανοητικές διαταραχές όπως είναι για παράδειγμα η σχιζοφρένεια αλλά και η κατάθλιψη (Gazzaniga & Heatherton, 2006).

Η συγκεκριμένη ψυχική κατάσταση των ατόμων οριοθετείται από διαφοροποιημένους παράγοντες περιέχοντας και βιολογικούς παράγοντες (όπως είναι για παράδειγμα γενετική και φύλο, ατομικούς παράγοντες (όπως είναι για παράδειγμα η ατομική πείρα), οικογενειακούς αλλά και κοινωνικούς παράγοντες (όπως είναι για παράδειγμα η κοινωνική υποστήριξη) αλλά και το σύνολο των οικονομικών αλλά και των περιβαλλοντικών παραγόντων (όπως είναι για παράδειγμα η κοινωνική θέση καθώς επίσης και το σύνολο των συνθηκών διαβίωσης) (Μεγαλοοικονόμου και συν., 2011).

2.2 Βασικές έννοιες

Η ψυχική ασθένεια είναι ένα μοτίβο σκέψης είτε συμπεριφοράς, είτε ένα είδος ανωμαλίας που έχει την ευχέρεια να δημιουργήσει σημαντικό πόνο είτε μια μορφή ανικανότητας και που δεν είναι αναπτυξιακά είτε κοινωνικά οριοθετημένη. Η συγκεκριμένη μορφή ασθένειας οριοθετείται γενικότερα από έναν συνδυασμό του πως ένας άνθρωπος νοιώθει, δρα, σκέπτεται είτε αντιλαμβάνεται (Pilgrim and Rogers, 2010).

Είναι εφικτό η ψυχική ασθένεια να έχει άμεση σχέση με καθορισμένες τοποθεσίες και σημεία με δράσεις του ανθρώπινου εγκεφάλου και του υπόλοιπου νευρικού συστήματος, τις περισσότερες φορές σε ένα καθορισμένο κοινωνικό πλαίσιο. Η αναγνώριση, αλλά και η κατανόηση των ψυχικών διαταραχών έχει αλλάξει με το πέρασμα των ετών, σε παγκόσμιο επίπεδο και υφίστανται ακόμη πολλές ορολογίες, αποτιμήσεις και ταξινομήσεις, παρόλο που συγκεκριμένα καθοδηγητικά κριτήρια χρησιμοποιούνται ευρέως.

Σε αρκετές περιστάσεις, εμφανίζεται μια συνέχεια ανάμεσα σε ψυχική υγεία και ψυχική ασθένεια, κάτι το οποίο κάνει τη διάγνωση ακόμα πιο δύσκολη. Βάσει του παγκόσμιου οργανισμού υγείας, πάνω από το 1/3 των ατόμων στα πιο πολλά κράτη αναφέρουν ζητήματα σε κάποιο κομμάτι της καθημερινότητας τους που ταιριάζουν στα κριτήρια διάγνωσης ενός είτε πιο πολλών από τις πιο σύνηθες ψυχικές διαταραχές.

Οι λόγοι των συγκεκριμένων διαταραχών διαφοροποιούνται και σε ορισμένες περιστάσεις, δεν είναι ξεκάθαροι, ενώ μερικές θεωρήσεις συγγέουν ευρήματα από ένα ευρύ φάσμα πλαισίων. Οι λειτουργίες εστιάζουν κατά κύριο λόγο σε ψυχιατρικά νοσοκομεία είτε στην κοινότητα και η αποτίμηση γίνεται από ψυχιάτρους, κλινικούς ψυχολόγους και κλινικούς κοινωνικούς λειτουργούς που κάνουν χρήση διαφοροποιημένων τακτικών αλλά τις περισσότερες φορές επικεντρώνονται στην παρατήρηση και στα ερωτήματα (American Psychiatric Association, 2000).

Η κλινική θεραπεία προσφέρεται με διαφοροποιημένες τακτικές από διάφορους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η ψυχοθεραπεία αλλά και η ψυχιατρική

θεραπευτική αγωγή είναι 2 βασικές επιλογές θεραπείας, όπως είναι για παράδειγμα η κοινωνική παρέμβαση, η ισότιμη υποστήριξη και η αυτοβοήθεια (Pickering, 2003).

Σε μια μειονότητα των περιπτώσεων είναι εφικτό να υπάρξει ακούσιος περιορισμός είτε ακούσια θεραπεία. Το στίγμα και η διάκριση είναι δυνατό να προσθέσει στον πόνο και ανικανότητα η οποία αφορά ως επί το πλείστον το σύνολο των ψυχικών διαταραχών που θα αναφερθούν και θα αναλυθούν παρακάτω (είτε με το να έχει διαγνωσθεί κάποιος με μια ψυχική διαταραχή είτε με το να κρίνεται για αυτό).

Αυτό είναι κάτι το οποίο προκαλεί διαφοροποιημένες κοινωνικές κινητοποιήσεις οι οποίες προσπαθούν να παρουσιάσουν ανοδική τάση της κατανόησης και να αντικρούσουν τον κοινωνικό αποκλεισμό. Η πρόληψη παρουσιάζεται στη σύγχρονη εποχή σε ορισμένες τακτικές και πολιτικές οι οποίες ακολουθούνται από τη ψυχική υγεία.

Ψυχικές ασθένειες αναπτύσσονται κατά τη διάρκεια της καθημερινότητας ενός ανθρώπου. Αυτό είναι πιθανό να έχει άμεση σχέση με τον παράγοντα των γονιδίων και τη γενικότερη πείρα. Το τι λογίζεται σαν ψυχική ασθένεια έχει μεταβληθεί σημαντικά κατά το πέρασμα των ετών. (Berger, 1999).

Οι άνθρωποι με παρόμοιας μορφής ασθένειες έχουν κάποιες φορές δυσκολίες επικοινωνίας και δυσκολίες στο να ακολουθούν αυτό που καλείται κανονική ζωή. Η θεραπεία και η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή είναι δυνατόν να βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό τους ανθρώπους με καθορισμένες ψυχικές αρρώστιες να ζήσουν μια καλύτερη ζωή.

Η ορολογία της συγκεκριμένης ασθένειας είναι βασική στον τομέα της ψυχιατρικής, της ψυχολογίας, της κοινωνιολογίας, της νομικής αλλά και άλλων τομέων και επιστημών, και είναι καθοριστικό να κατανοήσουμε πως ορίζεται. Δεν ισχύουν, όμως, παρόμοια πράγματα για όλες τις επιστήμες, ούτε για κάθε κράτος, ούτε για κάθε εποχή και πολιτισμό καθώς επίσης και ούτε και για κάθε οικογένεια. (Horwitz, 2001)

Η σχετικότητα της εν λόγω ορολογίας, δεν είναι απαραίτητο, όμως, να μας κάνει να πιστέψουμε ότι δεν συλλαμβάνεται νοητική είτε ακόμα χειρότερα ότι δεν υφίσταται αντικειμενικά. Απλά είναι χρήσιμο να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί όσοι

έχουν άμεση σχέση επαγγελματικά με την καταπολέμηση παρόμοιων ζητημάτων τα οποία προκαλεί η συγκεκριμένη ασθένεια στον ίδιο πάσχοντα καθώς επίσης και στον κοινωνικό του περίγυρο.

Η δυσμένεια ανάλυσης και καθορισμού η οποία υφίσταται, προκύπτει πιο πολύ, εξαιτίας της αδυναμίας των λέξεων να αναλύσουν με σαφήνεια και ακρίβεια, όλο το φάσμα της ανθρώπινης ύπαρξης. Πέρα από την καθαυτό σωματική υπόσταση, το άτομο χαρακτηρίζεται από το συναίσθημα, τη σκέψη αλλά και τη γενικότερη προσωπικότητα και ατομικότητα που έχει (Gazzaniga & Heatherton, 2006).

Οι συγκεκριμένες 3 ανθρώπινες διαστάσεις, εμφανίζουν τεράστια ποικιλομορφία, με κάλυψη όλων των ενδιάμεσων γεγονότων. Η συγκεκριμένη ασθένεια, τυπικά, υποδηλώνει την ύπαρξη μιας συναισθηματικής διαταραχής και μιας διαταραχής της σκέψης, η οποία είναι σε θέση να επιφέρει ένα μεγάλο σύνολο επιρροών και επιδράσεων, κυρίως, αρνητικών για τη ψυχική ευεξία, την υγεία, αλλά και την ασφάλεια ενός ανθρώπου (Winston, 2005).

Υφίσταται, φυσικά, αυτό το οποίο ονομάζουμε μεσαία γραμμή, μέσος όρος, μέση κατάσταση κ.ο.κ.. Αλλά στα οριακά σημεία, φαίνεται η δυσμένεια της λεκτικής αποτύπωσης της ασθένειας αυτής. Παρακάτω παρουσιάζουμε μερικά καθημερινά παραδείγματα κατά τα οποία ο κάθε ένας είναι αρμόδιος να θέσει τα δικά του όρια. Τα παραδείγματα αυτά είναι τα εξής:

- Αναμένουμε τη κανονική θλίψη σε κάθε απώλεια αγαπημένου ατόμου. Αλλά αν κάποιος κλαίει πολλές φορές την εβδομάδα, πάνω από τη φωτογραφία του χαμένου ατόμου ύστερα από μερικά έτη, τότε θεωρούμε ότι το άτομο αυτό πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια η οποία ονομάζεται κατάθλιψη
- Είναι θετικό να είναι κάποιος χαρούμενος αλλά εάν το παρακάνει, δείχνει πως ξεφεύγει από τα κανονικά πλαίσια που υπάρχουν και δέχεται κραδασμούς συναισθημάτων και έτσι από πολλούς λογίζεται ότι έχει εισέλθει σε μια μορφή ψυχικής ασθένειας η οποία στη σύγχρονη εποχή ονομάζεται μανία
- Λογίζεται ως ορθό κάποιος να σκέπτεται και να λαμβάνει όλες τις προφυλάξεις με κυριότερο στόχο να αποφεύγει τις κακοτοπιές της

καθημερινότητας, αλλά όταν το παρακάνει, τότε τα επίθετα παρανοϊκός αλλά και κρυψίνοος παρουσιάζουν την εισχώρηση του σε μια μορφή παρόμοιας ασθένειας με αυτή που μελετάμε στην εν λόγω πτυχιακή εργασία (Golightley, 2004).

- Η καθαριότητα, αλλά και η φροντίδα, είναι χρήσιμες και σημαντικές αξίες, αλλά η υπερβολική ασχολία μαζί τους σηματοδοτεί σε αρκετές περιπτώσεις εισχώρηση στην ψυχαναγκαστική διαταραχή της προσωπικότητας
- Όποιος παρουσιάζει πολλές φοβίες οι οποίες του παραλύουν και του επηρεάζουν τις καθημερινές και κοινωνικές του δράσεις τότε αυτό το άτομο έχει κάποια φοβική διαταραχή, η οποία αποτελεί με τη σειρά της ένα είδος ψυχικής ασθένειας
- Σε περίπτωση κατά την οποία κάποιος δέχεται σημαντικές επιρροές από τη μεγάλη ανησυχία και την ανασφάλεια που διαθέτει, οι οποίες του περιορίζουν σημαντικά τις προσωπικές και τις κοινωνικές του επαφές τότε λέγεται πως τον κυριαρχεί το άγχος και το στρες κάτι το οποίο στις σύγχρονες επιστήμες μεταφράζεται σαν ότι πάσχει από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (Μπούρας, 2014).
- Σε περίπτωση κατά την οποία κάποιος απολαμβάνει τη μετρημένη κατανάλωση κρασιού τότε είναι απλά ένας κοινός πότης, αλλά σε περίπτωση στην οποία δεν είναι εφικτό κάποιος να φανταστεί την ημέρα του δίχως να πιεί ούτε σταγόνα κρασί τότε είναι αλκοολικός κάτι το οποίος επιστημονικά αναφέρεται πως έχει σημαντική εξάρτηση από το αλκοόλ (Οικονόμου-Λαλιώτη, 2013).

Σε όλα τα παραδείγματα τα οποία αναφέρθηκαν και αναλύθηκαν παραπάνω, γίνεται εύκολα αντιληπτό πως δεν είναι εύκολο να τραβήξει κάποιος μια διακεκριμένη γραμμή μεταξύ στο τι είναι επακριβώς φυσιολογικό και τι αποτελεί ψυχική ασθένεια.

Για το λόγο αυτόν ο τομέας της ψυχιατρικής έχει δημιουργήσει ένα σύνολο από διαγνωστικά εργαλεία όπως είναι για παράδειγμα ειδικευμένες κλίμακες υπολογισμού ψυχικών παθήσεων (κλίματα Hamilton που αφορά στο άγχος και την κατάθλιψη, κλίμακα αυτόαξιολόγησης της κατάθλιψης κατά Young κ.α.) και τα διαγνωστικά και ταξινομητικά συστήματα (όπως για παράδειγμα DSM-IV αλλά και ICD-10). Η βελτίωση των συγκεκριμένων εργαλείων είναι συνεχόμενη και τα αντίστοιχα ζητήματα προκαλούν παθιασμένες ομιλίες σε διάφορα συνέδρια που υλοποιούνται κατά περιόδους.

Χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης κατάστασης είναι πως για παράδειγμα κάθε πολιτεία των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, έχει τη δική της άποψη για την ψυχική ασθένεια. Με τον τρόπο αυτόν, στην πολιτεία της Νέας Υόρκης, η ψυχική ασθένεια είναι μια κατάσταση η οποία παρουσιάζεται με ψυχική νόσο είτε ψυχική κατάσταση που παρουσιάζεται σαν μια μορφή διαταραχής στη συμπεριφορά, στη σκέψη, στην κρίση είτε στα συναισθήματα σε τέτοιο βαθμό έτσι ώστε ο άνθρωπος να χρειάζεται φροντίδα, θεραπεία και αποκατάσταση (American Psychiatric Association, 2000).

Αντίθετα, στο Connecticut, ένας ψυχικά ασθενής άνθρωπος είναι ένας άνθρωπος ο οποίος εμφανίζει μια ψυχική είτε συναισθηματική κατάσταση η οποία έχει σημαντικές δυσκολίες και επιρροές στην ευχέρεια του να δρα και που χρειάζεται σημαντική φροντίδα και θεραπεία καθώς αποκλείονται από την εν λόγω κατηγορία τα εξαρτημένα από το αλκοόλ και τις ουσίες άτομα. Αρκετές πολιτείες δεν περιέχουν τη νοητική υστέρηση είτε τις διαταραχές οι οποίες έχουν άμεση σχέση με τη χρησιμοποίηση ουσιών. (Horwitz, 2001)

Εδώ θα πρέπει να τονιστεί ότι η ορολογία της εν λόγω ασθένειας δεν είναι ταυτόσημη με αυτή της ψυχικής διαταραχής. Επομένως, η διάγνωση κατά το DSM-IV που αναφέρθηκε παραπάνω, δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ο άνθρωπος πληροί και τις προϋποθέσεις για μια ψυχολογική διαταραχή. (Σταμάτης και Κονίδου, 2014)

Υφίσταται μια ανακρίβεια σε ότι αφορά το τι συνιστά ψυχική κατάσταση είτε για το ποιες είναι οι δύσκολες επιρροές στη δυνατότητα δράσης του ανθρώπου. Η συγκεκριμένη κατάσταση αφήνει την ευελιξία σε ότι έχει να κάνει με τη δράση λήψης αποφάσεων σε προσωπικό επίπεδο, ταυτόχρονα, όμως, συντηρεί και την πιθανότητα να επέλθουν σημαντικές επιρροές και επιδράσεις στην οριοθέτηση και

τον καθορισμό των συγκεκριμένων αποφάσεων της υποκειμενικής αντίληψης αλλά και της προκατάληψης.

Με τον τρόπο αυτόν, είναι πρόδηλο πως προκειμένου να αξιολογήσουμε και να οριοθετήσουμε τη συγκεκριμένη μορφή ασθένειας, θα πρέπει να εστιάσουμε σε καθορισμένα κοινωνικά αλλά και θρησκευτικά κριτήρια, όπως είναι για παράδειγμα το στατιστικό κριτήριο είτε η προϋπόθεση της μέσης συμπεριφοράς, όπου μη υγιής λογίζεται αυτός του οποίου η συμπεριφορά διαφέρει από τη μέση συμπεριφορά των άλλων στελεχών και φορέων μιας κοινότητας ή μιας ομάδας και ενός συνόλου.

Ακόμα, η προϋπόθεση της κλινικά διαπιστωμένης έλλειψης της νόσου και την εμφάνιση των μη αρνητικών γνωρισμάτων της ψυχικής υγείας. Επιπρόσθετα, η προϋπόθεση της κοινωνικής αποδοχής που εστιάζει στην κοινωνική συνέπεια της συμπεριφοράς. Τέλος, η προϋπόθεση της υποκειμενικής δυσμένειας, στην οποία οι άνθρωποι ξεχωρίζουν από την επίγνωση και την έκφραση της συγκεκριμένης κατάστασης και της δυσφορίας τους.

Εκτός από τις βασικές προϋποθέσεις οι οποίες αναφέρθηκαν και αναλύθηκαν παραπάνω, υφίσταται και κάποιες άλλες, συμπληρωματικές οι οποίες λογίζονται σαν ατομικά γνωρίσματα του τρόπου ζωής του κάθε ανθρώπου στον κάθε κοινωνικό χωροχρόνο (Gazzaniga and Heatherton, 2006).

Σαν τέτοιο θα ήταν εφικτό να παρουσιαστεί η ενεργητική προσαρμογή του ανθρώπου στο φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον το οποίο θα του επιτρέψει να ικανοποιήσει τις κυριότερες ανάγκες του, δηλαδή τις βιολογικές, τις ψυχολογικές, τις οικονομικές καθώς επίσης και τις κοινωνικές του ανάγκες οι οποίες παίζουν καθοριστικό ρόλο. Ακόμα, η επίγνωση της ατομικής του ταυτότητας και του στόχου της ζωής του, των αναγκών για διαπροσωπικές επαφές και του κοινωνικού και φυλετικού του ρόλου. Τέλος, η αντοχή στο άγχος το οποίο του αναπτύσσει ο περίγυρος του. (Bhugra et al, 1996)

Ένας ακόμα καθοριστικός παράγοντας και φορέας είναι η οικογένεια η οποία προφανώς αποτελεί υποστηρικτικό σύστημα και παίζει καθοριστικό ρόλο στο εάν ένας άνθρωπος θα διαθέτει τις παραπάνω προϋποθέσεις οι οποίες θα συγκροτούν τη ψυχική του υγεία. Ο συγκεκριμένος θεσμός,, δίχως να έχει καμία εξάρτηση από τη

δομή της, είναι ένας μηχανισμός ο οποίος περιέχεται από τα στελέχη τα οποία αλληλοσυσχετίζονται μεταξύ τους.

Αφορά έναν ιστορικά αναπτυσσόμενο διεθνή θεσμό ο οποίος χαρακτηρίζεται από την οργάνωση κοινού τρόπου ζωής 2 ανθρώπων και οριοθετείται από τις αλλαγές τους κοινωνικού αλλά και οικονομικού πλαισίου. Έχει σαν βασική δράση της την βιολογική, ψυχολογική αλλά και πολιτιστική αναπαραγωγή. Οι άνθρωποι οι οποίοι ζουν μαζί υπόκεινται σε ημερήσια συναισθηματική αλληλοσυσχέτιση και αυτός είναι ο πιο σημαντικός λόγος που η ψυχική υγεία αλλά και η κανονική συμπεριφορά όπως αυτή ορίζεται για κάθε άνθρωπο έχουν άμεση εξάρτηση από το συγκεκριμένο θεσμό.

Κύρια γνωρίσματα της κανονικής συμπεριφοράς του ιδανικού ανθρώπου είναι η οργάνωση και η συστηματικότητα, η αισιοδοξία, η περιέργεια, η ταυτότητα του εκάστοτε ρόλου όσο σημαντικός ή μη και αν είναι, η ανεξαρτησία, η συναγωνιστικότητα αλλά και η ευχέρεια της άμεσης και μη συνεργασίας με άλλα άτομα και λοιπές ομάδες.

Ακόμα, η δυνατότητα σύναψης διαπροσωπικών επαφών, η δυνατότητα λήψης αποφάσεων, η έκφραση και η παρακολούθηση των συγκινήσεων, η αυτό-εκτίμηση αλλά και η ασφάλεια παίζουν εξίσου καθοριστικό ρόλο. Κάθε τι το οποίο διαφεύγει σε μεγάλο βαθμό από τις παραπάνω προϋποθέσεις, αναπτύσσει την προϋπόθεση ανάπτυξης της ορολογίας της συγκεκριμένης ασθένειας (Kendler and Parnas, 2008).

2.3 Μορφές Ψυχικών Διαταραχών

Ένας από τους πιο βασικούς παράγοντες των κρανιοεγκεφαλικών κακώσεων είναι η χρήση ουσιών και η κατανάλωση αλκοόλ. Πολλοί άνθρωποι που μεταφέρονται στο νοσοκομείο μετά από κάποια κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι είτε αλκοολικοί είτε χρήστες ουσιών. Το ποσοστό των ανθρώπων αυτών είναι πολύ μεγάλο, το 25% αυτών κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών και το 40% έχει ιστορικό αλκοολισμού.

Όταν ένας άνθρωπος έχει υψηλά επίπεδα αλκοόλης στο αίμα τότε εξασθενούν οι ψυχοκινητικές επιδόσεις του και έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να εμπλακεί σε ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα. Επίσης, το αλκοόλ πολλές φορές είναι υπεύθυνο και για τις κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις που προκλήθηκαν από επιθέσεις ή καυγάδες. Γενικά το αλκοόλ και οι ναρκωτικές ουσίες μειώνουν την κριτική ικανότητα του ανθρώπου και αυξάνουν την ανάγκη του να εκφράσει έντονα τα συναισθήματά του. Οι πιο κοινές μορφές ψυχικών διαταραχών των ατόμων μετά από κάποια κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι οι παρακάτω.

2.3.1 Διαταραχές Συμπεριφοράς

Με τον όρο διαταραχές συμπεριφοράς εννοούμε την επίμονη αντικοινωνική συμπεριφορά που έχει ένας άνθρωπος. Οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με την αναπτυξιακή φάση και ανάλογα με το πλαίσιο αλλά πάντα αποτελούν πρόβλημα. Τα προβλήματα που δημιουργούν αυτές οι μορφές συμπεριφοράς είναι προβλήματα στην ανάπτυξη των κοινωνικών σχέσεων, στις καθημερινές αλληλεπιδράσεις των ανθρώπων είτε στο σπίτι, είτε στο σχολείο, είτε στην κοινωνία καθώς και προβλήματα στην απόδοση των μαθητών στο σχολείο.

Η διαταραχή συμπεριφοράς ποικίλει από άνθρωπο σε άνθρωπο, καθώς και η ηλικία εμφάνισης και τα συμπτώματα της ασθένειας αυτής. Έτσι, DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) παρουσιάστηκε ένας κατάλογος με 13 συμπτώματα της διαταραχής συμπεριφοράς. Τα άτομα που έχουν τουλάχιστον τρία από τα συμπτώματα αυτά, πάσχουν από διαταραχή συμπεριφοράς.

Το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα της διαταραχής συμπεριφοράς είναι η επαναλαμβανόμενη και η επίμονη συμπεριφορά ή ένα σύνολο συμπεριφορών που παραβιάζει δικαιώματα άλλων ανθρώπων ή ενεργεί ενάντια στους κανόνες της ηλικίας του παιδιού ή ενάντια στους κανόνες της κοινωνίας για ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 6 μηνών.

2.3.2 Διαταραχές διάθεσης

Οι διαταραχές διάθεσης ή αλλιώς οι συναισθηματικές διαταραχές είναι οι διαταραχές που επηρεάζονται από τη συναισθηματική διάθεση του ανθρώπου. Η διάθεση του ατόμου είναι ο τρόπος που βιώνει εσωτερικά τα διάφορα ερεθίσματα και που σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει πολλές πλευρές της συμπεριφοράς του ατόμου καθώς και τη αντίληψη που έχει το άτομο αυτό για τον κόσμο.

2.3.2.1 Κατάθλιψη

Σύμφωνα με τον Tomson et al. (2003), η κατάθλιψη είναι μία πνευματική και ψυχική διαταραχή η οποία υπάγεται στη διαταραχή και δυσλειτουργία της ψυχικής διάθεσης. Η λέξη προέρχεται ετυμολογικά από το ρήμα «καταθλίβω», που μπορεί να έχει πολλές και διαφορετικές σημασίες, όπως «καταπιέζω» ή «ζουλώ» (πιέζω κάτι πάνω σε κάτι άλλο), αλλά και στεναχωρώ, «συγκινώ». Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στην ελληνική γλώσσα από τον Πλούταρχο για να υποδηλώσει την ψυχική διάθεση, στην οποία βρίσκεται το άτομο «το πνεύμα του καταθλίψαντος». Στα αγγλικά ο αντίστοιχος όρος είναι «depression» από το λατινικό ρήμα «deprimere», που σημαίνει πιέζω κάτι προς τα κάτω, καταπιέζω το «depressive», δηλαδή καταθλιπτικός, έχει διαφορετικές σημασίες ανάλογα με τα συμφραζόμενα: μελαγχολικός (για τον καιρό), πεσμένη (για την αγορά), βαθουλωμένο (για το έδαφος) και φυσικά κακή (ψυχολογική διάθεση) (Gilbert, 1999).

Η κατάθλιψη συνδέεται με ανικανότητα εύρεσης οποιασδήποτε ευχαρίστησης στην καθημερινή ζωή, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αβεβαιότητα για το μέλλον, παραίτηση από κοινωνικές σχέσεις, σωματικά συμπτώματα όπως διατροφικές διαταραχές, προβλήματα στον ύπνο ακόμη και ροπή στον αλκοολισμό (Landers & Arent, 2007).

Όταν κάποιος υποφέρει από κατάθλιψη, δε σημαίνει απλώς το να έχει άσχημη διάθεση. Είναι γεγονός ότι η κατάθλιψη δεν επιδρά μόνο στο συναίσθημα του ανθρώπου. Επηρεάζει επίσης τις σκέψεις, το επίπεδο ενεργητικότητας, τη συγκέντρωση της προσοχής, την ποιότητα του ύπνου, ακόμη και τη σεξουαλική διάθεση. Επομένως, η κατάθλιψη επηρεάζει πολλούς και διαφορετικούς τομείς της ζωής των ανθρώπων. Πιο συγκεκριμένα (Μάνου, 1997, Gilbert, 1999):

Τα κίνητρα: Η κατάθλιψη μπορεί να επηρεάσει το βαθμό κινητοποίησης του ατόμου για διάφορα πράγματα που καλείται να εκτελέσει στην καθημερινότητά του καθώς και τα κίνητρό του για να δραστηριοποιηθεί. Μπορεί κάποιος να αισθάνεται απάθεια ή να νιώθει ότι δεν έχει δυνάμεις ή το ενδιαφέρον να εμπλακεί σε οποιαδήποτε δραστηριότητα και πρέπει να πείσει τον εαυτό του για να ολοκληρώσει ακόμα και τις πιο απλές δραστηριότητες (Μάνου, 1997, Gilbert, 1999).

Τα συναισθήματα: Η γενικότερη αντίληψη που κυριαρχεί είναι ότι η κατάθλιψη συνδέεται άμεσα μόνο με αρνητική διάθεση ή με τη σκέψη ότι δεν «πάει άλλο». Αυτά τα στοιχεία υπάρχουν στην κατάθλιψη, αλλά δεν είναι τα μόνα της χαρακτηριστικά. Πράγματι, το βασικότερο σύμπτωμα της κατάθλιψης αποτελεί η ανηδονία, δηλαδή η απώλεια της δυνατότητας του ατόμου να βιώσει οποιασδήποτε μορφής ευχαρίστηση. Η ζωή του ατόμου με κατάθλιψη είναι άδεια και το ίδιο είναι βυθισμένο στη θλίψη. Παρότι σταδιακά αρχίζει να χάνει τη δυνατότητα του να βιώνει θετικά συναισθήματα, τα αρνητικά συναισθήματά του αυξάνονται γρήγορα, κυρίως ο θυμός (Dozois & Dobson, 2004). Άλλα πολύ συνηθισμένα συμπτώματα είναι το άγχος και ο φόβος. Πράγματα που παλαιότερα έκανε με ευκολία, τώρα του προκαλούν φόβο και ορισμένες φορές δε γνωρίζει το γιατί. Άλλα αρνητικά συναισθήματα που μπορεί να ενταθούν, όταν υπάρχει κατάθλιψη, είναι η λύπη, η ενοχή, η ντροπή, ο φθόνος και η ζήλια (Μάνου, 1997, Gilbert, 1999).

Οι σκέψεις: Η κατάθλιψη επηρεάζει τις σκέψεις του ανθρώπου με δύο τρόπους. Πρώτον, επηρεάζει τη συγκέντρωση και τη μνήμη. Το άτομο διαπιστώνει ότι δεν μπορεί να εστιάσει την προσοχή του σε τίποτα. Του είναι σχεδόν αδύνατο να διαβάσει ένα βιβλίο ή να παρακολουθήσει ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα. Εκτός αυτού, δε θυμάται πολύ καλά ή έχει την τάση να ξεχνά διάφορα πράγματα. Και, εντούτοις, τού είναι ευκολότερο να θυμάται αρνητικά πράγματα παρά τα θετικά (Ευθυμίου, 2002, Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Δεύτερον, η κατάθλιψη επηρεάζει τις σκέψεις του ατόμου για τον εαυτό του, το μέλλον και τον κόσμο. Πολύ λίγοι άνθρωποι με κατάθλιψη νιώθουν καλά για τον εαυτό τους. Γενικά, τείνουν να βλέπουν τον εαυτό τους ως κατώτερο, ελλιπή, κακό ή άχρηστο. Όπως όλες οι έντονες συναισθηματικές καταστάσεις, η κατάθλιψη ωθεί σε ακραίες μορφές σκέψης. Το άτομο σκέφτεται με διπολικό τρόπο: είτε είναι απόλυτα επιτυχημένο είτε εντελώς αποτυχημένο (Μάνου, 1997, Gilbert, 1999).

Η συμπεριφορά: Όταν το άτομο νιώθει κατάθλιψη, η συμπεριφορά του αλλάζει. Απασχολείται με πολύ λιγότερες θετικές δραστηριότητες, μπορεί να αποσυρθεί κοινωνικά και νιώθει την ανάγκη να αισθανθεί υπερβολικό άγχος, μπορεί να αρχίσει να αποφεύγει την επαφή με τους άλλους ή να χάσει την κοινωνική του αυτοπεποίθηση (Blackburn et al., 1986).

Οι άνθρωποι με κατάθλιψη ορισμένες φορές νιώθουν ένταση και δυσκολεύονται πολύ να χαλαρώσουν. Από την άλλη πλευρά, ορισμένοι καταθλιπτικοί παρουσιάζουν σημαντική ψυχοκινητική επιβράδυνση. Περιπατούν αργά και σκυφτά, το μυαλό τους μοιάζει να έχει κολλήσει και όλα τους φαίνονται δυσβάσταχτα (Καλαντζή-Αζίζι & Δέγλερης, 1992, Καλαντζή-Αζίζι, 1999).

Η φυσιολογία: Όταν το άτομο νιώθει άγχος, το σώμα του παράγει μία ουσία που ονομάζεται αδρεναλίνη. Αντίστοιχα, η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα διαφορετικών βιολογικών αλλαγών που επιδρούν τόσο στο σώμα του όσο και στη λειτουργία του εγκεφάλου του. Λέγοντας ότι ο εγκέφαλός του ανθρώπου λειτουργεί διαφορετικά, όταν έχει κατάθλιψη, ουσιαστικά διατυπώνουμε κάτι αυτονόητο. Όλες οι συναισθηματικές καταστάσεις - η χαρά, η ερωτική επιθυμία, ο ενθουσιασμός, η ένταση, το άγχος και η κατάθλιψη - σχετίζονται με βιολογικές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στην περιοχή του εγκεφάλου. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ορισμένες από αυτές τις αλλαγές σχετίζονται με τις ορμόνες του στρες, όπως είναι η κορτιζόλη, γεγονός που υποδηλώνει ότι στην κατάθλιψη εμπλέκεται και το σωματικό σύστημα του στρες (Ingram et al., 1992). Επιπλέον, επηρεάζονται και κάποιες χημικές ουσίες του εγκεφάλου που ονομάζονται νευροδιαβιβαστές (μεταξύ των οποίων οι μονοαμίνες είναι αυτές που έχουν μελετηθεί εκτενέστερα). Γενικά, τα επίπεδα των ουσιών αυτών στον ανθρώπινο εγκέφαλο μειώνονται όταν υπάρχει κατάθλιψη, για αυτό ορισμένα άτομα ωφελούνται από τα φάρμακα που αυξάνουν τα επίπεδα των μονοαμινών στον οργανισμό (Ευθυμίου, 2002, Γκοτζαμάνης, 1996).

Οι κοινωνικές σχέσεις: Ακόμη και όταν το άτομο προσπαθεί να κρύψει την κατάθλιψή του, σχεδόν πάντα οι κοινωνικές του σχέσεις θα επηρεαστούν. Όταν υποφέρει από κατάθλιψη, είναι κακή παρέα για τους άλλους. Μπορεί να γίνει ευερέθιστο και να συλλάβει τον εαυτό του να λέει συνέχεια «όχι». Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι άνθρωποι στις σχέσεις τους (Γκοτζαμάνης, 1996).

Ενδέχεται να υπάρχουν συγκρούσεις που νιώθουν ότι δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν. Μπορεί να υπάρχει μη εκφρασμένη αγανάκτηση. Ίσως να νιώθουν ότι έχουν χάσει τον έλεγχο. Οι φίλοι τους και ο σύντροφός τους μπορεί να μην καταλαβαίνουν τι τους συμβαίνει. Ορισμένες φορές είναι δύσκολο για τους άλλους να κατανοήσουν τι σημαίνει να υποφέρει κανείς από κατάθλιψη.

2.3.2.2 Μείζονα κατάθλιψη

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Ψυχιατρικό Σύνδεσμο, ένα άτομο θεωρείται ότι πάσχει από μείζονα κατάθλιψη, όταν παρουσιάζει τουλάχιστον πέντε από τα μερικά πιθανά συμπτώματα, για διάστημα τουλάχιστον δύο εβδομάδων, τα οποία παρατίθενται παρακάτω (Σολδάτος, 1984).

Ένας τέτοιος κατάλογος συμπτωμάτων μπορεί να είναι χρήσιμος για τους ειδικούς, αλλά δεν περιγράφει όλες τις όψεις και την πολυπλοκότητα της κατάθλιψης. Για παράδειγμα, ορισμένοι ειδικοί θα συμπεριλάμβαναν και το αίσθημα του εγκλωβισμού στα συμπτώματα της κατάθλιψης, ενώ πολλοί ειδικοί θεωρούν ότι θα έπρεπε να συμπεριληφθεί και η απελπισία.

Βασικά συμπτώματα, τα οποία μπορεί να εκδηλώσει ένα άτομο που υποφέρει από μείζονα κατάθλιψη, είναι τα κάτωθι (Γκοτζαμάνης, 1996):

- Κακή διάθεση
- Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης
- Ελάττωση ή αύξηση της όρεξης και μεταβολή του σωματικού βάρους κατά 5% από το κανονικό
- Διαταραχές στον ύπνο
- Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση

- Απώλεια της ενεργητικότητας και σχεδόν καθημερινό αίσθημα κόπωσης
- Αίσθημα αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αίσθημα ενοχής
- Δυσκολία συγκέντρωσης
- Σκέψεις θανάτου και αυτοκτονικός ιδεασμός

Άτομα που βρίσκονται σε ένα Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο συχνά παρουσιάζουν συμπτώματα, όπως εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, νοσηρή ενασχόληση με κάθε είδους προβλήματα, άγχος, φοβίες, υπερβολικό ενδιαφέρον και στενοχώρια για τη σωματική τους υγεία, διάφορους πόνους (πονοκεφάλους, αρθρικούς, κοιλιακούς ή άλλους πόνους) ή και Προσβολές Πανικού (που μπορεί να πληρούν τα κριτήρια για Διαταραχή Πανικού) (Gilbert, 1999, Theofilou, 2011).

Επίσης, η Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή μπορεί να συνδέεται με χρόνιες γενικές ιατρικές καταστάσεις. Αναφέρεται ότι 20%-25% των ατόμων με γενικές ιατρικές καταστάσεις, όπως π.χ. διαβήτης, έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρκίνος ή εγκεφαλικό επεισόδιο, μπορεί να αναπτύξουν Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή κατά την πορεία της σωματικής αρρώστιας (Gilbert, 1999, Oliveira et al., 2012).

Παρόλο που τα κύρια χαρακτηριστικά στοιχεία ενός Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου εμφανίζονται να είναι τα ίδια στη νηπιακή, παιδική και εφηβική ηλικία αλλά και στην ενήλικη ζωή, εντούτοις υπάρχουν ορισμένα συμπτώματα που διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία (Angst & Merikangas, 1997).

2.3.2.3 Διπολική διαταραχή

Οι ερευνητές διακρίνουν τις ψυχολογικές καταστάσεις που χαρακτηρίζονται μόνο από κατάθλιψη από αυτές, στις οποίες παρατηρούνται και περίοδοι μανίας, καθώς η κατάθλιψη εναλλάσσεται με καταστάσεις μανίας. Κατά τη διάρκεια του μανιακού επεισοδίου, το άτομο έχει τρομερή ενεργητικότητα, θεωρεί τον εαυτό του πολύ σημαντικό, έχει διογκωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, δείχνει πολύ μεγάλο ενδιαφέρον για το σεξ και, αν η μανία δεν είναι πολύ έντονη, μπορεί να είναι πολύ παραγωγικό. Όταν οι περίοδοι κατάθλιψης συνδυάζονται με περιόδους μανίας

ή υπομανίας, τότε γίνεται η διάγνωση της διπολικής διαταραχής (υπό την έννοια ότι η διάθεση κυμαίνεται μεταξύ δύο πόλων, δύο άκρων: της μανίας και της κατάθλιψης). Παλαιότερα, η διπολική διαταραχή ονομαζόταν μανιοκατάθλιψη. Όταν υπάρχουν μόνο περίοδοι κατάθλιψης, δίνεται η διάγνωση της μονοπολικής καταθλιπτικής διαταραχής (Salkovskis, 1995, Μάνου, 1997).

Συμπτώματα μανίας (ΣΟΨΥ, 2011):

- Υπερβολική αυτοεκτίμηση
- Μειωμένη κρίση
- Ευερεθιστότητα
- Νευρικές ή απότομες κινήσεις
- Ανάγκη για λιγότερο ύπνο
- Αυξημένα επίπεδα ενέργειας
- Σπατάλη χρημάτων
- Μη ρεαλιστική πεποίθηση σχετικά με τις ικανότητες σας
- Αυξημένη λίμπιντο (σεξουαλική ορμή)
- Φλυαρία και ταχύτερος ρυθμός ομιλίας σε σχέση με το συνηθισμένο
- Άνοιγμα συζήτησης με αγνώστους
- Αίσθημα ευφορίας, «υπέροχης»-«καταπληκτικής» διάθεσης, η καλύτερη διάθεση που είχατε ποτέ
- Πολύ γέλιο (ακόμη και με πράγματα που δεν είναι αστεία)
- Πολλές νέες και συναρπαστικές ιδέες
- Γρήγορη μετάβαση από τη μία σκέψη στην άλλη
- Απώλεια συγκέντρωσης
- Λήψη γρήγορων αποφάσεων χωρίς να τις επεξεργαστείτε επαρκώς
- Πολλές αλλαγές ή σχέδια
- Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ ή χρήση ναρκωτικών

Η διπολική διαταραχή είναι μία ασθένεια την οποία δεν την επιλέγουν οι άνθρωποι απλά παρουσιάζεται γιατί κάτι δεν πάει καλά μέσα στον εγκέφαλο. Επομένως, ο ασθενής που πάσχει από διπολική διαταραχή, δεν την επιλέγει και γι' αυτό το λόγο δεν ευθύνεται γι' αυτήν.

Η διπολική διαταραχή θεωρείται μία από τις πιο συχνές ψυχικές ασθένειες και προσβάλλει γυναίκες, άντρες και παιδιά χωρίς καμία εξαίρεση. Η ασθένεια αυτή μπορεί να υπάρχει για όλη τη ζωή του ανθρώπου, να υποχωρεί κάποιες φορές και να επανέρχεται μήνες ή ακόμα και χρόνια αργότερα. Η διπολική διαταραχή δεν επηρεάζει μόνο τα άτομα που πάσχουν από αυτή αλλά και τα υπόλοιπα άτομα της οικογένειας, τους φίλους και τους φροντιστές τους (ΣΟΨΥ, 2011).

2.3.3 Άγχος και αγχώδεις διαταραχές

Το άγχος αποτελεί μια φυσιολογική, σωματική και ψυχολογική κατάσταση η οποία επιδρά στο μυαλό, στο σώμα, τα αισθήματα αλλά και στην συμπεριφορά και τον χαρακτήρα ενός ανθρώπου. Στην περίπτωση στην οποία συνδυαστούν όλες οι παραπάνω επιρροές, προκαλούνται αρνητικά, επώδυνα αισθήματα στον άνθρωπο, που αναγνωρίζονται με μορφή αμηχανίας, ταραχών, φοβιών ή διαφόρων ανησυχιών.

Η έννοια του άγχους συνήθως, αφορά μια φυσιολογική αντίδραση η οποία έχει την δυνατότητα ενίσχυσης των επιθυμιών του ανθρώπου να αντισταθεί σε δυσμενείς συνθήκες για τον ίδιο όπως είναι προβλήματα στον χώρο εργασίας ή στο σχολείο. Όταν, όμως, αυτήν η αντίδραση είναι σε υπερβολικό βαθμό, τότε υπάρχει κάποια μορφή ψυχολογικής διαταραχής η οποία θα πρέπει να προσεχθεί.

Το άγχος τις περισσότερες φορές προκύπτει δίχως να υπάρχει ψυχολογικό ερέθισμα το οποίο αναγνωρίζεται και για αυτό διαφέρει από τον φόβο σαν συναίσθημα καθώς ο φόβος προκύπτει μέσω εμφάνισης εξωτερικών απειλών. Γενικότερα, το άγχος αναπτύσσεται όταν το άτομο αυτό είναι σε μια πρωτόγνωρη για αυτόν συνθήκη, η οποία χρίζει αντιμετώπισης. Με λίγα λόγια προκαλείται όταν κάποιος είναι σε μια διαδικασία προσαρμογής, η οποία πιθανόν να έχει αρκετές αλλαγές του περιβάλλοντος του ατόμου.

Με τον όρο άγχος καλούμε μια μορφή άσχημης συγκίνησης η οποία προέρχεται από καταστάσεις συναισθηματικής φόρτισης όπως για παράδειγμα η απειλή της ζωής ενός ανθρώπου ή αν θίγεται η υπόληψη κάποιου (Οικονόμου, 1994). Όπως τονίζεται από πολλούς ειδικούς επιστήμονες το άγχος αποτελεί μια αυτόματη βιολογική αντίδραση του ανθρώπινου οργανισμού η οποία προκαλείται από ένα σύνολο εξωγενών ερεθισμάτων.

Ακόμα θεωρείται πως η αγχωτική αυτήν αντίδραση που ορίσαμε παραπάνω θα δημιουργηθεί μόνο σε περίπτωση όπου κάποιος αισθανθεί ανίκανος να ανταπεξέλθει στις συνθήκες που έχουν αναπτυχθεί μέσω μιας απειλητικής κατάστασης (Greenberg, 1996).

Η έννοια του στρες ταυτίζεται με την έννοια του άγχους, κάτι το οποίο, όμως, είναι λάθος καθώς όπως έχουν ορίσει αρκετοί επιστήμονες το στρες δεν αποτελεί συνώνυμο της έννοιας του άγχους αλλά η αιτία που το προκαλεί.

Το στρες έχει να κάνει με την οποιαδήποτε αλλαγή, η οποία θα επηρεάσει την καθημερινή μας ζωή. Έτσι μέσα από συνεχόμενες εκθέσεις ενός ανθρώπου σε καταστάσεις που εμπεριέχουν αρκετό στρες αλλά και η ανάπτυξη δυσμενών συνθηκών και μεγάλων συγκινήσεων προκαλείται το άγχος (Spielberger, 1982).

Το άγχος όπως προαναφέραμε είναι μια συναισθηματική κατάσταση που όλοι οι άνθρωποι έχουν αισθανθεί. Είναι μια κατάσταση και μια αντίδραση στην οποία έχουν επέλθει και ενήλικες αλλά και παιδιά το οποίο τις περισσότερες φορές έχει την μορφή ανησυχίας ή φοβίας ανάλογα με τις συνθήκες και τις καταστάσεις που βιώνει κάποιος.

Το άγχος, το οποίο δεν είναι σε υπερβολικό βαθμό θεωρείται ένα φυσιολογικό στοιχείο το οποίο βοηθάει ιδιαίτερα στην αναπτυξιακή πορεία του ανθρώπινου οργανισμού μιας και είναι σε θέση να τον ετοιμάσει για τις καταστάσεις που θα πρέπει να αντιμετωπίσει.

Το συγκεκριμένο αίσθημα του άγχους, όμως, το οποίο εμφανίζεται σε υπερβολικό βαθμό τότε είναι μια μορφή αγχώδης διαταραχής καθώς πλέον αποτελεί ένα συχνό και επίμονο χρονικά συναίσθημα που εξαφανίζει τον λειτουργικό του στόχο και εξελίσσεται σε ένα στοιχείο το οποίο δεν επιτρέπει την σωστή προσαρμογή του ανθρώπινου οργανισμού. Τις περισσότερες φορές το αίσθημα του άγχους εμφανίζεται σαν υπερβολική αντίδραση σε ήπιες στρεσογόνες καταστάσεις (όπως

είναι για παράδειγμα πριν από τις πανελλήνιες ή η αναμονή σοβαρών καταστάσεων κλπ).

Γενικότερα, το άγχος χαρακτηρίζεται κυρίως από την διάχυτη εντύπωση κάποιου τεράστιου κινδύνου λιγότερο είτε περισσότερο αληθινού, φυσικού είτε ψυχικού και τις περισσότερες φορές ελάχιστα συνειδητού, κάνοντας το άτομο αυτό να αισθάνεται ιδιαίτερα αδύναμο μπροστά στις καταστάσεις που καλείται να αντιμετωπίσει. Συνήθως, η διαδικασία αυτήν έχει σαν αποτέλεσμα να αναπτύσσονται νευροφυσικές αλλαγές όπως για παράδειγμα αυτές που εμφανίζονται και στο συγκινησιακό σοκ.

Το άγχος, είναι η ψυχολογική διάσταση της φοβίας (Herbet, 1994) και είναι ένα εξαιρετικά πολύπλοκο φαινόμενο το οποίο εμφανίζεται σε διαφορετικά στάδια όπως είναι το αισθηματικό, το συμπεριφορικό αλλά και το φυσιολογικό. Για την εύρεση μιας ορθής ορολογίας και για την εύρεση όλων των πτυχών του φαινομένου αυτού με το άγχος έχουν ασχοληθεί αρκετοί επιστήμονες διαφορετικών ειδικοτήτων (όπως είναι για παράδειγμα φιλόσοφοι, ψυχαναλυτές, ψυχολόγοι αλλά και φαινομενολόγοι). Η διαφορετικότητα όλων αυτών των προσεγγίσεων είχε σαν συνέπεια την ανάπτυξη πολλών και διαφορετικών ορισμών του φαινομένου αυτού. (Cemen, 1989).

Παρά το γεγονός πως το άγχος εντοπίζεται σε όλες τις ηλικίες, υπάρχουν διαφορετικά είδη άγχους (όπως θα δούμε και σε παρακάτω ενότητα) οι οποίες έχουν διαφορετικό φάσμα ηλικιών. Στους ενήλικους, την μορφή άγχους που συναντάμε περισσότερο είναι το παθολογικό άγχος, το οποίο, όμως, δεν το συναντάμε συχνά στις μικρότερες ηλικίες και αυτό οφείλεται ως επί το πλείστον στο γεγονός πως τα παιδιά αντικειμενοποιούν πολύ πιο εύκολα από τους ενήλικους παρόμοια βιώματα και συνήθως τα εκδηλώνουν με την μορφή φοβιών και όχι τόσο με εκδήλωση άγχους (Δερεδάκης, 2010).

Ο όρος του άγχους έχει προέλευση από το ρήμα άγχω, το οποίο στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Το άγχος μπορεί να προέρχεται από ψυχογενή αίτια, είτε από σωματική πάθηση και τις περισσότερες φορές έχει άμεση εξάρτηση από το σύνολο των γνωστικών και των συναισθηματικών διενεργειών, τον τρόπο ζωής ενός ανθρώπου αλλά και τον τρόπο με τον οποίο αυτός αναλύει και αντιλαμβάνεται τις καταστάσεις που αντιμετωπίζει (Μαθιουδάκης, 2011).

Το άγχος χωρίζεται σε νευρωτικό και ομαλό. Στο ομαλό άγχος η ένταση είναι παρόμοια με το στρεσογόνο ερέθισμα, με συνέπεια να προσφέρει στον άνθρωπο την ενέργεια να καταπολεμήσει τις δύσκολες συνθήκες που βιώνει. Στο νευρωτικό άγχος, η ένταση είναι αρκετά μεγαλύτερη σε σύγκριση με το στρεσογόνο ερέθισμα, με συνέπεια να εντοπίζεται μεγάλη αδυναμία του ανθρώπου αυτού στο να κατορθώσει να ανταπεξέλθει από όλα αυτά που αντιμετωπίζει. Το νευρωτικό άγχος συνήθως, χαρακτηρίζεται και σαν παθολογικό άγχος, (Γαλανού, 1977) σε περίπτωση που τα συμπτώματα που εμφανίζει είναι κυρίως οργανικά και εμφανίζεται κυρίως στους ενήλικες.

Ένας ανάλογος διαχωρισμός που πραγματοποιείται και από άλλους ειδικούς οι οποίοι, διαχωρίζουν την έννοια του άγχους σε θετικό και σε αρνητικό άγχος. Στην περίπτωση αυτήν, το αρνητικό άγχος αφορά τις συνθήκες τις οποίες δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει κάποιος ενώ το θετικό άγχος προσφέρει ώθηση έτσι ώστε να κατορθώσει ο άνθρωπος αυτός, να ξεπεράσει τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει.

Το αρνητικό άγχος συνήθως καλείται και νευρωτικό – παθολογικό άγχος και το θετικό καλείται ομαλό άγχος, ενώ ταυτόχρονα υπάρχει και μια ενδιάμεση κατάσταση, η οποία καλείται ουδέτερο άγχος που δεν βοηθάει καθόλου αλλά παράλληλα δεν επιβαρύνει την κατάσταση του ανθρώπου αυτού (Αντωνίου, 1977).

Τέλος, το άγχος κατηγοριοποιείται και σε ελαφρύ, μέτριο, έντονο και άγχος πανικού. Ελαφρύ άγχος καλείται αυτό το οποίο έχει θετική αντιμετώπιση από το άτομο, μέτριο καλείται όταν το άτομο αυτό αποδιοργανωθεί, έχοντας μερικές μικρές αποκλίσεις από τους βασικούς σκοπούς του, σαν έντονο άγχος καλούνται οι περιπτώσεις στις οποίες ο άνθρωπος δεν κοιτάει τους κυριότερους παράγοντες για την επίτευξη του σκοπού του με συνέπεια να μην μπορεί να αντιμετωπίσει τις καταστάσεις στις οποίες επέρχεται.

Αντίθετα, με τα παραπάνω, άγχος πανικού ονομάζεται όταν κάποιος άνθρωπος έχει άγχος σε υπερβολικά μεγάλο βαθμό και δεν μπορεί να ανταπεξέλθει σε τίποτα. (Ράγια, 1993) Υπάρχουν, βέβαια, και άλλα είδη άγχους όπως είναι τα εξής:

- Υπαρξιακό – οντολογικό άγχος
- Άγχος στις περιπτώσεις διαγωνισμού
- Άγχος προς τους αγνώστους και κοινωνικό άγχος

- Άγχος ως εγγενές και επίκτητο χαρακτηριστικό

Γενικότερα, οι παράγοντες άγχους ταξινομούνται σε 3 διαφορετικές κατηγορίες που είναι οι φυσικοί, οι κοινωνικοί και οι ψυχολογικοί παράγοντες. Οι φυσικοί παράγοντες αποτελούν εξωτερικές πηγές όπως είναι τα φάρμακα, το φαγητό ή οι δυνατοί και ξαφνικοί ήχοι. Οι κοινωνικοί παράγοντες προέρχονται από την αλληλεπίδραση του ανθρώπου με το περιβάλλον του (όπως είναι για παράδειγμα ο θάνατος κάποιου αγαπημένου προσώπου κλπ). Οι ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν πολύ έντονες συγκινήσεις, οι οποίες εμφανίζονται σε συνδυασμό με τους φυσικούς και τους κοινωνικούς παράγοντες (Μαθιουδάκης, 2011).

Οι αγχώδεις διαταραχές διαφέρουν από το άγχος γιατί μπορεί να προκαλέσουν στον άνθρωπο τόσο μεγάλη αγωνία που να επηρεάσει την ικανότητά του να ζήσει μία φυσιολογική ζωή. Τα άτομα που πάσχουν από αγχώδεις διαταραχές μπορεί να έχουν προβλήματα ύπνου, έντονες ανησυχίες και φοβίες.

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι συνηθέστερες ψυχιατρικές διαταραχές των ανθρώπων και προκαλούν έντονες ανησυχίες, ένταση καθώς και σωματικά συμπτώματα (Alonso, et al, 2004). Οι αγχώδεις διαταραχές επηρεάζουν από το 13,6% μέχρι και το 28,8% των ενηλίκων και είναι οι πιο δαπανηρές από τις ψυχιατρικές διαταραχές συνεπώς χρειάζονται πολλούς πόρους της υγειονομικής περίθαλψης (Lieb et al, 2005).

Οι πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές είναι (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 1992, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2000):

- Η διαταραχή πανικού: το πιο συχνό σύμπτωμα της διαταραχής πανικού είναι η επανεμφανιζόμενες, χωρίς σοβαρό λόγο κρίσεις σοβαρού άγχους- πανικού.
- Η αγοραφοβία: από αγοραφοβία συνήθως πάσχουν τα άτομα που αντιμετωπίζουν κρίσεις πανικού. Η αγοραφοβία είναι η φοβία και το άγχος που δημιουργείται στον άνθρωπο όταν βρίσκεται σε χώρους ή σε καταστάσεις από τους οποίους δεν μπορεί να ξεφύγει εύκολα ή που δεν έχουν εύκολη παροχή βοήθειας σε περίπτωση που πάθει κάποια

κρίση πανικού. Τα άτομα που πάσχουν από αγοραφοβία αποφεύγουν κάποιες καταστάσεις όπως για παράδειγμα τα ταξίδια. Πολλές φορές η αγοραφοβία επηρεάζει την καθημερινή ζωή του ατόμου. Οι ασθενείς που πάσχουν από αγοραφοβία αποφεύγουν να βρίσκονται σε χώρους από τους οποίους δεν μπορούν να διαφύγουν ανά πάσα στιγμή όπως είναι αεροπλάνα, τούνελ, γέφυρες, πολυσύχναστους χώρους κ.ά. Όπως είπαμε η αγοραφοβία εκδηλώνεται με κρίσεις πανικού επομένως, οι ασθενείς έχουν μόνιμα το άγχος της επόμενης κρίσης και αυτό το συναίσθημα είναι αρκετά δυσάρεστο.

- Ειδική φοβία: η ειδική φοβία ονομάζεται και απλή ή μεμονωμένη φοβία. Πρόκειται για έναν επίμονο φόβο που εκδηλώνει το άτομο σε κάποιες καταστάσεις ή αντικείμενα. Όταν ο ασθενής αντιληφθεί το αντικείμενο ή την κατάσταση που φοβάται τότε αντιδρά άμεσα με άγχος. Στην ουσία η ειδική φοβία είναι ο παράλογος φόβος για μία κατάσταση, μία δραστηριότητα, ένα αντικείμενο. Τα άτομα που πάσχουν από ειδική φοβία κατανοούν ότι ο φόβος τους είναι παράλογος αλλά αποφεύγουν το αντικείμενο, την κατάσταση ή την δραστηριότητα που τους φοβίζει.
- Κοινωνική αγχώδης διαταραχή: πρόκειται για κάποιο επίμονο φόβο που προέρχεται από τις κοινωνικές συναναστροφές ή από καταστάσεις όπου το άτομο πρέπει να κάνει κάποια δραστηριότητα μπροστά σε κάποια ακροατήριο. Τα άτομα που πάσχουν από κοινωνική αγχώδης διαταραχή όταν βρίσκονται μπροστά σε κόσμο και καλούνται να κάνουν κάτι αντιδρούν με άγχος. Το άτομο φοβάται ότι θα κριθεί και έτσι αποφεύγει τις καταστάσεις αυτές. Η διαταραχή αυτή μπορεί να επηρεάσει την καθημερινότητα του ατόμου.
- Διαταραχή μετατραυματικού στρες: πρόκειται για συμπτώματα που εμφανίζονται μετά από την έκθεση του ατόμου σε ένα τραυματικό γεγονός. Το τραυματικό γεγονός μπορεί να είναι είτε καταστροφικό είτε απειλητικό, όπως κάποιο βίαιο ατύχημα, μία απαγωγή, μία φυσική καταστροφή κ.ά. Μερικά από τα συμπτώματα που εμφανίζονται στο μετατραυματικό στρες είναι η επίμονη ανάκληση του τραυματικού γεγονότος μέσω ονείρων, οραμάτων και αναδρομών, η σωματική ή

συναισθηματική αποφυγή ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα, το πάγωμα σκέψεων, διαλόγων κ.λπ. που σχετίζονται με το τραύμα.

- Διαταραχή γενικευμένου άγχους: πρόκειται για επίμονο άγχος για κάποιες πτυχές της ζωής. Οι ασθενείς που πάσχουν από διαταραχή γενικευμένου άγχους έχουν συνέχεια έντονη ανησυχία για διάφορα πράγματα και ενώ ξέρουν ότι δεν είναι λογικό δυσκολεύονται να το ελέγξουν. Οι ανησυχίες που έχει κάθε άνθρωπος είναι διαφορετικές καθώς και η διάρκεια και η ένταση που αυτές έχουν. Για παράδειγμα ένας ενήλικας που πάσχει από διαταραχή γενικευμένου άγχους μπορεί να ανησυχεί πολύ για τις καθημερινές καταστάσεις που βιώνει. Τα πιο κοινά συμπτώματα της διαταραχής αυτής είναι η νευρικότητα, η ένταση, η κόπωση, οι διαταραχές ύπνου, η ζάλη, ναυτία, εφίδρωση κ.ά.

2.3.4 Διαταραχές Προσωπικότητας

Τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα διαταραχής της προσωπικότητας, δυσκολεύονται να εκφράσουν ελεύθερα τα συναισθήματά τους, δεν μπορούν να υποστηρίξουν τις απόψεις τους και αντιμετωπίζουν προβλήματα αυτοεκτίμησης. Τα άτομα αυτά δεν μπορούν να δεχτούν ακόμα και την παραμικρή επιθετική στάση ή τα αρνητικά συναισθήματα στο πρόσωπό τους (Elkin, 1999).

Ως διαταραχή προσωπικότητας μπορεί να οριστεί οποιασδήποτε εσωτερική συμπεριφορά και εμπειρία, η οποία δεν συμφωνεί με τις προσδοκίες και την κουλτούρα του ανθρώπου στον οποίο εκδηλώνεται αυτή η διαταραχή σε δύο από τις παρακάτω περιοχές: σκέψη, συναίσθημα, διαπροσωπική λειτουργικότητα και έλεγχο παρορμήσεων.

Οι διαταραχές προσωπικότητας συνήθως διακρίνονται από τις διαταραχές συμπτωμάτων, βάσει μιας σειράς γενικεύσεων οι οποίες δεν ισχύουν σε όλες τις περιπτώσεις (Derksen, 1995). Οι γενικεύσεις αυτές συνοψίζονται στα παρακάτω τέσσερα σημεία:

- Οι διαταραχές της προσωπικότητας αφορούν μακροχρόνια πρότυπα, τα οποία εντοπίζονται στην εφηβεία και είναι ανεξάρτητα από το κοινωνικό πλαίσιο
- Σε αντίθεση με τις διαταραχές συμπτωμάτων, οι διαταραχές προσωπικότητας είναι συνήθως εγωσυντονικές, δηλαδή το άτομο μπορεί να μην τις θεωρεί πρόβλημα
- Η θεραπεία των διαταραχών της προσωπικότητας είναι πιο δύσκολη σε σχέση με τις άλλες διαταραχές
- Οι διαταραχές της προσωπικότητας είναι θεμελιώδεις και αφορούν την ολότητα του ατόμου

Οι διαταραχές προσωπικότητας σύμφωνα με το DSM-IV κατατάσσονται σε τρεις κατηγορίες, οι οποίες παρατίθενται παρακάτω (Ευσταθίου, 2005):

Κατηγορία Α': Περίεργοι και εκκεντρικοί

- Παρανοειδής: Δεν έχουν εμπιστοσύνη, είναι συνεχώς καχύποπτοι και αποδίδουν την συμπεριφορά των άλλων σε αρνητικά κίνητρα
- Σχιζοειδής: Δεν επιθυμούν τις κοινωνικές σχέσεις και δεν μπορούν να εκφραστούν ολοκληρωτικά
- Σχιζοτυπική: Αισθάνονται έντονη δυσφορία όταν δημιουργούν στενές διαπροσωπικές σχέσεις και έχουν εκκεντρική συμπεριφορά

Κατηγορία Β': Δραματικοί, συναισθηματικοί και παρορμητικοί

- Οριακή: Έχουν ασταθείς διαπροσωπικές σχέσεις, αστάθεια στην εικόνα του εαυτού τους και στα συναισθήματά τους.
- Οιστριονική: Τα άτομα αυτά αναζητούν συνεχώς την προσοχή και εκφράζουν υπερβολικά τα συναισθήματά τους.
- Ναρκισσιστική: Έχουν έντονη ανάγκη για θαυμασμό, έχουν αίσθηση προσωπικού μεγαλείου και έλλειψη ενσυναίσθησης

Κατηγορία Γ': Αγχώδεις και φοβισμένοι

- Αποφευκτική: Τα άτομα αυτά έχουν κοινωνική αναστολή, υπερβολική ευαισθησία στην αρνητική κριτική και αισθήματα αναξιότητας

- Εξαρτητική: Τα άτομα αυτά έχουν συμπεριφορές υποταγής και προσκόλλησης
- Ιδεοψυχαναγκαστική: Τα άτομα αυτά έχουν εμμονή με την τάξη και την ανάγκη να έχουν τον έλεγχο
- Μη καθορισμένη: Τα άτομα αυτά έχουν συμπτώματα που δεν ανήκουν σε καμία από τις πιο πάνω κατηγορίες ή έχουν συμπτώματα που υπάρχουν σε πάνω από μία κατηγορίες

2.3.5 Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μία ψύχωση, εξ' αιτίας της οποίας το άτομο ζει σε μια διαφορετική πραγματικότητα και τις περισσότερες φορές κάνει πράγματα, τα οποία βλάπτουν τον εαυτό του. Το άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια, παρουσιάζει διαταραχές στον τρόπο σκέψης, στην αντίληψη, στο συναίσθημα, στον λόγο και δεν μπορεί να εργαστεί φυσιολογικά και να δραστηριοποιηθεί σαν μέλος της κοινωνίας. Το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό ενός ανθρώπου που πάσχει από σχιζοφρένεια είναι ότι δεν έχει τη σωστή αντίληψη της πραγματικότητας (Πολάκη και συν, 2007).

Η λέξη σχιζοφρένεια προέρχεται από τις αρχαίες λέξεις σχίζω και φρένα οι οποίες σημαίνουν διαχωρισμός του μυαλού- της λογικής. Η σχιζοφρένεια εμφανίζεται τόσο σε άντρες όσο και σε γυναίκες. Η διαφορά υπάρχει στην ηλικία που εκδηλώνεται πιο συχνά η ασθένεια αυτή, στις γυναίκες συνήθως εκδηλώνεται από την ηλικία των 25 μέχρι και την ηλικία των 35 ετών και στους άντρες από τα 15 μέχρι τα 25 έτη.

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια και σοβαρή διαταραχή που επηρεάζει το πώς το άτομο σκέφτεται, αισθάνεται και ενεργεί. Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορεί να ακούν φωνές ή να βλέπουν πράγματα που δεν είναι εκεί. Μπορεί να πιστεύουν ότι οι άλλοι άνθρωποι διαβάζουν το μυαλό τους, ελέγχοντας τις σκέψεις τους ή σχεδιάζουν να τους βλάψουν. Το γεγονός αυτό μπορεί να είναι τρομακτικό για τα άτομα αυτά και γι' αυτό το λόγο τα κάνει να αισθάνονται εξαιρετικά αναστατωμένα. Μπορεί επίσης να είναι τρομακτικό και για τους ανθρώπους γύρω τους και γι' αυτό το λόγο

επιλέγουν να απομακρύνουν τα άτομα αυτά από δίπλα τους. Οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια μπορεί μερικές φορές να μιλούν περίεργα ή να έχουν ασυνήθιστες ιδέες, οι οποίες μπορεί να δυσκολέψουν τη συνέχιση μιας συζήτησης. Μπορούν να κάθονται για ώρες χωρίς να μετακινούνται ή να μιλάνε. Μερικές φορές οι άνθρωποι με σχιζοφρένεια φαίνονται τελείως καλά μέχρι να αρχίσουν να λένε αυτά που σκέφτονται (National Institute of Mental Health, 2016).

Οι οικογένειες και η κοινωνία επηρεάζονται επίσης από τη σχιζοφρένεια. Πολλά άτομα με σχιζοφρένεια δυσκολεύονται να κρατήσουν τη δουλειά τους ή να φροντίσουν τον εαυτό τους κι έτσι πρέπει να βασίζονται σε άλλους για βοήθεια. Ο στιγματισμός, οι στάσεις και οι πεποιθήσεις σχετικά με τη σχιζοφρένεια είναι κοινές και μερικές φορές παρεμποδίζουν την προθυμία των ανθρώπων να μιλάνε και να λάβουν κάποια θεραπεία για τη διαταραχή (Πολάκη και συν, 2007).

Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορεί να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα σε ολόκληρο το διάστημα της ζωής τους, αλλά η θεραπεία βοηθά πολλούς να ανακάμψουν και να συνεχίσουν τις δραστηριότητές τους. Οι ερευνητές αναπτύσσουν πιο αποτελεσματικές θεραπείες χρησιμοποιώντας νέα εργαλεία έρευνας για να κατανοήσουν τα αίτια της σχιζοφρένειας. Τα επόμενα χρόνια, η έρευνα αυτή μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη και στην καλύτερη θεραπεία της ασθένειας

Τα άτομα με σχιζοφρένεια μερικές φορές πιστεύουν ότι είναι κάποιοι άλλοι. Μπορεί να έχουν παρανοϊκές παραληρητικές ιδέες και να πιστεύουν ότι οι άλλοι προσπαθούν να τους βλάψουν, χρησιμοποιώντας εξαπάτηση, παρενόχληση, δηλητηρίαση, κατασκοπεία, ή σχεδιάζοντας κάτι εναντίον τους ή εναντίον των ανθρώπων που αγαπούν. Αυτές οι πεποιθήσεις είναι που ονομάζονται "διωγικές παραληρητικές ιδέες" (National Institute of Mental Health, 2016).

Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας είναι (National Institute of Mental Health, 2016):

- Μειωμένη έκφραση των συναισθημάτων μέσω της έκφρασης του προσώπου ή της φωνής
- Μειωμένα συναισθήματα ευχαρίστησης στην καθημερινή ζωή
- Δυσκολία στην έναρξη και στη διατήρηση μιας δραστηριότητας
- Μειωμένη ομιλία

Οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια δεν είναι βίαιοι. Στην πραγματικότητα, τα πιο βίαια εγκλήματα δεν διαπράττονται από άτομα με σχιζοφρένεια. Άτομα με σχιζοφρένεια είναι πολύ πιο πιθανό να βλάψουν τον εαυτό τους από τους άλλους. Η κατάχρηση ουσιών αυξάνει την πιθανότητα του ανθρώπου να γίνει βίαιο. Ο κίνδυνος της βίας είναι μεγαλύτερος όταν η ψύχωση δεν θεραπεύεται και ουσιαστικά όταν δεν εφαρμόζεται η θεραπεία.

Οι αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορές είναι πολύ συχνές μεταξύ των ανθρώπων με σχιζοφρένεια. Τα άτομα με σχιζοφρένεια πεθαίνουν νωρίτερα από τους ανθρώπους χωρίς κάποια ψυχική ασθένεια, εν μέρει λόγω του αυξημένου κινδύνου αυτοκτονίας. Είναι δύσκολο να προβλέψουμε ποιοι άνθρωποι με σχιζοφρένεια είναι πιο επιρρεπείς σε τάσεις αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι που παίρνουν τα αντιψυχωσικά φάρμακα όπως έχουν συνταγογραφηθεί είναι λιγότερο πιθανό να επιχειρήσουν αυτοκτονία από όσους δεν το κάνουν (Ε.Π.Ι.Ψ.Υ., 2013).

2.3.6 Ψυχωτικές διαταραχές

Τα άτομα που πάσχουν από ψυχωτικές διαταραχές χάνουν την επαφή με την πραγματικότητα. Τα άτομα αυτά δεν διαθέτουν την σωστή κρίση για ζητήματα που σχετίζονται με τον εαυτό τους, ούτε για ζητήματα που αφορούν τον περίγυρό τους. Οι άνθρωποι αυτοί δεν μπορούν να σκεφτούν καθαρά, να κρίνουν σωστά, να επικοινωνούν αποτελεσματικά και να συμπεριφέρονται ανάλογα με τις καταστάσεις. Οι άνθρωποι που πάσχουν από σοβαρές ψυχωτικές διαταραχές κάποιες φορές δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις καθημερινές τους ανάγκες.

Οι ψυχωτικές διαταραχές επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το πνεύμα του ανθρώπου. Οι άνθρωποι που πάσχουν από ψυχώσεις τις περισσότερες φορές βλέπουν ή ακούν πράγματα που δεν είναι πραγματικά. Το γεγονός αυτό μπορεί να τρομάξει το άτομο και να του προκαλέσει και άλλα προβλήματα. Μεταξύ άλλων προβλημάτων τα άτομα με ψύχωση μπορεί να κάνουν κακό και στον ίδιο τους τον εαυτό.

Οι τύποι των ψυχωτικών διαταραχών είναι:

- Σχιζοφρένεια: οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες που επηρεάζουν τη δουλειά τους και τις κοινωνικές τους σχέσεις
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή: οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή έχουν ταυτόχρονα συμπτώματα της σχιζοφρένειας και μιας συναισθηματικής διαταραχής.
- Βραχεία ψυχωτική διαταραχή: οι άνθρωποι με βραχεία ψυχωτική διαταραχή έχουν ξαφνικά συμπτώματα ψυχικής συμπεριφοράς που οφείλονται σε ένα έντονο στρεσογόνο γεγονός. Τα άτομα αυτά αναρρώνουν μετά από κάποιο μικρό χρονικό διάστημα.
- Παραληρητική διαταραχή: οι άνθρωποι με παραληρητική διαταραχή έχουν παραληρητικές σκέψεις που σχετίζονται με την καθημερινότητά τους και διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι σκέψεις αυτές μπορεί να είναι ότι κάποιος τους παρακολουθεί ή ότι έχουν μία ασθένεια.
- Επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή: οι άνθρωποι με επινεμόμενη ψυχωτική διαταραχή αναπτύσσουν παραληρητικές ιδέες σε σχέση με ένα άλλο άτομο που έχει ήδη τις δικές του παραληρητικές σκέψεις.
- Ψυχωτική διαταραχή επαγόμενη από ουσίες: η διαταραχή αυτή επηρεάζει τους ανθρώπους που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών ή που την διακόπτουν ξαφνικά.
- Ψυχωτική διαταραχή οφειλόμενη σε ιατρική κατάσταση: ο άνθρωπος με αυτή τη διαταραχή πάσχει από κάποιο ιατρικό πρόβλημα που επηρεάζει την ψυχική του κατάσταση, όπως για παράδειγμα κρανιοεγκεφαλική κάκωση ή όγκος στο κεφάλι.

Τα πιο συχνά συμπτώματα των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχωτικές διαταραχές είναι:

- Ψευδαισθήσεις
- Παραληρητικές ιδέες

- Αποδιοργανωμένος ή ακατανόητος λόγος
- Συγκεχυμένη σκέψη
- Παράξενη, πιθανώς επικίνδυνη συμπεριφορά
- Αργές ή ασυνήθιστες σωματικές κινήσεις
- Απώλεια ενδιαφέροντος για την προσωπική υγιεινή
- Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες
- Προβλήματα στο σχολείο, στη δουλειά και στις σχέσεις
- Ψυχρή, απόμακρη συμπεριφορά με αδυναμία στην έκφραση συναισθημάτων
- Συναισθηματικές μεταβολές ή άλλα συναισθηματικά συμπτώματα όπως κατάθλιψη ή μανία

2.3.7 Άλλες (εμμονές, άρνηση)

Οι εμμονές και οι έμμονες ιδέες είναι τα πιο κοινά συμπτώματα των αγχώδων διαταραχών. Οι εμμονές δεν αφήνουν τους ανθρώπους να σκεφτούν καθαρά και πολλές φορές οδηγούν τους ανθρώπους σε περισσότερες εμμονές. Όταν κάποιος άνθρωπος έχει εμμονές, τότε δεν μπορεί να επικεντρωθεί σε τίποτα άλλο εκτός από ένα συγκεκριμένο θέμα, με το οποίο έχει εμμονή. Το θέμα αυτό μπορεί να είναι πολύ μικρό αλλά δεν μπορεί να αποκολληθεί από αυτό όσο προσπάθεια και να καταβάλει. Οι εμμονές αυτές μπορεί να μην συνυπάρχουν με μια αγχώδη διαταραχή και μπορεί να μην είναι αρνητικές αλλά τις περισσότερες φορές συνυπάρχουν με τις αγχώδεις διαταραχές.

Οι έμμονες ιδέες είναι διάφορες σκέψεις που όσο και να προσπαθούν οι άνθρωποι δεν μπορούν να τις αφήσουν πίσω τους. Όλοι οι άνθρωποι κατά διαστήματα κάνουν κάποιες ενοχλητικές σκέψεις όπως για παράδειγμα ότι έχουν αφήσει τη κουζίνα αναμμένη ή ότι θέλουν να πηδήξουν από κάπου ψηλά. Όταν αυτές οι σκέψεις εισβάλουν στο μυαλό των ανθρώπων απροειδοποίητα αλλά έπειτα φεύγουν είναι φυσιολογικό.

Τις περισσότερες φορές τα άτομα που έχουν εμμονές, δεν μπορούν να τις αγνοήσουν και τις δίνουν ένα εντελώς διαφορετικό νόημα. Πιστεύουν ότι σκέψεις τους αυτές μπορεί να επηρεάσουν κάποια γεγονότα, να προκαλέσουν κακό ή να αποφύγουν κάποια δυσάρεστα γεγονότα.

Οι πιο συνηθισμένες έμμονες ιδέες που έχουν οι άνθρωποι είναι:

- Φοβούνται να μην μολυνθούν από κάποια ασθένεια
- Φοβούνται ότι κινδυνεύουν οι ίδιοι ή ότι κινδυνεύει κάποιο από τα αγαπημένα τους άτομα
- Έχουν ανάγκη να είναι όλα σε τάξη ή να είναι όλα καθαρά
- Κάνουν δυσάρεστες σκέψεις που σχετίζονται με την σεξουαλικότητα

Η άρνηση είναι ένας μηχανισμός άμυνας του οργανισμού που έχει σαν στόχο να προστατέψει το άτομο από κάποιες δυσάρεστες εμπειρίες. Η άρνηση ενεργοποιείται στον άνθρωπο είτε από εσωτερικά ερεθίσματα όπως είναι το άγχος ή ο φόβος είτε από εξωτερικά ερεθίσματα όπως είναι η ύπαρξη μιας κακής κατάστασης. Η άρνηση είναι ένα φαινόμενο το οποίο θεωρείται μηχανισμός άμυνας για τον άνθρωπο.

Οι μηχανισμοί άμυνας δεν είναι ίδιοι σε όλους τους ανθρώπους αν και καμιά φορά τυχαίνει ένα σύνολο ατόμων να υιοθετεί κοινές στάσεις και αντιλήψεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – Παρεμβάσεις αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών

3.1 Φαρμακευτική

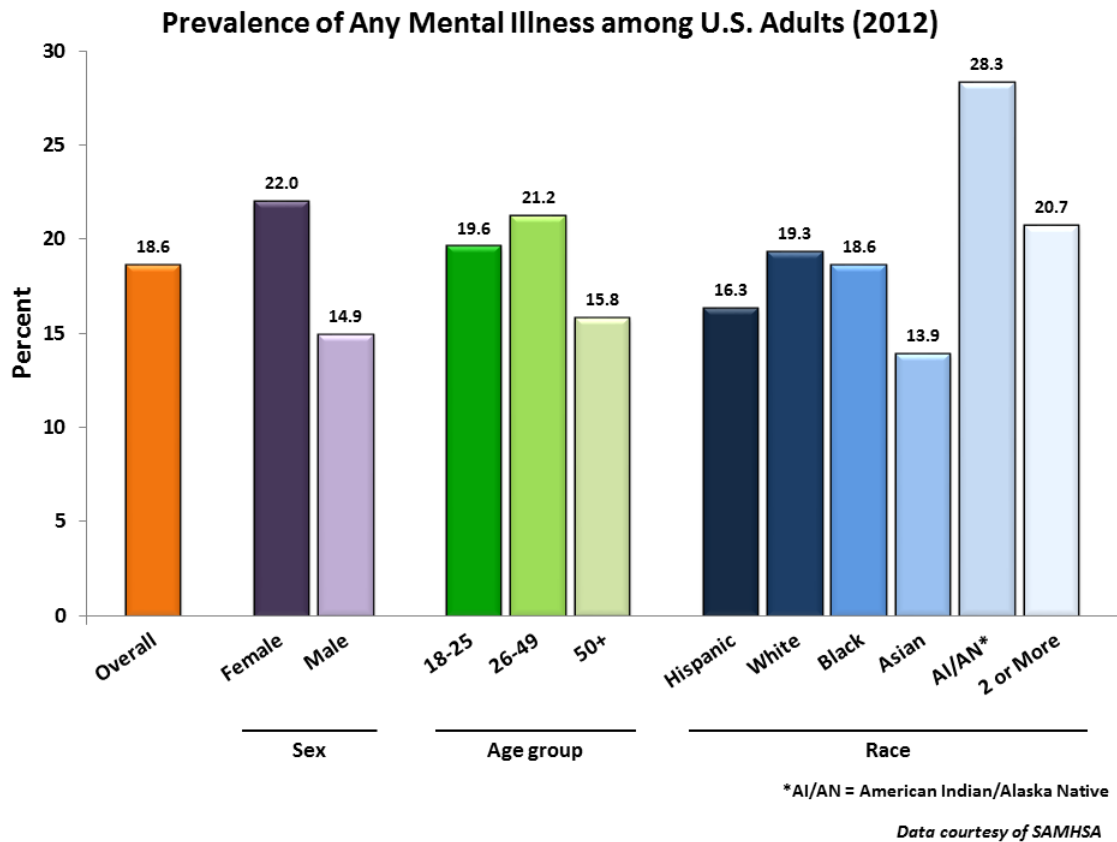
Η πιο κοινή θεραπεία που αφορά τις ψυχικές διαταραχές είναι η φαρμακευτική προσέγγιση. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιούνται αγχολυτικά φάρμακα προκειμένου να μειώσουν το άγχος και τις φοβίες που συνήθως έχουν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές.

Υφίστανται αρκετές κατηγορίες φαρμάκων οι οποίες χρησιμοποιούνται για το συγκεκριμένο λόγο. Υπάρχουν μία ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιούνται ευρέως στην καρδιολογία και ονομάζονται β- αδρενεργικοί αναστολείς και χρησιμοποιούνται για να μειώσουν τις σωματικές εκδηλώσεις του άγχους. Επίσης, τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση της κλινικής κατάθλιψης, όπως επίσης και για το χειρισμό του στρες αλλά και σε αρκετές άλλες διαταραχές. (Kennett, 2007).

Η φαρμακευτική αγωγή καθώς και η διάρκειά της ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή και καθορίζεται με βάση τη μορφή της ασθένειάς του, με τα συμπτώματα, με το χρονικό διάστημα που έχει τη διαταραχή αυτή καθώς και με την πιθανή παρουσία άλλων νοσημάτων (Κάττουλας, 2011).

Τα αγχολυτικά χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση του στρες και έχουν άμεση σχέση με το συγκεκριμένο ζήτημα αλλά και με ζητήματα όπως για παράδειγμα η αϋπνία. Οι σταθεροποιητές του συναισθήματος χρησιμοποιούνται κατά βάση στις διπολικές διαταραχές. Τα αντιψυχωτικά χρησιμοποιούνται στις ψυρώσεις, ως επί το πλείστον για τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας αλλά και σε αρκετές άλλες μορφές διαταραχών που αναφέρθηκαν και παραπάνω. Τα ψυχοδιεγερτικά χρησιμοποιούνται σε πολλά επίπεδα όπως επίσης και στην ΔΕΠΥ (Golightley, 2004).

Σχεδιάγραμμα 1: Αναλυτικά στατιστικά δεδομένα για την ψυχική υγεία και την ψυχική ασθένεια (2012)



Πηγή: <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-mental-illness-ami-among-adults.shtml>

3.2 Συμπεριφορική

Η θεραπεία και η βοήθεια των ψυχικά πασχόντων προσφέρεται συνήθως σε κατάλληλα ψυχιατρικά νοσοκομεία, σε κλινικές και σε κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Έχουν αναπτυχθεί αρκετά επαγγέλματα για την καταπολέμηση παρόμοιων διαταραχών όπου περιέχονται η ιατρική ειδικότητα της ψυχιατρικής, ο κλάδος της ψυχολογίας ο οποίος καλείται κλινική ψυχολογία αλλά και άνθρωποι οι οποίοι είναι γνωστοί σαν κοινωνικοί λειτουργοί (Σταμάτης και Κονίδου, 2014).

Υφίστανται ακόμα ψυχοθεραπευτές ειδικευμένοι στην καταπολέμηση των συγκεκριμένων διαταραχών, σύμβουλοι αλλά και επαγγελματίες της δημόσιας υγείας. Υφίστανται, παράλληλα, διαφοροποιημένες τακτικές θεραπείας, η καταλληλότητα της οποίας έχει άμεση σχέση από τον άνθρωπο αλλά και τη διαταραχή την οποία αυτός έχει. Σε μια μειονότητα ανθρώπων η θεραπεία είναι εφικτό να τους επιβάλλεται δίχως να το επιθυμούν, κάτι που είναι δυνατόν να προκαλέσει ακόμα πιο σημαντικά ζητήματα, σύμφωνα με το πώς υλοποιείται και πώς κατανοείται από τους ψυχικά αρρώστους είτε την κοινή γνώμη.

Μια εκ των πιο βασικών τακτικών θεραπείας είναι η ψυχοθεραπεία. Αποτελεί μια εξαιρετικά καθοριστική και σοβαρή επιλογή για την καταπολέμηση των συγκεκριμένων διαταραχών. Υφίστανται αρκετές μορφές ψυχοθεραπείας όπως είναι η γνωστική είτε συμπεριφορική ψυχοθεραπεία, η ψυχανάλυση αλλά και η συστημική είτε όπως καλείται διαφορετικά η οικογενειακή ψυχοθεραπεία (Pilgrim and Rogers, 2010).

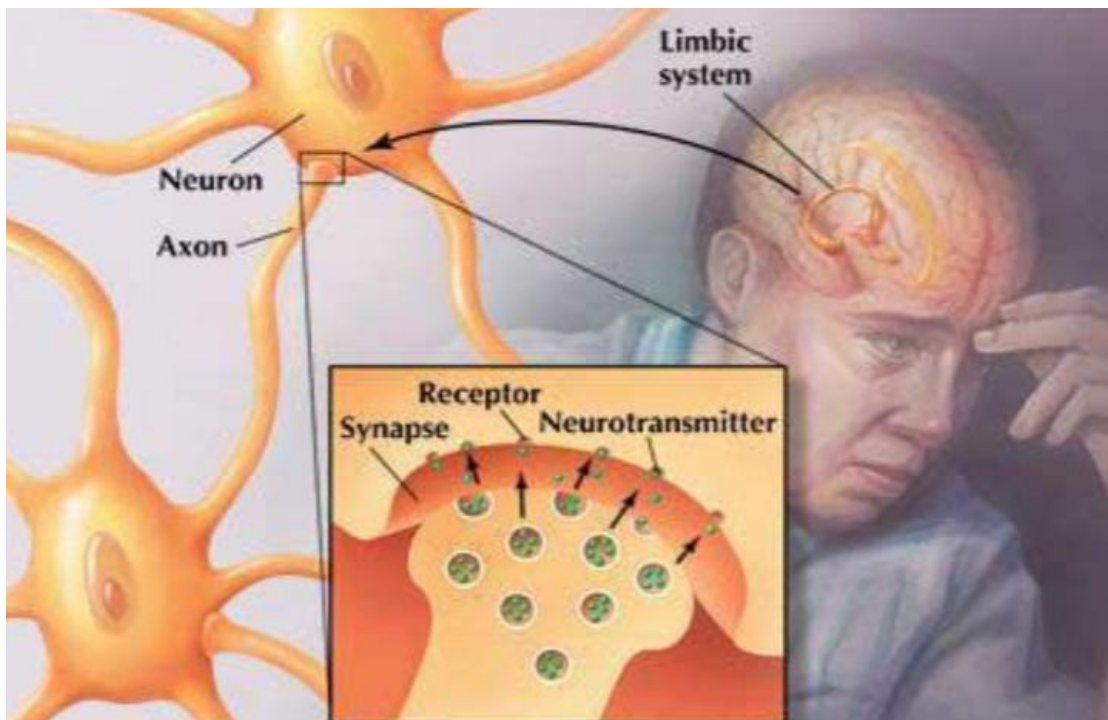
Η γνωστική είτε όπως ονομάζεται διαφορετικά η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται ως επί το πλείστον σε ευρύ φάσμα και εστιάζει κυρίως στη μεταβολή σχημάτων σκέψης και αντίληψης της συμπεριφοράς που έχει άμεση σχέση με τη ψυχική διαταραχή. Η ψυχανάλυση αφορά σε ασυνείδητες ψυχικές διαμάχες και άμυνες κάτι το οποίο αποτελεί μια βασική ψυχοθεραπευτική σχολή και χρησιμοποιείται κατά βάση έως και τη σύγχρονη εποχή. Τέλος, η συστημική είτε οικογενειακή ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται σε συγκεκριμένες περιστάσεις και μόνο όπου κρίνεται απαραίτητο.

3.3 Άλλες θεραπείες

Εκτός από όσες θεραπείες αναφέρθηκαν παραπάνω υφίστανται και πολλές και διαφορετικές ακόμα θεραπείες. Για παράδειγμα η ηλεκτροσπασμοθεραπεία είτε όπως καλείται εν συντομία η ΗΣΘ χρησιμοποιείται σε αρκετές περιστάσεις σε σημαντικά περιστατικά, όταν δεν έχουν πετύχει άλλες προσεγγίσεις σε σημαντικές περιστάσεις καταθλίψεων (American Psychiatric Association, 2000)

Η ψυχο-χειρουργική είναι ακόμη σε πειραματικό στάδιο, παρόλα αυτά, όμως, υποστηρίζεται σε μεγάλο βαθμό από αρκετούς νευρολόγους για ορισμένες σπάνιες περιπτώσεις. Είναι εφικτό να φανεί ιδιαίτερα χρήσιμη η συμβουλευτική όπως και τα σχέδια ψυχο-εκπαίδευσης που έχουν την ευχέρεια να προσφέρουν στους ανθρώπους τα δεδομένα τα οποία απαιτούνται για να κατανοήσουν και να χειριστούν τα συγκεκριμένα ζητήματα τα οποία αντιμετωπίζουν. Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να τονιστεί πως το σύνολο των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ανθρώπων με ψυχικές ασθένειες προστατεύονται από σύμβαση για τα δικαιώματα των ανθρώπων με αναπηρίες.

Εικόνα 2: Pharmacology



Πηγή: Μπούρας, 2014

3.4 Θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης

Μερικοί τρόποι καταπολέμησης της ήπιας κατάθλιψης και του «κακού-έντονου» άγχους είναι οι παρακάτω:

- Φυσική άσκηση.
- Υγιεινή διατροφή (μεσογειακή).
- Τεχνικές χαλάρωσης, γνωσιακή-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία.
- Πνευματική ζωή.
- Υποστηρικτικός κοινωνικός περίγυρος.
- Εθελοντισμός, φιλανθρωπική δράση.

Οι περισσότερες έρευνες δείχνουν τις ευεργετικές ιδιότητες που έχει η άσκηση στη καθημερινή ζωή των ανθρώπων. Η άσκηση αυξάνει τον μεταβολισμό, βοηθάει τους ανθρώπους να χάσουν βάρος και μειώνει το στρες εξ' αιτίας της έκκρισης ενδορφινών. Η άσκηση είναι πολύ σημαντική και πρέπει να γίνεται τακτικά για αρκετό χρόνο μέσα στη βδομάδα. Ακόμα και το περπάτημα όταν γίνεται συστηματικά μπορεί να βοηθήσει στην καταπολέμηση κάποιων ψυχικών διαταραχών.

Όταν η άσκηση γίνεται συστηματικά, 3-5 φορές την εβδομάδα, είναι ικανή να αυξήσει τον καρδιακό ρυθμό και να βοηθήσει στην θεραπεία της κατάθλιψης. Πολλές φορές ο ασθενής αντιλαμβάνεται αμέσως τη σημασία της φυσικής άσκησης και βλέπει άμεσα τα πρώτα σημάδια βελτίωσης.

- Άλλες μορφές θεραπείας της κατάθλιψης είναι: Φαρμακευτική αγωγή, η οποία γίνεται συνήθως με αντικαταθλιπτικά. Σε ορισμένες περιπτώσεις που τα συμπτώματα της κατάθλιψης δεν υποχωρούν είναι απαραίτητη η φαρμακευτική αγωγή
- Ηλεκτροσπασμοθεραπεία, η οποία είναι απαραίτητη σε κάποιους ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη και είναι ανθεκτικοί στα φάρμακα

- Υπνική αποστέρηση, η οποία χρησιμοποιείται συνήθως κατά την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής για να επισπεύσει το αποτέλεσμα
- Φωτοθεραπεία
- Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμό
- Ερεθισμός πνευμονογαστρικό

3.5 Η Βιοψυχοκοινωνική διάσταση των ψυχικών διαταραχών

Οι πιο πολλοί επαγγελματίες ψυχικής υγείας στη σύγχρονη εποχή παραδέχονται πως οι συγκεκριμένες ασθένειες είναι τρισδιάστατες, κάτι το οποίο σημαίνει πως δεν είναι μονάχα βιολογικής φύσεως όπως διάφορες άλλες αρρώστιες, αλλά ταυτόχρονα είναι και ψυχολογικής αλλά και κοινωνικής φύσεως (Winston, 2005).

Με λίγα λόγια, αναφέρονται στις 3 διαστάσεις της συγκεκριμένης ασθένειας, ενώ με άλλα λόγια αναφέρονται πως η συγκεκριμένη ασθένεια είναι βιοψυχοκοινωνική. Η συγκεκριμένη τρισυπόστατη φύση της εν λόγω ασθένειας ισχύει και για τους λόγους της αλλά και για τη θεραπεία της. Με λίγα λόγια, τόσο ερευνούμε τους λόγους όσο και παρεμβαίνουμε στη θεραπεία σε 3 διαφοροποιημένα στάδια που είναι το βιολογικό, το ψυχολογικό αλλά και το κοινωνικό (Golightley, 2004).

Η βιολογική διάσταση υποστηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στη συμβατική ιατρική. Εδώ εντάσσονται η βιοχημική δυσλειτουργία του εγκεφάλου (όπως για παράδειγμα οι νεύρωνες, νευροδιαβιβαστές κ.λπ.), η γονιδιακή προδιάθεση, οι ορμονικές ανωμαλίες (όπως για παράδειγμα οι παθήσεις του θυροειδούς κ.λπ.), η απουσία ύπνου, το βιολογικό άγχος καθώς επίσης και το να λαμβάνει κάποιος ναρκωτικές ή άλλες ουσίες.

Εκτός από τη συμβατική ιατρική, όμως, τη βιολογική διάσταση της συγκεκριμένης νόσου την εντοπίζουμε και στην εναλλακτική ιατρική όπου υφίστανται διαφοροποιημένες αιτίες όπως είναι το βιολογικό άγχος το οποίο ως επί το

πλείστον οφείλεται σε τροφικές δυσανεξίες, δυσανεξίες στον καπνό του τσιγάρου, του αλκοόλ, σε ναρκωτικές ουσίες κ.ο.κ., εγκεφαλικές αλλεργίες, τοξίνες και βαρέα μέταλλα, δυσβίωση στο έντερο, αλλεργίες, μη κατάλληλες φυσικές αλλά και χημικές ουσίες και τέλος γεω-παθητικό άγχος και λοιπές ακτινοβολίες. (Trimble, 2002)

Σε ότι έχει να κάνει με τη ψυχολογική διάσταση, θα πρέπει να επισημανθεί πως οι βασικότερες αιτίες της είναι το ψυχολογικό άγχος, το ιστορικό με ψυχολογικά τραύματα κυρίως κατά τις μικρότερες ηλικιακές ομάδες και τις παιδικές ηλικίες, η κακοποίησης (όπως για παράδειγμα η σωματική, η ψυχολογική είτε η σεξουαλική), τα σφάλματα κατά τη διάρκεια της ανατροφής του παιδιού, η απώλεια (όπως για παράδειγμα το πένθος), το διαζύγιο είτε διάφορες μη αρμονικές σχέσεις ανάμεσα σε γονείς και παιδιά καθώς επίσης και η συχνή καθολική αλλαγή περιβάλλοντος (όπως για παράδειγμα μεταθέσεις) (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Σε ότι έχει να κάνει με την κοινωνική διάσταση, θα πρέπει να τονιστεί πως οι κυριότερες αιτίες είναι η τεράστια φτώχεια, τα τεράστια ποσοστά ανεργίας, η απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου (όπως για παράδειγμα οι φίλοι, η συμπονετική οικογένεια, λέσχες είτε λοιπές υποστηρικτικές ομάδες και σύλλογοι), η μεγάλη μοναξιά, η μετανάστευση, το επάγγελμα το οποίο δεν ταιριάζει σε κάποιον και είναι αναγκασμένος να το ακολουθήσει, οι πολλές απολύσεις από τις δουλειές καθώς επίσης και η σχολική είτε επαγγελματική αποτυχία. Όπως παρουσιάστηκε παραπάνω, μπορεί εύκολα κανείς να συμπεράνει πως εν μέσω οικονομικής κρίσης οι κοινωνικές αυτές αιτίες παρουσιάζουν ανοδική τάση με αποτέλεσμα η ψυχική ασθένεια να δέχεται μεγάλες επιρροές και αυξήσεις (Stylianidis and Chondros, 2011).

Σε ότι έχει να κάνει με τη θεραπεία για τη βιολογική διάσταση της συμβατικής ψυχιατρικής, θα πρέπει να αναφερθεί πως σημαντικό και ιδιαίτερα καθοριστικό ρόλο έχει η φαρμακοθεραπεία με τη χρησιμοποίηση συμβατικών ψυχοφαρμάκων.

Αντίθετα, στη θεραπεία της εναλλακτικής συμπληρωματικής ιατρικής γίνεται χρήση επιπλέον φαρμακοθεραπειών ενώ υφίσταται και η επιλογή της ορθομοριακής διατροφής, η υγεία του εντέρου, η αποχή από ξενύχτι, κάπνισμα, αλκοόλ και άλλες ουσίες, η λήψη ορθομοριακών σκευασμάτων (όπως για παράδειγμα βιταμινών, ιχνοστοιχείων, αμινοξέων, ζωτικών λιπαρών οξέων, ενζύμων κ.α.), καθημερινή εξάσκηση και περπάτημα, η αποτοξίνωση (ήπια καθώς η δράση της είναι

διαφοροποιημένη με τη δράση της φαρμακοθεραπείας) και τέλος η νευρο-ανάδραση (Kennett, 2007).

Στη θεραπεία της ψυχολογικής διάστασης υφίστανται μέσα η ψυχοθεραπεία (η οποία μπορεί να είναι είτε ατομική, είτε ομαδική είτε ακόμα και οικογενειακή), η ψυχο-εκπαίδευση και η βιβλιοθεραπεία, το ψυχόδραμα, η δραματοθεραπεία, η εικαστική θεραπεία, η μουσικοθεραπεία καθώς επίσης και η χοροθεραπεία η οποία αποτελεί μαζί με άλλες θεραπείες, οι οποίες αναφέρθηκαν παραπάνω, προαιρετικές επιλογές.

Τέλος, στην κοινωνική διάσταση η θεραπεία αφορά κυρίως επαγγελματική αποκατάσταση, επαγγελματικό προσανατολισμό, στεγαστική αποκατάσταση, σχηματισμό διάφορων υποστηρικτικών δικτύων που θα τους βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό, συμμετοχή σε υποστηρικτικές και λοιπές ομάδες που θα βοηθήσουν στο ψυχολογικό κομμάτι καθώς επίσης και ανεύρεση συντρόφου και ανάπτυξη οικογενείας.

Σημαντικό πρόβλημα της σύγχρονης εποχής είναι το γεγονός πως υφίσταται μεγάλο κενό στη θεραπευτική κάλυψη και στη θεραπευτική στόχευση. Γεγονός είναι πως οι πιο πολλοί ψυχικά πάσχοντες δεν λαμβάνουν θεραπεία, ενώ σημαντικό είναι και πως σε αρκετά κράτη δεν έχουν ένα αποτελεσματικό σύστημα διαχωρισμού ανάμεσα στον άρρωστο ο οποίος πραγματικά έχει ανάγκη θεραπείας και σε αυτόν ο οποίος δεν έχει ουσιαστικό πρόβλημα παρόμοιας φύσεως και όμως, ψάχνει αλλά και εντοπίζει την κατάλληλη θεραπεία (Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2011).

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει πως το 56% ανθρώπων με κατάθλιψη δεν έχουν λάβει θεραπεία, ενώ σε παρόμοιες καταστάσεις είναι και το 1/2 των ανθρώπων με διπολική διαταραχή, το 50,2% των ανθρώπων με διαταραχή πανικού αλλά και περισσότεροι από το 30% των ανθρώπων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Οι βασικότερες αιτίες της συγκεκριμένης κατάστασης είναι το οικονομικό κόστος, το γεγονός πως δεν γνώριζαν που να απευθυνθούν, η απουσία χρόνου ενώ με ποσοστό 84% περίπου το γεγονός πως οι άνθρωποι αυτοί ήταν στιγματισμένοι. (Μεγαλοοικονόμου και συν, 2011)

Στίγμα, γενικότερα, είναι τα στερεότυπα, οι προκαταλήψεις αλλά και οι διακρίσεις. Στερεότυπα καλούνται οι υπερ-απλουστευμένες, συχνά παραπλανητικές αλλά και παρερμηνευμένες πεποιθήσεις οι οποίες γίνονται αποδεκτές συλλογικά και προκαλούν άκριτες γενικεύσεις για ανθρώπους και ομάδες. Η προκατάληψη είναι μια συχνή αντίδραση, η οποία αναπτύσσει την ετοιμότητα του ατόμου να δράσει θετικά είτε αρνητικά σε ότι έχει να κάνει με το αντικείμενο της προκατάληψης (Mashour et al, 2005).

Σε διάφορες περιόδους και κοινωνίες, ποικίλα ήταν τα συμπτώματα και οι ασθένειες στις οποίες είχαν αποδοθεί μειωτικοί χαρακτηρισμοί. Στιγματίζονταν διαταραχές με εμφανή σημάδια, με συνέπεια να υφίσταται η καταστροφή της ταυτότητας του ασθενή και η απουσία της κοινωνικής του υπόστασης και υπόληψης. (παρόμοιες ασθένειες ήταν η σύφιλη, ο καρκίνος, η ψυχική νόσος, η σχιζοφρένεια κλπ).

Γενικότερα, κοινωνικό στίγμα είναι ένας ισχυρά μειωτικός χαρακτηρισμός ο οποίος αποδίδεται σε έναν άνθρωπο από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγεί. Μη επιθυμητή, δυσφημιστική ιδιότητα η οποία στερεί σε κάποιον την ευχέρεια της πλήρους κοινωνικής αποδοχής και τον εξαναγκάζει με αυτόν τον τρόπο να κρύψει την αιτία η οποία προκαλεί τη συγκεκριμένη αντιμετώπιση. Εκτός, όμως, από την παραπάνω έννοια υπάρχει και η ορολογία του αυτό-στιγματισμού που είναι υποκειμενικό βίωμα του αρρώστου, το οποίο έχει την ευχέρεια να απορρέει από την υιοθέτηση των μη θετικών στερεοτύπων που του αποδίδονται.

Κατά το παρελθόν, σε αρκετές περιπτώσεις έχουν αναπτυχθεί διάφορα προγράμματα με στόχο να μην υπάρχει το στίγμα αυτών των ανθρώπων. Οι κυριότεροι σκοποί των συγκεκριμένων προγραμμάτων είναι η ευαισθητοποίηση και πληροφόρηση της κοινής γνώμης, η βελτίωση των αντιλήψεων και στάσεων του κόσμου καθώς επίσης και η ανάπτυξη δράσεων για την ελάττωση των προκαταλήψεων και των διακρίσεων.

Εν τέλει, αυτό το οποίο θα πρέπει να κατανοήσουμε είναι πως το στίγμα είναι ένα κοινωνικό δημιούργημα, είναι η αντανάκλαση του ίδιου του πολιτισμού μιας κοινωνίας και όχι μια ιδιότητα των ανθρώπων. Αντίθετα, το θέμα του αποστιγματισμού αποτελεί μια σημαντική και ιδιαίτερα καθοριστική πρόκληση η

οποία επιθυμεί να είναι δίκαιη, ανθρωπιστική αλλά και ευνομούμενη (Kendler and Parnas, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η μελέτη ενός περιστατικού κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης με συνακόλουθες ψυχικές διαταραχές, το οποίο παρακολούθησαμε στην Κλινική Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζεται το ιστορικό, η διαδικασία αξιολόγησης, τα εργαλεία αξιολόγησης και η παρακολούθηση της πορείας των ψυχικών διαταραχών, καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής του ασθενούς στο νοσοκομείο. Για λόγους ιατρικού απορρήτου τα στοιχεία του ασθενούς είναι αλλοιωμένα.

4.1 Παρουσίαση περιστατικού

Ο Κ.Κ είναι ένας άνδρας 75 ετών ο οποίος κατάγεται από την Πάτρα. Στην πόλη αυτή λοιπόν πέρασε τα παιδικά του χρόνια, άλλοτε βοηθώντας τον πατέρα του με τις αγροτικές του εργασίες, και άλλοτε πηγαίνοντας στο δημοτικό σχολείο της περιοχής. Αφού, εκπλήρωσε κανονικά τη στρατιωτική του θητεία και επέστρεψε στον τόπο καταγωγής του. Όχι πολύ αργότερα, παντρεύτηκε και έκανε πέντε παιδιά, εκ των οποίων τα τέσσερα είναι αγόρια. Ο Κ.Κ. εργάστηκε για πάνω από 30 χρόνια στο σύστημα αποχέτευσης της Πάτρας. Τα τελευταία χρόνια είναι συνταξιούχος. Είναι λάτρης της μουσικής και το αγαπημένο του μουσικό όργανο είναι το μπουζούκι, στο οποίο ξέρει να παίζει 6,000 τραγούδια.

4.2 Ιστορικό

Ο Κ.Κ, κατά την επιστροφή του στο σπίτι, στις 26/01/17 συμμετείχε σε ένα αυτοκινητιστικό ατύχημα με ΙΧ, όπου συγκρούστηκε πλαγιομετωπικά με άλλο όχημα. Ο Κ.Κ δυστυχώς δεν φορούσε ζώνη ασφαλείας. Στο σημείο έσπευσαν μέλη της πυροσβεστικής, αστυνομικοί και ασθενοφόρα, όπου απεγκλώβισαν τον Κ.Κ. Στην συνέχεια μεταφέρθηκε στο Γ.Ν. Πάτρας με GCS:8/15, όπου δια σωληνώθηκε [ήταν "διεγερτικός με μειωμένο επίπεδο συνείδησης" (πληροφορία συνοδού γιατρού)] και στη συνέχεια διεκομίσθη στο ΓΠΝΠ "Άγιος Ανδρέας". Στα ΤΕΠ/ΓΠΝΠ ο

ασθενής έφτασε διασωληνωμένος, με ελάχιστη καταστολή, χωρίς αντίδραση στα οχληρά ερεθίσματα, έφερε δύο περιφερικές φλεβικές γραμμές, σκληρό αυχενικό κηδεμόνα και ουροκαθετήρα. Χορηγήθηκε η δέουσα καταστολή και στη συνέχεια υποβλήθηκε σε ΑΤ – εγκεφάλου, ΑΜΣΣ, θώρακα, ΑΚΚΟΠΧ. Ελέγχθηκε με υπέρηχους και ακτινογραφίες θώρακα και λεκάνης ισχίων, όπου δεν έδειξαν ιδιαίτερα ευρήματα.

Τα κύρια εργαστηριακά ευρήματα:

- Η MRI- Το εγκεφάλου ανέδειξε πολλαπλές, αραιές και παρά τη μέση γραμμή στικτές εγκεφαλικές θλάσεις, τουλάχιστον μια στικτή θλάση στο εγκεφαλικό στέλεχο. Μικρό, μη – χειρουργικό οξύ υποσκληρίδιο αιμάτωμα δεξιά, μετατραυματική υπαραχνοειδή αιμορραγία στο σκηνίδιο της παρεγκεφαλίδας. Ερχόμενο εγκεφαλικό οίδημα στο δεξιό εγκεφαλικό ημισφαίριο στην περιοχή του βρεγματικού λοβού. Οι βασικές δεξαμενές έδειξαν να είναι "ανοιχτές" και ελεύθερες.
- Από το ατομικό αναμνηστικό: Αρτηριακή υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, στεφανιαία νόσος, κολπική μαρμαρυγή. Υποβλήθηκε σε αγγειοπλαστική στεφανιαίων προσφάτων (4-5 μήνες) στο ΠΠΝΠ. Υπό αγωγή με SALOSPIR 100mg/μέρα, Adalat CR 30mg.
- Απεικονιστικός Έλεγχος: CT διασωλήνωσης, πολλαπλές εγκεφαλικές θλάσεις, παρά τη μέση γραμμή, θλάση στελέχους, μικρό acSPM, ΔΕΙ MB, SAM παρασκινιδιακά.
- Θώρακας: Αναπνευστικό ψιθύρισμα άμφω, χωρίς εικόνα αιμοπνευμοθώρακα στη Rö.
- Κοιλιά: U/S (-) για συλλογή αίματος περιτοναϊκή κοιλότητα.

Στις 28 Ιανουαρίου 2017 έγινε επανεκτίμηση του ασθενούς, κατά την οποία παρουσιάστηκε αιμοδυναμικά σταθερός. Υπεβλήθη σε επαναληπτική αξονική τομογραφία εγκεφάλου, στην οποία δεν υπήρξε ουσιαστική διαφοροποίηση της ακτινολογικής εικόνας από την προηγούμενη. Σημειώθηκε πολύ μικρή αύξηση των διαστάσεων των αιμορραγικών θλάσεων του εγκεφάλου χωρίς κλινική σημασία. Στις

29 Ιανουαρίου 2017 παρέμεινε διασωληνομένος στην ανάνηψη του χειρουργείου. Δεν παρουσίασε μεταβολή των ζωτικών σημείων. Οι κόρες βρίσκονταν σε μέση άμφω με φωτοκινητο αντιληπτικό. Λόγω του ιατρικού ιστορικού του προστέθηκε προφυλακτική μικρή δόση ηπαρίνης διαδερμικά. Λόγω έλλειψης κλίνης στη ΜΕΘ του νοσοκομείου «Άγιος Ανδρέας», μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ Ιωαννίνων του Γ.Ν. Χατζηκόστα στις 30/01/17. Με την έξοδο του ασθενός από το νοσοκομείο «Άγιος Ανδρέας» του χορηγήθηκε φαρμακευτική αγωγή εξόδου με τα εξής φάρμακα: Lordin 1x2, Atrovent 1x3, Pulmicort 1x2, Fragmin10.000 1x1, Keppra 500 1x2, Norvasc 10 1x1, Coversyl, Lasix, Aldactone, Catapresan, Salospir, Colistin, Βλεννολυτικό, Aloperidin.

Στις 02/03/17 διεκομίσθη στο Γ.Ν.Χ. κλινική του ΠΓΝΙ με υπέρταση, πιθανή έκτοπη οστεοποίηση ΔΣ αγκώνιο. Ο ασθενής νοσηλεύόμενος λόγω ΚΕΚ (διάχυτη αξονική βλάβη), εμφάνισε έντονη διέγερση με αποτέλεσμα στην χορήγηση σταγόνων Aloperidin 10-10-10. Τέθηκε αίτημα για νέα αξιολόγηση από τους συγγενείς του. Ωστόσο ο ασθενής κοιμόταν και δεν ήταν διακριτή η εκτίμηση. Το προηγούμενο βράδυ ήταν ήρεμος, δεν έκανε προσπάθειες να βγάλει τον ορό ούτε παρουσίασε ψυχοκινητική διέγερση. Συστήθηκε η σταδιακή ελάττωση της δόσης, Drops Aloperidin 2mg/ml 5-5-5. Αφού πέρασαν δύο μέρες, έγινε μια επανεξέταση για προσωποποίηση αγωγής.

- ο Στον επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε με CT εγκεφάλου - θώρακας, η εικόνα της υπαραχνοειδούς και ενδοκοιλιακής αιμορραγίας ανέδειξε τη παρουσία πολλαπλών παρεγχυματικών θλάσεων ιδίως κροταφικά αμφοτερόπλευρα στο επίπεδο κυρτούς, καθώς και μερικές αιμορραγικές θλάσεις στα βασικά γάγγλια.

Υποσημείωση: Μικρό υποσκληρίδιο αιμάτωμα μετωποβρεγματικά.

- ο Στον επανέλεγχο που πραγματοποιήθηκε με MRI εγκεφάλου εντοπίστηκε διάχυτη αξονική βλάβη, με συνοδές αιμορραγικές θλάσεις στον κροταφικό πόλο αριστερά, κροταφικό λοβό δεξιά και μετωπιαία αριστερά.

Υποσημείωση: Αιμορραγικό παρατηρείται στο αριστερό ημισφαίριο, καθώς και εκτεταμένη υπαραχνοειδής αιμορραγία. Στον υπερσκληνίδιο χώρο οι δομές της μέσης γραμμής ελέγχονται σε φυσιολογική θέση.

- ο Σύμφωνα με την λογοθεραπευτική εκτίμηση, ο ασθενής ήταν κατακεκλισμένος με τραχειοστομία στην ΜΕΘ. Στις 17 Μαρτίου πραγματοποιήθηκε έλεγχος κατάποσης, με χρήση χρωστικής ουσίας (Evan's Blue Dye test).

- Σύμφωνα με την ψυχιατρική εκτίμηση, ο ασθενής παρουσίαζε σύγχυση, οργανικό ψυχосύνδρομο (διέγερση) και αυπνία, με οπτικές ψευδαισθήσεις (ζωοψίες). Είχε την ιδέα ότι τα πόδια του είναι ζωικό κρέας και όχι ανθρώπινο. Αυτόματα οι καθήκον ιατροί του χορήγησαν το φάρμακο Seroquel.

4.3 Αξιολόγηση περιστατικού

Η κλινική εικόνα την οποία είχε ο ασθενής από τον στοματοπροσωπικό έλεγχο στις αρχές του Απριλίου, όπου νοσηλεύόταν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (4 μήνες μετά το ατύχημα) ήταν η εξής:

- Πάρεση στη δεξιά πλευρά
- Αδυναμία εκτέλεσης στοματοπροσωπικών ασκήσεων (αδυναμία μυών της γλώσσας, χείλη και παρειών)
- Μύκητες γλώσσας
- Τραχειοστομία (σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα Levin ή αλεσμένες τροφές μετά την αφαίρεση της τραχειοστομίας)
- Αδυναμία βάδισης και αυτοσυντήρησης
- Μυϊκή αδυναμία στα άνω άκρα (απόφυγε κινήσεις με τα χέρια, λόγω πόνου)
- Μυϊκή αδυναμία στα κάτω άκρα, εντονότερες στην αριστερή πλευρά των κάτω ποδιών
- Πρόβλημα με τη αρτηριακή πίεση

Η εικόνα που παρουσίαζε ο ασθενής όσον αφορά τον ψυχικό και γνωστικό τομέα ήταν η εξής:

- Εκφραστικός λόγος: Καλή κατονομασία
- Συναίσθημα: Ανησυχία - φόβος
- Σκέψη: Σε σύγχυση και με πολλούς συνειρμούς
- Κρίση – αφαιρετική ικανότητα: Χαμηλή
- Μνήμη: →Μακροπρόθεσμη μνήμη σε αρκετή καλή κατάσταση
→Βραχυπρόθεσμη μνήμη κακή

- Οπτικοχωρική Αντίληψη – Εκτελεστικές Λειτουργίες: Μερική εκτέλεση εντολών
- Προσανατολισμός σε χώρο - χρόνο: Χαμηλός
- Διαπροσωπική Συμπεριφορά – Σχέση με Εξεταστή: Χαμηλή
- Ψευδαισθήσεις: → Οπτικές: ζωοψίες (πίστευε ότι τα πόδια του είναι κρέας ζώου)
→ Γευστικές: πιστεύει ότι η γυναίκα του, του βάζει δηλητήριο στη τροφή του για να τον σκοτώσει
- Ύπνος: Διαταραγμένος

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Αποφασίσαμε μαζί με τη λογοθεραπευτική ομάδα να χορηγήσουμε μερικές κλίμακες, έτσι ώστε να σχεδιάσουμε το θεραπευτικό πρόγραμμα που πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής. Τα εργαλεία αξιολόγησης που του χορηγήθηκαν ήταν: μια άτυπη στοματοπροσωπική εξέταση, το Mini - Mental State Examination (Σύντομη εξέταση της νοητικής κατάστασης), το MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA), το Boston Diagnostic Aphasia Examination και η κλίμακα της Γλασκόβης. Τα τεστ χορηγήθηκαν σε σύντομο χρονικό διάστημα.

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (Σύντομη εξέταση της νοητικής κατάστασης)

Για κάθε σωστή απάντηση θα προστίθεται ένας βαθμός.

1. Προσανατολισμός

Θα σας κάνω μερικές ερωτήσεις για να δούμε πως είναι η μνήμη σας.

- Τι έτος έχουμε; **1**
- Ποια εποχή; **1**
- Τι μήνα; **0**
- Πόσο του μηνός έχουμε; **0**
- Ποια μέρα της εβδομάδας; **0**
- Σε ποια χώρα βρισκόμαστε; **1**
- Σε ποια πόλη; **0**
- Σε ποια περιοχή ή διεύθυνση; **0**
- Σε πιο μέρος βρίσκεστε αυτή τη στιγμή; **0**
- Σε ποιο όροφο; **0**

2. Εγγάραξη

Θα ονομάσω τρία αντικείμενα. Όταν τελειώσω, θα σας ζητήσω να τα επαναλάβετε. Να θυμάστε ποια είναι γιατί θα σας ξαναρωτήσω σε λίγο. Τσεκάρετε τα αντικείμενα που είναι σωστά με την ΠΡΩΤΗ προσπάθεια, εάν γίνει κάποιο λάθος στην πρώτη προσπάθεια, επαναλάβετε όλα τα ονόματα έως ότου ο ασθενής τα μάθει και τα τρία.

Αριθμός Επαναλήψεων : **4**

- Μπάλα..... **1**
- Σημαία..... **0**
- Δέντρο **0**

3. Προσοχή και ικανότητα υπολογισμών

Αφαίρεση: Τώρα θα ήθελα να αφαιρέσετε το 7 από το 100. Από αυτόν τον αριθμό αφαιρέστε άλλα 7. Συνεχίστε τις αφαιρέσεις κατά 7, μέχρι να σας πω να σταματήσετε.

- 93 **1**
- 86 **0 (87)**
- 79 **1 (80)**
- 72 **1 (73)**
- 65 **0 (87)**

Απόδοση λέξης: Συλλαβίστε τη λέξη ("ΑΡΤΕΠ") **0**

Καταχωρίστε ως σωστό μόνον εάν τα γράμματα είναι με την σωστή σειρά. Και οι δύο δοκιμασίες πρέπει να ολοκληρωθούν. Η τελική βαθμολόγηση (σωστές απαντήσεις) για αυτήν την ενότητα είναι υψηλότερη εκ των δύο. (Αφαίρεση ή Απόδοση λέξης)

4. Ανάκληση

Ποια είναι τα τρία αντικείμενα που σας ζήτησα να θυμάστε;

- Μπάλα1
- Σημαία0
- Δέντρο0

5. Κατονομασία

Δείχνουμε στον ασθενή 2 αντικείμενα (ρολόι, μολύβι) και ρωτάμε " Πως ονομάζεται αυτό το αντικείμενο; "

- Ρολόι 1
- Μολύβι 1

6. Επανάληψη

Ζητήστε από τον ασθενή να επαναλάβει μετά από εσάς:

- " Όχι αν, και ή αλλά"1

7. Εκτέλεση εντολής τριών σταδίων

Δώστε στον ασθενή ένα λευκό χαρτί και πείτε του:

- Πάρτε το χαρτί με το δεξί σας χέρι 0
- Διπλώστε το στη μέση0
- Ακουμπήστε το στο πάτωμα 0

8. Ανάγνωση

Δείξτε στον ασθενή ένα χαρτί που γραφεί " Κλείστε τα μάτια σας" και ζητήστε από τον ασθενή να ακολουθήσει την οδηγία.

- Παρακαλώ κάντε ότι γράφει στο χαρτί που σας δείχνω 1

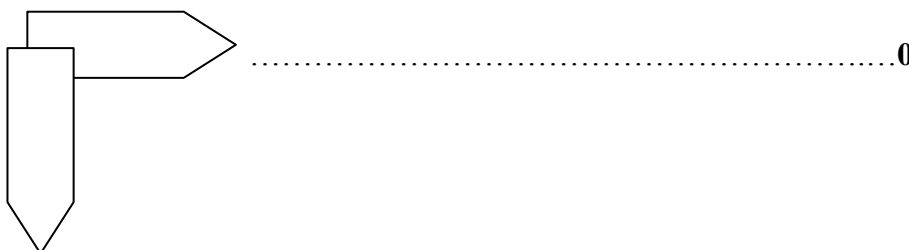
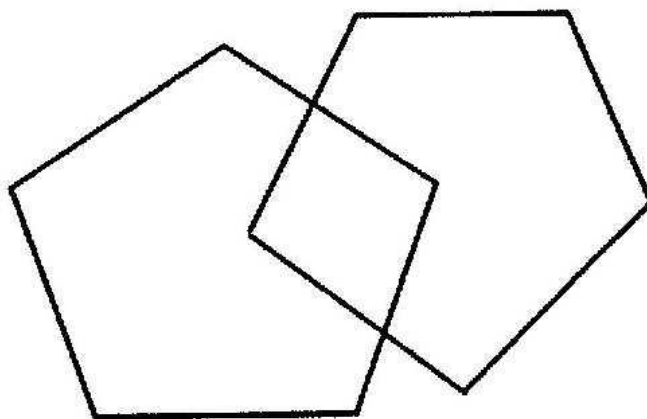
9. Γραφή

Δώστε στον ασθενή χαρτί και μολύβι και πείτε του:

- Παρακαλώ γράψτε μια ολοκληρωμένη πρόταση όποια θέλετε (πρέπει να περιέχει υποκείμενο – ρήμα). Η ορθογραφία και η γραμματική δεν είναι σημαντικά. Κατόπιν ζητήστε από τον ασθενή να σας πει τι έγραψε
..... 0

10. Αντιγραφή

Ζητήστε από τον ασθενή να αντιγράψει το παρακάτω σχέδιο. Κάθε πεντάγωνο, θα πρέπει να έχει 5 πλευρές και 5 καθαρές γωνίες και η τομή τους να σχηματίζει ένα ρόμβο. " Αντιγράψτε αυτό το σχέδιο".

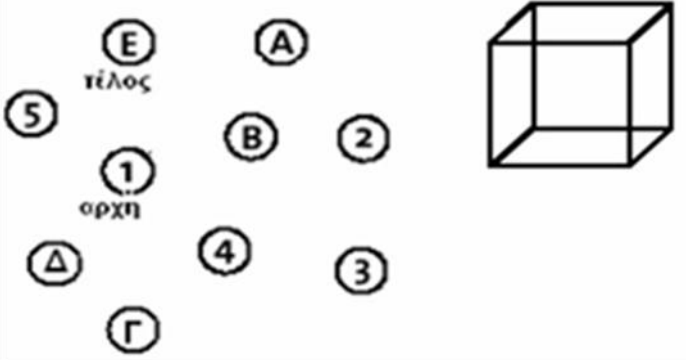
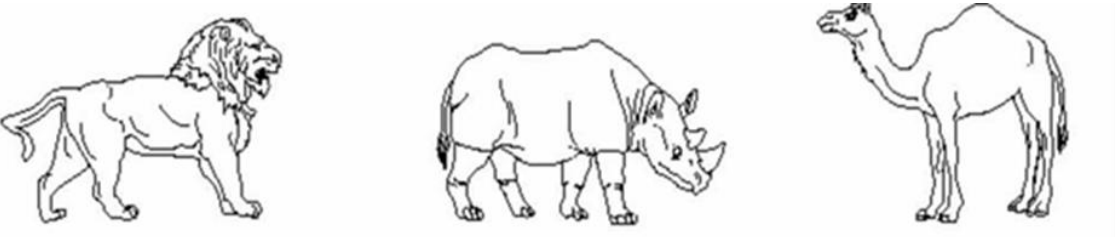


ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΘΡΟΙΣΜΑ: 12/30

ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΜΟΝΤΡΕΑΛ
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA), Z. Nasreddine,
MD 2004
Επιμέλεια – Μετάφραση: Κουντή Φ., PhD & Τσολάκη Μ., MD., 2006

Όνοματεπώνυμο: Κ.Κ

Ημερομηνία: 6.4.2017

<p>ΟΠΤΙΚΟΧΩΡΙΚΕΣ/ΕΚΤΕΛΕΣΤΙΚΕΣ Κύβος αντιγραφή</p>  <p>[0] [0]</p>		<p>ΣΧΕΔΙΟ ΡΟΛΟΓΙΟΥ (11:10)</p> <p>[0] [0] [0] Κύκλος Αριθμοί Δείκτες</p>	<p>ΒΑΘΜΟΙ</p> <p><u>0/6</u></p>																	
<p>ΚΑΤΟΝΟΜΑΣΙΑ</p>  <p>[0] [1] [1]</p>			<p><u>2/3</u></p>																	
<p>ΜΝΗΜΗ Διαβάστε τη λίστα με τις λέξεις το υποκείμενο πρέπει να τις επαναλάβει. Κάντε 2 δοκιμές και μια καθυστερημένη ανάκληση μετά από 5 λεπτά.</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>ΠΡΟΣΩΠ Ο</td> <td>ΒΕΛΟΥ ΔΟ</td> <td>ΕΚΚΛΗΣΙ Α</td> <td>ΜΑΡΓ ΑΡΙΤΑ</td> <td>ΚΟΚΚΙΝ Ο</td> </tr> <tr> <td>ΔΟΚΙΜΗ 1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ΔΟΚΙΜΗ 2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		ΠΡΟΣΩΠ Ο	ΒΕΛΟΥ ΔΟ	ΕΚΚΛΗΣΙ Α	ΜΑΡΓ ΑΡΙΤΑ	ΚΟΚΚΙΝ Ο	ΔΟΚΙΜΗ 1						ΔΟΚΙΜΗ 2						<p>Όχι βαθμοί</p>
	ΠΡΟΣΩΠ Ο	ΒΕΛΟΥ ΔΟ	ΕΚΚΛΗΣΙ Α	ΜΑΡΓ ΑΡΙΤΑ	ΚΟΚΚΙΝ Ο															
ΔΟΚΙΜΗ 1																				
ΔΟΚΙΜΗ 2																				
<p>ΠΡΟΣΟΧΗ Διαβάστε τη λίστα των ψηφίων (1ψηφίο/δευτ.). Το υποκείμενο θα επαναλάβει με την ίδια σειρά τα εξής: [1] 2 1 8 5 4 Το υποκείμενο θα επαναλάβει με την ανάποδη σειρά τα εξής: [1] 7 4 2</p>			<p><u>2/2</u></p>																	
<p>Διαβάστε τον κατάλογο των γραμμάτων. Το υποκείμενο θα χτυπά το χέρι στο τραπέζι κάθε φορά που ακούει το γράμμα Α. δεν δίνονται βαθμοί εάν >2 λάθη. [1] Φ Β Α Γ Μ Ν Α Α Ξ Κ Λ Β Α Φ Α Κ Λ Ε Α Α Α Ξ Α Ν Ο Φ Α Α Β</p>			<p><u>1/1</u></p>																	
<p>Διαδοχική αφαίρεση ανά 7, ξεκινώντας από το 100 [1] 93 [0] 86 (87) [1] 79 (80) [1] 72 (73) [0] 65 (67)</p>			<p><u>2/3</u></p>																	

4-5 σωστές αφαιρέσεις: 3 βαθ., 2-3 σωστές: 2 βαθ., 1 σωστή: 1 βαθ., 0 σωστές: 0 βαθ.								
ΓΛΩΣΣΑ Επαναλάβετε: Το μόνο που ξέρω είναι ότι ο Γιάννης είναι αυτός που θα βοηθήσει σήμερα. [1]								<u>2/2</u>
Η γάτα κρυβόταν πάντα κάτω από τον καναπέ όταν βρίσκονταν σκυλιά μέσα στο δωμάτιο. [1]								
Ροή/ Πείτε όσες περισσότερες λέξεις μπορείτε, σε ένα λεπτό, που να αρχίζουν από X [0]								<u>0/1</u>
(N ≥ 11 λέξεις)								
ΑΦΑΙΡΕΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ Ομοιότητα μεταξύ π.χ. μπανάνα- πορτοκάλι = φρούτο								<u>1/2</u>
[1] τρένο-ποδήλατο [0] ρολόι- χάρακας								
ΚΑΘΥΣΤΕΡ ΗΜΕΝΗ ΑΝΑΚΛΗΣ Η	Ανάκληση λέξεων ΧΩΡΙΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	ΠΡΟΣ ΩΠΟ [1]	ΒΕΛΟ ΥΔΟ [1]	ΕΚΚΛ ΗΣΙΑ [1]	ΜΑΡΓ ΑΡΙΤΑ [0]	ΚΟΚΚ ΙΝΟ [0]	Βαθμοί μόνο για ανάκλη ση χωρίς βοήθει α	<u>3/5</u>
	Βοήθημα κατηγορίας				√	√		
Προαιρετικό	Βοήθημα πολλαπλής επιλογής							
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ [0] ημ/μηνία [0] μήνας [0] έτος [0] ημέρα [1] τόπος [1] πόλη								<u>2/6</u>
Φυσιολογική επίδοση ≥ 26 Προσθέστε έναν βαθμό αν ≤ 12 έτη εκπαίδευσης						ΣΥΝΟΛΟ	<u>15/30</u>	

ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΛΑΣΚΩΒΗΣ

Όνοματεπώνυμο: Κ.Κ

Ημερομηνία: 7.4.2017

Κλίμακα Γλασκώβης

- **Eye Opening-άνοιγμα οφθαλμών**

- 4 ⇒ αυτόματα
- 3 = στα παραγγέλματα
- 2 = στον πόνο
- 1 = απών

- **Motor Response-κινητική αντίδραση**

- 6 ⇒ υπακοή σε παραγγέλματα
- 5 = εντόπιση στον πόνο
- 4 = απόσυρση στον πόνο
- 3 = αποφλοίωση (κάμψη)
- 2 = απεγκεφαλισμός (έκταση)
- 1 = καμία αντίδραση

- **Verbal Response-λεκτική αντίδραση**

- 5 ⇒ προσανατολισμένη ομιλία
- 4 = συγχυτική
- 3 = ακατάληπτες λέξεις
- 2 = ακατάληπτοι ήχοι
- 1 = καμία απάντηση

Boston Diagnostic Aphasia Examination

Όνοματεπώνυμο: Κ.Κ

Ημερομηνία: 7.4.2017

ΠΕΡΙΛΗΠΤΙΚΟ ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΩΝ ΤΗΣ ΣΥΝΟΠΤΙΚΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Όνοματεπώνυμο:	Ημερομηνία Εξέτασης:										
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Εκατοστημρία:											
ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΑΦΑΣΙΑΣ		0			1	2			3	4	5
ΡΟΗ / ΕΥΧΕΡΕΙΑ ΛΟΓΟΥ											
Μήκος φράσης (Κλίμακα Εκτίμησης των Χαρακτ. του Εκφρ. Λόγου)	1	2	4	6							7
Μελωδικότητα (Κλίμακα Εκτίμησης των Χαρακτ. του Εκφρ. Λόγου)	1	2	3		5		6				7
Γραμματική Μορφή (Κλίμακα Εκτίμησης των Χαρακτ. του Εκφρ. Λόγου)	1	2	3	4		5		6			7
ΚΑΘΟΜΙΛΟΥΜΕΝΟΣ ΚΑΙ ΕΠΕΞΗΓΗΜΑΤΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ											
Ανταπόκριση σε Απλές Κοινωνικές Αποκρίσεις	0	3	5			6					7
ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ											
Διάκριση Λέξεων	3	10	12	13	14		15				16
Εντολές	0	3	5	7	8			9			10
Σύνθετο Ιδεατό Υλικό (Αφηρημένες Έννοιες)	0	1	2	3		4		5			6
ΑΡΘΡΩΣΗ											
Αρθρωτική Ευκίνησία (Κλίμακα Εκτίμ. των Χαρακτ. του Εκφρ. Λόγου)	1	2		3	4	5		6			7
ΕΚΦΡΑΣΗ ΛΟΓΟΥ											
Αυτοματοποιημένες Αλληλουχίες	0	1	2	3							4
ΕΠΑΝΑΛΗΨΗ											
Μεμονωμένων Λέξεων	0	1		3			4				5
Προτάσεων				0			1				2
ΚΑΤΟΝΟΜΑΣΙΑ											
Απαντήσεις Κατονομασίας		0	2	4	6		8	9			10
Δοκιμασία Κατονομασίας της Βοστώνης (Συνοπτική Μορφή)		0	1	4	5	7	9	10	12	14	15
Ειδικές Κατηγορίες	0	2	7	10		11					12
ΠΑΡΑΦΑΣΙΑ											
Βαθμολογία με βάση την Κλίμακα Εκτίμησης των Χαρακτηριστικών του Εκφραστικού Λόγου	1		2	3	4	5		6			7
Φωνημική	27	12	7	4	2			1			0
Λεκτική	19	10	6	4	3		2	1			0
Νεολογισμός	11	6	2	1							0
Πολλαπλές Παραφασιακές Λέξεις	16	5	1								0
ΑΝΑΓΝΩΣΗ											
Αντιστοίχιση Γραμμάτων και Λέξεων	0	2		3							
Αντιστοίχιση Αριθμών	0	3									
Αντιστοίχιση Λέξης-Εικόνας	0	1	2		3						
Ανάγνωση Λέξεων		0	6	9	12	14					15
Ανάγνωση Προτάσεων				0		1	2	3	4		5
Κατανόηση Προτάσεων		0	1			2					3
Κατανόηση Προτάσεων/Παραγράφων	0	1			2			3			4
ΓΡΑΠΤΟΣ ΛΟΓΟΣ / ΓΡΑΦΗ											
Μορφή Γραφής (Ευανάγνωστα Γράμματα)	5	8	10		12						14
Επιλογή Γραμμάτων	6	15		18		19	20				21
Κινητική Ικανότητα	5		7	9	12	13					14
Βασικό Λεξιλόγιο	0		2	3							4
Ομαλή Φωνητική				0		1					2
Συνήθειες Λανθασμένες Μορφές			0		1		2				3
Γραπτή Κατονομασία Εικόνων		0		1		2		3			4
Γραπτός Αφηγηματικός Λόγος	0	1	4	5	6			7	9		11

[26]

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Του καταχωρήθηκε το Mini - Mental State Examination (Σύντομη εξέταση της νοητικής κατάστασης). Τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια με αυτά του Moca. Εμφάνισε δηλαδή δυσκολία στον προσανατολισμό, καθώς δεν μπορούσε να προσδιορίσει την ημέρα, τον μήνα, την εποχή και την τοποθεσία, παράλληλα παρατηρήσαμε δυσκολία στην προσοχή και ικανότητα υπολογισμών, στην εγχάραξη, καθώς επίσης και στην εκτέλεση εντολών, στην ανάγνωση, γραφή και αντιγραφή. Παρόλο που δεν ήταν καθόλου συνεργάσιμος στην εκτέλεση εντολών, εντούτοις συνεργάστηκε ικανοποιητικά στην ονομασία αντικειμένων και στην επανάληψη. Το σκορ που σημειώθηκε από την αξιολόγηση του Mini - Mental State Examination είναι 12/30. Η χαμηλή βαθμολογία προέρχεται από τη μειωμένη απόδοση του ασθενούς, ο οποίος τη συγκεκριμένη ώρα νύσταζε και άρχισε να γίνεται επιθετικός, να φωνάζει και να βρίζει έτσι ώστε για να μας διώξει από το δωμάτιο. Καταβάλαμε μεγάλες προσπάθειες για την ολοκλήρωση του τεστ. Επιπρόσθετα, του καταχωρήθηκε το MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MoCA). Στις οπτικοχωρικές / εκτελεστικές ασκήσεις δεν είχαμε επαρκή ανταπόκριση. Εμφάνισε μεγάλη δυσκολία στην ανάκληση τόσο της μακροπρόθεσμης όσο και βραχυπρόθεσμης μνήμης. Αισθητή ήταν και η δυσκολία της διαδοχικής αφαίρεσης, καθώς και του προσανατολισμού. Δυνατό του σημείο ήταν η αντίληψη και η επανάληψη προτάσεων. Στο συγκεκριμένο τεστ το τελικό σκορ ήταν 15/30, ο ασθενής μέχρι και την ολοκλήρωση του τεστ παραπονιόταν συνεχώς ότι κουραζόταν και εξέφραζε έντονα τον θυμό του. Επιπρόσθετα, σημειώθηκε πολύ καλή επίδοση του ασθενή με την χορήγηση του Boston Diagnostic Aphasia Examination, η κύρια δυσκολία που αντιμετώπιζε ήταν στο γραπτό λόγο/γραφή. Τέλος, έγινε αξιολόγηση μέσω της κλίμακας Γλασκόβης. Τα αποτελέσματα που σημειώθηκαν ανταποκρινόταν στην μέγιστη βαθμολογία του τεστ με ποσοστό 15. Η καλή οφθαλμική επαφή, οι κινητικές λειτουργίες και η προσανατολισμένη ομιλία δικαιολογούνται από την εντατική θεραπεία του ασθενή.

Κατά τη στοματοπροσωπική εξέταση εμφάνισε αρκετές δυσκολίες. Η γλώσσα εμφάνιζε αδυναμία κατά την εναλλαγή θέσεων πάνω – κάτω και αριστερά – δεξιά, στην ανύψωση και στην κυκλική κίνηση της γλώσσας γύρω από τα χείλη. Στην τελική εκτίμηση της κατάποσης έδειξε μυϊκή αδυναμία στην γλώσσα, μεγάλη αδυναμία στις παρειές και ελαφρώς στα χείλη. Η γυναίκα του κυρίου Κ. είχε ενημερωθεί ότι ο ασθενής θα πρέπει να τρέφεται μόνο με αλεσμένη τροφή. Ένα

γεγονός που είχε συμβεί ένα βράδυ καθώς τον τάιζε η γυναίκα του, στραβοκατάπιε και τρώμαξε, με αποτέλεσμα να είχε την ψευδαίσθηση ότι η γυναίκα του θέλει να τον σκοτώσει. Έτσι, σταμάτησε να τρώει ότι τροφή του έδιναν και άρχισε η σίτιση να γίνεται με ρινογαστρικό σωλήνα Levin.

4.4 Στάδιο παρέμβασης

Το θεραπευτικό πρόγραμμα του Κ. είχε αρχίσει ήδη από 1/2/12017, ωστόσο η συνεργασία μας με την λογοθεραπεύτρια και η εφαρμογή των δικών μας προγραμμάτων πραγματοποιήθηκε μερικώς μήνες αργότερα. Πιο συγκεκριμένα στις 3/4/1017. Το δικό μας πρόγραμμα περιλάμβανε μια σειρά δραστηριοτήτων με στόχων την εύρεση και την εξάλειψη των ψυχικών διαταραχών του ασθενούς, την εξάσκηση της μνήμης και την μυολειτουργική ενδυνάμωση της γλώσσας, τα χείλη και τις παρειές, με συστηματική θεραπεία 5 φορές την εβδομάδα για 30 λεπτά. Στο σημείο αυτό θα γίνει αναλυτική παρουσίαση της κάθε συνεδρίας που διεξήχθη για τη θεραπεία του κυρίου Κ.

1^η Συνεδρία:

Στόχος της πρώτης μας επαφής ήταν η ουσιαστική επαφή με τον ασθενή και η γνωριμία. Ουσιαστικό ρόλο έπαιζε η εξασφάλιση της εμπιστοσύνης του και η αποφυγή κάθε είδους διέγερσης. Διεκπεραιώθηκε με ελεύθερη συζήτηση αρχικά και διάλογο στη συνέχεια. Ο Κ. άρχισε να μονολογεί για τη ζωή του και την οικογένεια του. Προσπαθούσε να θυμηθεί όσο το δυνατό πιο πολλές θετικές στιγμές της ζωής του. Τη στιγμή που η μνήμη του ανακάλεσε άσχημες αναμνήσεις ο μονόλογος του μετατράπηκε σε διάλογο. Έγινε ένας ουσιαστικός διάλογος με αρκετές ερωτήσεις προς εμάς, αδιαφορώντας τελείως για τη λογοθεραπεύτρια που βρισκόταν εκεί. Στο τέλος της συνεδρίας, η ανησυχία και η ανυπομονησία του ασθενή ήταν εμφανείς, καθώς άρχισε να απευθύνεται στη λογοθεραπεύτρια και να την προστάζει να

διακόψει την συνεδρία. Χαρακτηριστικά λόγια «Δεν θέλω να σε βλέπω άλλο εδώ μέσα, σήκω και φύγε./ Με έχεις κουράσει τη ψυχή.»

2^η Συνεδρία:

Στόχος αυτή τη φορά ήταν η ενδυνάμωση των μυών (γλώσσας, χείλη, παρειές) με μυολειτουργικές ασκήσεις, αλλά και η επαφή και η εξοικείωση με το σώμα του, ιδιαίτερα με τα πόδια του. Αρχικά, ξεκινήσαμε με εναλλάξ μυολειτουργικές ασκήσεις, να βγάλει έξω την γλώσσα και να κάνει σταδιακά τις εξής ασκήσεις x7 φορές (δεξιά - αριστερά, πάνω – κάτω, κυκλική κίνηση γλώσσας γύρο από τα χείλη). Έπειτα κάναμε ασκήσεις για ενδυνάμωση των χειλών και των παρειών σταδιακά x7 φορές (χαμόγελο – σούφρωμα χειλών, φούσκωμα των παρειών από τα δεξιά, αριστερά και από τις δυο μεριές, συν πίεση από την μία πλευρά ή/ και από τις δύο μεριές). Ο Κ. δυσκολευόταν στο συγχρονισμό και στην εκτέλεση των ασκήσεων. Στην συνέχεια ασχοληθήκαμε με την εξοικείωση του Κ. με το σώμα του. Ο ασθενής δεν αντιλαμβανόταν τα πόδια του και αρκετές φορές (σύμφωνα με την γυναίκα του και τη λογοθεραπεύτρια) είχε παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις με αποτέλεσμα να προσπαθεί να τα κόψει. Τα «έβλεπε» σαν κρέας «τροφή» για τα σκυλιά. Προσπαθούσε να καρφώσει πάνω σε αυτά αντικείμενα, θεωρώντας ότι είναι πάνω στο σώμα του. Άλλες φορές «έβλεπε» να βγαίνουν σκουλήκια μέσα από αυτά. Θεωρούσε ότι δεν υπάρχει κανένας λόγος για να έχει ο άνθρωπος πόδια. Έτσι λοιπόν εμείς αρχίσαμε μια θεραπεία απευαισθητοποίησης για τα μέρη του σώματός του. Στην αρχή η θεραπεία ήταν γενικευμένη στο τι θα έκανε ένας άνθρωπος αν είχε το σχήμα μπαλονιού. Συνοδό εργαλείο ήταν η χρήση ενός μπαλονιού σε 2 χρώματα (ένα μαύρο και ένα κίτρινο). Η επιλογή των χρωμάτων βασίστηκε στη διέγερση των θετικών και αρνητικών αναμνήσεων του ασθενή. Στην συγκεκριμένη περίπτωση ο ασθενής εστίασε στο «μαύρο» μπαλόνι, αδιαφορώντας τελείως για το κίτρινο. Ο λόγος του λοιπόν, ήταν σαφώς αρνητικός απέναντι για το ανθρώπινο σώμα σε σχήμα μπαλονιού. Έγινε αντιληπτή η ενόχληση του στα άτομα που διαδραμάτισαν κάποιο ρόλο στην ζωή του (συνειρμός από το μπαλόνι). Σε αμέσως επόμενο στάδιο, εξαφανίζουμε τελείως το μαύρο μπαλόνι και εμφανίζουμε το κίτρινο. Η ερώτηση ήταν ίδια «Τι θα μπορούσε να κάνει ο άνθρωπος αν είχε σχήμα μπαλονιού;». Το μεταβατικό στάδιο ήταν αρκετά δύσκολο για τον ασθενή, μένοντας

αποστασιοποιημένος και διατηρώντας απόλυτη ησυχία. Τέλος ο ασθενής δεν ήθελε να συνεργαστεί άλλο και η συνεδρία έληξε.

3^η Συνεδρία:

Στόχος σε αυτή τη συνεδρία συνεχίζει να παραμένει η απευαισθητοποίηση με το σώμα του. Αυτή τη φορά η συνεδρία αρχίζει αμέσως με την εμφάνιση του κίτρινου μπαλονιού. Η ερώτηση είναι *«Τι θα μπορούσε να κάνει ο άνθρωπος αν είχε σχήμα μπαλονιού;»*. Ο Κ. με το που ακούει την ερώτηση αρχίζει να χρησιμοποιεί υβριστικό λόγο και να φωνάζει. Οι προτάσεις που αναφέρει είναι *«Εμένα μια φορά με σκοτώσαν/ Δεν θα με σκοτώσει κανένας/ Θα γίνει πόλεμος εμένα μου το είπαν»*. Έπειτα από λίγα λεπτά σταμάτησε. Με δική μας παρότρυνση, στη συνέχεια, αφού ηρέμησε, άρχισε να απαντάει κανονικά στην ερώτηση και να αναφέρει τις δυσκολίες του ανθρώπου, να μην έχει κάποιο από τα μέλη του σώματός του. Κατά τη διάρκεια της συζήτησης, εξαφανίσαμε το μπαλόνι και καθοδηγήσαμε τον Κ. να μας μιλήσει για τα μάτια του, το στόμα του, τα αυτιά του, τα χέρια του και στο τέλος για τα πόδια του. Σκοπός της συζήτησης ήταν να αφοσιωθεί στην ουσία, ώστε να μιλήσει για τα πόδια του. Ο στόχος διεκπεραιώθηκε με απόλυτη επιτυχία, καθώς ο ασθενής κατάφερε να δηλώσει την ανησυχία του για τα πόδια του, την χρησιμότητα αυτών, καθώς και για το ατύχημα που τον οδήγησε στο νοσοκομείο. Τέλος, κάναμε τις μυολειτουργικές ασκήσεις, τις ίδιες που κάναμε στη 2^η Συνεδρία.

4^η Συνεδρία:

Η συνεδρία αυτή διενεργήθηκε, κάτω από αντίξοες συνθήκες, λόγω ψυχικών διεγέρσεων και αυπνίας του Κ. από το προηγούμενο βράδυ. Στόχος της θεραπείας ήταν η «Μουσικοθεραπεία». Με τραγούδια γνωστά και οικεία στο Κ. προσπαθήσαμε να ηρεμήσουμε το πνεύμα του. Στην αρχή δεν υπήρχε κανένα αποτέλεσμα, καθώς ο Κ. άρχισε έναν μονόλογο στον οποίο έλεγε ότι *«Η νοσοκόμα προσπάθησε να τον σκοτώσει το βράδυ, του έβαλε δηλητήριο μέσα στα φάρμακα με σκοπό να του πάρει τα λεφτά»*. Οι εκφράσεις του προσώπου του μεταβαλλόταν διαρκώς από τη χαρά στη λύπη. Μετά από παρότρυνση, να τραγουδήσει τα κομμάτια που ακούγαμε, ο Κ. άρχισε να χαμογελάει και να ακολουθεί τις οδηγίες μας. Η διαδικασία αυτή τον

βοήθησε αρκετά στο να ξεφύγει από τη κρίση στην οποία βρισκόταν προηγουμένως. Καθ' όλη την διάρκεια της ερμηνείας του, δεν σταμάτησε να μας χαμογελά και να μας αναφέρει γεγονότα και στιγμιότυπα που του θύμιζαν τα παιδικά του χρόνια. Προς το τέλος της συνεδρίας τα μάτια του δάκρυσαν και φώναξε δυνατά ότι είναι ευτυχισμένος.

5^η Συνεδρία:

Στόχος αυτής της συνεδρίας ήταν ο συνδυασμός της μουσικοθεραπείας με τα χρώματα. Κάθε φορά δηλαδή που του παρουσιάζαμε ένα χρώμα, ο ίδιος έπρεπε να σκέφτεται και να μας τραγουδάει ένα τραγούδι. Η διαδικασία ξεκίνησε αρχικά με χρώματα πιο γλυκά και αρμονικά στο μάτι του. Το αποτέλεσμα ήταν να τραγουδάει ήρεμα τραγούδια και πολλές φορές να τα αφιερώνει στη γυναίκα του. Στη συνέχεια ακολουθήσε η παρουσίαση πιο έντονων χρωμάτων και το αποτέλεσμα ήταν να τραγουδάει πιο έντονα, σε ρυθμό, τραγούδια. Η παρουσίαση των χρωμάτων με σκούρες αποχρώσεις έγινε σε εναλλαγή με τα πιο αρμονικά χρώματα. Σκοπός ήταν ο ίδιος ο ασθενής, να προσπαθήσει να ρυθμίσει με τον καιρό τις απότομες εναλλαγές της διάθεσης και της ψυχολογίας του. Η μετάβαση από το ένα στάδιο στο άλλο απαιτούσε αρκετό χρόνο και δημιουργούσε έντονη σύγχυση και αντίδραση στον Κ. Στο τέλος της συνεδρίας όταν ζητήθηκε στον ασθενή να διαλέξει μόνος του ένα τραγούδι και να τραγουδήσει, επέλεξε ένα μελαγχολικό κομμάτι.

6^η Συνεδρία:

Στόχος της θεραπείας, παραμένει ο συνδυασμός της μουσικοθεραπείας με τα χρώματα. Του εμφανίζουμε σε καρτέλες τα χρώματα και ανάλογα με το χρώμα που βλέπει, μας τραγουδάει και ένα τραγούδι. Σκοπός αυτή τη φορά είναι να μεταβαίνει πιο γρήγορα και χωρίς μεγάλη σύγχυση, από το άσχημο συναίσθημα που του δημιουργείται στο όμορφο συναίσθημα. Στην αρχή ήταν αρνητικός και δεν ήθελε να μιλήσει καθόλου. Στην συνέχεια, μόλις ηρέμησε άρχισε να ανταποκρίνεται με αρκετή άνεση και ψυχραιμία. Οι απαντήσεις του ήταν πολύ γρήγορες. Ωστόσο, η πληθώρα των συναισθημάτων τον επηρέασε αρκετά, με αποτέλεσμα να βάλει τα κλάματα και να φωνάζει *«Δεν μου αξίζει η ζωή/ Ο Τ. ήθελε να με σκοτώσει/ Σας λέω*

την αλήθεια... σώστε με/θέλω να κοιμηθώ». Η συνεδρία έληξε με τον Κ. να έχει μεταβεί ικανοποιητικά από το ένα στάδιο στο άλλο, αλλά όχι ολοκληρωτικά.

7^η Συνεδρία:

Σκοπός αυτής της συνεδρίας ήταν η προσπάθεια διαχείρισης των αρνητικών σκέψεων/ ψευδαισθήσεων του Κ. μέσω της μουσικοθεραπείας και οι επαναληπτικές μυολειτουργικές ασκήσεις του ασθενή. Θα παρουσιάζαμε καρτέλες, που θα του διεγείρουν αρνητικές καταστάσεις. Κάθε φορά που ο ασθενής εμφανίζει κρίσεις και θα είναι αναστατωμένος, θα ακούγεται αμέσως ένα από τα αγαπημένα του τραγούδια. Σκοπός είναι να μεταβεί από μία δύσκολη κατάσταση σε μία κατάσταση αρμονική και ευχάριστη. Η θεραπεία αρχικά θεωρήθηκε πολύ δύσκολη για τον ίδιο, καθώς δεν ήθελε να συνεργαστεί. Στην συνέχεια, η προβολή εικόνας στον Κ. είχε ως αποτέλεσμα να τραγουδάει ένα μελαγχολικό τραγούδι, αδιαφορώντας τελείως για το αγαπημένο του τραγούδι. Λόγω του βαθμού δυσκολίας της άσκησης ο ασθενής εμφάνισε κάποιες έντονες συμπεριφορές. Άρχισε να πετάει ότι αντικείμενα υπήρχαν μπροστά του και να χρησιμοποιεί υβριστικό λόγο απέναντι σε εμάς και τη λογοθεραπεύτρια. Ο στόχος αυτής της συνεδρίας δεν πραγματοποιήθηκε με επιτυχία.

8^η Συνεδρία:

Σε αυτή τη συνάντηση με τον ασθενή, ο σκοπός παρέμενε ίδιος με την 7^η συνεδρία. Ήταν η προσπάθεια διαχείρισης των αρνητικών σκέψεων/ ψευδαισθήσεων του Κ. μέσω της μουσικοθεραπείας. Θα παρουσιάζονται δηλαδή καρτέλες, που θα του διεγείρουν αρνητικές καταστάσεις. Κάθε φορά που ο Κ. εμφανίζει κρίσεις και αναστάτωση, θα παίζει αμέσως ένα από τα αγαπημένα του τραγούδια. Αυτή τη φορά ο Κ. αποδείχτηκε πιο ήρεμος και πιο συνεργάσιμος στη θεραπεία. Κάθε φορά που έβλεπε μια καρτέλα τα μάτια του βούρκωναν, ωστόσο η προσοχή του επικεντρωνόταν στο τραγούδι και μπορούσε εύκολα να μεταβεί σε μια πιο αρμονική κατάσταση.

9^η Συνεδρία:

Σκοπός αυτής της συνεδρίας ήταν η ενδυνάμωση της μνήμης και οι μυολειτουργικές ασκήσεις. Λόγω του ότι, ο ασθενής έδειξε μεγάλη βελτίωση στις θεραπευτικές συνεδρίες των λογοθεραπευτριών του νοσοκομείου, του αφαίρεσαν το ρινογαστρικό σωλήνα Levin, έτσι ώστε να τρέφεται κανονικά μόνο με αλεσμένες τροφές. Στην συνέχεια, παρουσιάσαμε 4 εικόνες από την Πινακωτή 2 (μαξιλάρι, πεταλούδα, πορτοκάλι, βιβλίο) στον ασθενή, τις οποίες και επαναλάβαμε 4 φορές για να τις θυμάται. Στην πορεία, τις τέσσερις αυτές εικόνες, τις ανακατέψαμε μαζί με άλλες μη σχετικές εικόνες. Η εντολή προς τον ασθενή ήταν *«Θέλω να μου δείξεις από τις παρακάτω εικόνες που θα σου δείχνω, ποιές εικόνες είχαμε πει ότι πρέπει να θυμάστε. Στο τέλος, όταν τις βρείτε θα μου τις πείτε μια – μια»*. Σκοπός της άσκησης είναι να δούμε πόσες εικόνες είναι ικανός ο ασθενής να θυμάται και αν αυτό συμβαδίζει με το φυσιολογικό επίπεδο. Αρχικά, ο ασθενής δυσκολεύτηκε αρκετά, από τις 4 εικόνες μπόρεσε να θυμηθεί τις 2 εικόνες (πεταλούδα, μαξιλάρι). Μετά την ολοκλήρωση της άσκησης, αλλάξαμε τις εικόνες και βάλαμε άλλες 4 καινούργιες εικόνες (καρέκλα, μολύβι, λάμπα, δέντρο). Ο Κ. τα πήγε αρκετά καλά αφού μπόρεσε να βρει τις τρεις από τις τέσσερις εικόνες. Όταν προσπαθήσαμε να κάνουμε ακόμη μια φορά την άσκηση, ο ασθενής δήλωσε ότι κουράστηκε και δεν έκανε υπομονή μέχρι να ολοκληρώσουμε την συνεδρία, με αποτέλεσμα την άμεση διακοπή της συνεδρίας, λόγω του ότι άρχισε να εκνευρίζεται και να χρησιμοποιεί υβριστικό λόγο.

10^η Συνεδρία:

Ο σκοπός της συνεδρίας παραμένει ίδιος με την προηγούμενη συνεδρία για την ενδυνάμωση της μνήμης. Δείχνουμε στον ασθενή ένα πίνακα με αριθμούς από το 0 μέχρι το 9. Κάτω από κάθε αριθμό γράφει μια λέξη π.χ. στον αριθμό 0 γράφει αυγό.

0	1	2	3	4	5
ΑΥΓΟ	ΚΕΡΙ	ΠΑΠΑ	ΠΟΥΛΙ	ΚΑΡΑΒΙ	ΣΚΥΛΟΣ
6	7	8	9		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ	ΚΟΥΡΤΙΝΑ	ΠΡΟΥΝΙ	ΜΠΑΛΟΝΙ		

Δίνουμε την εξής οδηγία στον ασθενή : *«Κοιτάζτε προσεχτικά τους αριθμούς με ποιές λέξεις αντιστοιχούν. Πάρτε όσο χρόνο θέλετε. Στην συνέχεια θα σας κάνω ερωτήσεις στις οποίες πρέπει να μου απαντήσετε, με βάση τον πίνακα, χωρίς να τον βλέπετε.»*

Ερωτήσεις: 1. Ποιος αριθμός αντιστοιχεί στο καράβι;

2. Ο αριθμός 9 ποια λέξη είχε;

3. Ποιός αριθμός αντιστοιχεί στο τηλέφωνο;

4. Ο αριθμός 1 ποια λέξη είχε;

Ο ασθενής μπόρεσε να απαντήσει στην πρώτη και στην τέταρτη ερώτηση. Ο Κ. μπόρεσε να θυμηθεί μόνο τους πρώτους 4 αριθμούς με τις λέξεις τους. Λόγω του βαθμού δυσκολίας που είχε ο ασθενής μειώσαμε τους αριθμούς και χρησιμοποιήσαμε από το 4 μέχρι το 9. Ο ασθενής με μεγάλη προσπάθεια τα κατάφερε και η συνεδρία κύλισε ομαλά και με επιτυχία.

11^η Συνεδρία:

Σκοπός αυτής της συνεδρίας ήταν να διατηρήσει μια ακριβή αντίληψη για τις μέρες της εβδομάδας και τους μήνες. Δυστυχώς η συνεδρία ακυρώθηκε, διότι ο ασθενής το προηγούμενο βράδυ θέλησε να φάει μέλι και οι συγγενείς του τον τάισαν, με αποτέλεσμα να έχει τάσεις πνιγμού και δυσκολία στον λόγο και στην κατάποση. Την

επόμενη μέρα ο ασθενής έπρεπε να κάνει τις ανάλογες εξετάσεις. Ο ασθενής λόγω του τραύματος που βίωσε εκείνο το βράδυ πίστεψε ότι θέλουν να τον σκοτώσουν και δεν έτρωγε, ως αποτέλεσμα να γίνει ξανά η σίτιση με ρινογαστρικό σωλήνα Levin.

12^η Συνεδρία:

Σκοπός της συνεδρίας είναι ο ίδιος με την προηγούμενη φορά, αφού δεν πραγματοποιήθηκε. Επιλέγουμε γεγονότα που εμφανίζονται κατά την διάρκεια της εβδομάδας για να χρησιμοποιηθούν ως δείκτες υπολογισμού των ημερών. π.χ. Χθες είχαμε την κλήρωση του Λόττο. Το Λόττο είναι κάθε Κυριακή. Άρα σήμερα ποια μέρα είναι;. Ο ασθενής αρχικά είχε μια δυσκολία, αλλά στην πορεία της συνεδρίας τα πήγε αρκετά καλά. Το δεύτερο μέρος της θεραπείας ήταν οι μήνες, άρχισε ο ασθενής να διαταράσσεται ψυχολογικά, λόγω των φαρμάκων που παίρνει. Ο ασθενής άρχισε να μην συνεργάζεται και να φωνάζει "*Φύγε από δω, δεν θέλω να σε ξανά δω μπροστά μου*" και να χρησιμοποιεί υβριστικό λόγο "*Αϊ στο διάολο να πας, φύγε σου λέω.*" Αναγκαστήκαμε να λήξουμε την συνεδρία. Η συνεδρία πήγε μερικώς καλά.

13^η Συνεδρία:

Σε αυτή τη συνάντηση είχαμε ως σκοπό να εξετάσουμε την μνήμη και τον οπτικοπροσανατολισμό του ασθενή. Ο ασθενής με το ξεκίνημα της θεραπείας ήταν πολύ αρνητικός και δεν ήταν σε θέση να συνεργαστεί, ήθελε να μιλήσει για τα θέματα που τον απασχολούσαν. Έτσι, κάναμε μια εξαίρεση και ακούσαμε τον ασθενή, με την ελπίδα να συλλέξουμε κάποιες επιπρόσθετες πληροφορίες. Ο Κ. άρχισε να μας λέει ότι δεν είναι ευχαριστημένος από τη ζωή του και πως η ζωή είναι άδικη μαζί του στα τελευταία χρόνια. Στην πορεία, μας δήλωσε τι είδε στο όνειρο του "*Χθες βράδυ στο όνειρο μου είδα τον πονηρό, ήρθε ο πονηρός να με πάρει, έσκασα εγώ.*" Μας ανέφερε, ότι εδώ και λίγο καιρό βλέπει πολύ άσχημα και κακά όνειρα, ότι θέλουν να του κάνουν ζημιά, ακόμη και να τον σκοτώσουν. Γενικώς έχει την ιδέα ότι κάποιος άλλος θέλουν να τον σκοτώσουν. Αναφέρει ακόμη και την γυναίκα του ως ένα περιστατικό που είχε συμβεί "*και η γυναίκα μου θέλει να με σκοτώσει, με ταΐζει μέλι και μια φορά έβαλε δηλητήριο στο ρύζι, αλλά πάλι καλά εγώ το έφτυσα*". Όχι πολύ αργότερα, άρχισε να αναστατώνεται ο ασθενής και να μιλάει μόνος του "*Φύγε σου*

είπα, μην μου μιλάτε". Γνωρίζοντας, ότι του αρέσει πολύ η μουσική, του βάλουμε κάποια τραγούδια και άρχισε να τραγουδάει. Στο τέλος ήταν πολύ χαρούμενος και δεν θυμόταν τίποτα από τα προηγούμενα γεγονότα.

14^η Συνεδρία:

Σκοπός της συνεδρίας ήταν να διατηρήσει μια ακριβή αντίληψη για τις μέρες της εβδομάδας και τους μήνες. Αρχίσαμε ερωτήσεις του τύπου: "*Τι μέρα είναι σήμερα;*" Ο ασθενής απάντησε σωστά "*Τρίτη*". Για επιβεβαίωση τον ρωτήσαμε "*Τι μέρα έχουμε αύριο;*", ο ασθενής απάντησε ορθά "*Τετάρτη*". Έτσι πήγαμε κατευθείαν στους μήνες. Δώσαμε στον ασθενή 12 μικρές καρτέλες που έγραφαν τους μήνες και ένα μεγάλο κυκλικό χαρτόνι χωρισμένο στα τέσσερα ανάλογα με τις εποχές. Ξεκινώντας με τον μήνα που είχαμε (Ιούνιο) ο ασθενής έπρεπε να διαβάζει τον κάθε μήνα και να τον τοποθετεί ανάλογα με την εποχή που είναι ο κάθε μήνας. Με τη πρώτη δοκιμή ο ασθενής δεν τα πήγε και πολύ καλά, ενώ με την δεύτερη και την τρίτη τα πήγε εξαιρετικά. Προς το τέλος της συνεδρίας ο Κ. άρχισε να κουράζεται και να διεγείρεται ψυχολογικά, και έτσι αποφασίσαμε να βάλουμε μερικά τραγούδια που του άρεσαν για να ηρεμήσει.

15^η Συνεδρία:

Σκοπός της συνεδρίας αυτής είναι η βελτίωση της ικανότητας στην εύρεση λέξεων και ικανότητα λεκτικής κατηγοριοποίησης. Χορηγήσαμε στον ασθενή συγκριτικές ασκήσεις κατονομασίας παρουσιάζοντας 4 αντικείμενα (ρολόι, μαχαίρι, καλαμάκι, χαρτί). Στην συνέχεια τον ρωτήσαμε "*Τι είναι αυτό; Δώσε μια περιγραφή για την χρήση του αντικειμένου.*" Ο ασθενής στην κατονομασία τα πήγε άριστα, ενώ με την περιγραφή της χρήσης των αντικειμένων αρκετά καλά. Στο δεύτερο μέρος της συνεδρίας μας, δώσαμε μία κατηγορία (π.χ. ζώα) και του ζητήσαμε να μας κατονομάσει όσα περισσότερα ζώα μπορεί. Τα ζώα που μας είπε ήταν κυρίως τα ζώα της φάρμας και άρχισε να μας λέει ιστορίες από το χωριό του. Η συνεδρία έληξε με ευχάριστο τρόπο και με την συνεργασία του ασθενή.

Σε αυτό το σημείο θα θέλαμε να ενημερώσουμε πως λόγω του ότι ο ασθενής θα έπαιρνε εξιτήριο από το νοσοκομείο, οι θεραπευτικές συνεδρίες έπρεπε να λάβουν τέλος.

4.5 Αποτελέσματα θεραπευτικής παρέμβασης

Λόγω της διακοπής των συνεδριών οι στόχοι δεν πραγματοποιήθηκαν με απόλυτη επιτυχία. Σύμφωνα και με τα λεγόμενα των θεραπειών ο κύριος Κ. ανά τακτά διαστήματα έκανε παλινδρομήσεις τόσο στον ψυχολογικό όσο και στο γνωστικό τομέα. Πρόκειται για ένα περιστατικό με διαταραχές διάθεσης οι οποίες δυσκόλευαν τη θετική πορεία της θεραπευτικής παρέμβασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις συνήθως προέρχονται από κάποιο χτύπημα ή από κάποιον τραυματισμό στην περιοχή του κεφαλιού. Όταν για κάποιον λόγο χτυπήσει κάποιος το κεφάλι του τότε συνήθως τραυματίζεται και ο εγκέφαλος, αφού ο εγκέφαλος ακολουθεί την πορεία του κεφαλιού και κινείται μέσα στο κρανίο. Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση διαπιστώνεται συνήθως με αξονική ή μαγνητική τομογραφία και ανάλογα με το σημείο και με τη σοβαρότητα της κάκωσης μπορεί να αντιμετωπιστεί άλλοτε με φάρμακα και άλλοτε με χειρουργείο.

Οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις διακρίνονται ανάλογα με το μηχανισμό της κάκωσης σε κλειστές και διατιτραίνουσες. Ανάλογα με τη βαρύτητά τους μπορούν να χωριστούν από ήπιες μέχρι και σοβαρές και αυτό είναι το πρώτο πράγμα που πρέπει να προσπαθήσει να διαπιστώσει ο γιατρός, να δει δηλαδή το επίπεδο συνειδήσεως που έχει ο ασθενής. Ανάλογα με το πόσο σοβαρή είναι μία κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να προκαλέσει από απώλεια συνείδησης ή μνήμης μέχρι και νευρολογική βλάβη.

Μία κρανιοεγκεφαλική κάκωση μπορεί να προκαλέσει κινητικές διαταραχές, γνωστικές διαταραχές, πάρεση κρανιοεγκεφαλικών νεύρων, διαταραχές του λόγου, διαταραχές κατάποσης και ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές. Οι περισσότερες κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις προκαλούνται από τροχαία ή εργατικά ατυχήματα, από τη σωματική βία μέχρι και τον αθλητισμό. Επίσης, οι καταχρήσεις ουσιών ή αλκοόλ μπορεί να συμβάλουν στο να πάθει κάποιος μια κρανιοεγκεφαλική κάκωση. Τα άτομα που έχουν πάθει μία κρανιοεγκεφαλική κάκωση πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικά γιατί αυξάνεται η πιθανότητα κρανιοεγκεφαλικής κάκωσης κατά τρεις φορές.

Η ψυχική υγεία είναι πολύ σημαντική και είναι η κατάσταση όπου το άτομο ζει μέσα στην κοινότητα και ικανοποιείται από τα προσωπικά του επιτεύγματα. Η ψυχική ασθένεια είναι ένα μοτίβο σκέψης ή συμπεριφοράς ή ένα είδος ανωμαλίας που έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία πόνου ή ανικανότητας. Υπάρχουν πολλές

μορφές ψυχικών διαταραχών, όπως οι διαταραχές συμπεριφοράς, οι διαταραχές διάθεσης, οι διαταραχές προσωπικότητας, η σχιζοφρένεια και οι ψυχωτικές διαταραχές.

Η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών μπορεί να είναι είτε συμπεριφορική, είτε φαρμακευτική. Η συμπεριφορική ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται κυρίως για να αλλάξει συμπεριφορές και αντιλήψεις που σχετίζονται με ψυχικές διαταραχές. Η πιο κοινή όμως θεραπεία που σχετίζεται με τις ψυχικές διαταραχές είναι η φαρμακευτική θεραπεία. Τα πιο κοινά φάρμακα που χρησιμοποιούνται ανάλογα βέβαια και με την περίπτωση είναι τα αγχολυτικά. Η φαρμακευτική αγωγή καθώς και η διάρκειά της, ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή και καθορίζεται με βάση τη μορφή της ασθένειάς, με τα συμπτώματα, με το χρονικό διάστημα που έχει τη διαταραχή αυτή καθώς και με την πιθανή παρουσία άλλων νοσημάτων.

Εκτός από τις δύο αυτές μορφές θεραπείας, υπάρχουν κι άλλες όπως για παράδειγμα η ηλεκτροσπασμοθεραπεία και η ψυχο-χειρουργική, η οποία όμως είναι ακόμα σε πειραματικό στάδιο.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- American Academy of Pediatrics, (2001), Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries—Technical Report, Pediatrics. 108 (1).
- American Psychiatric Association, (2000), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J., & Merikangas, K., (1997), The depressive spectrum: Diagnostic classification and course, Journal of Affective Disorders, 45(1-2), 31-40.
- Alonso J, et al., (2004), Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project. Acta Psychiatr Scand. 109 (suppl 420):21–27.
- Barr, R.M., Gean, A.D., (2007), TH le. Craniofacial trauma. In Brant WE, Helms CA. Fundamentals of Diagnostic Radiology, Philadelphia.
- Berger, H., (1999), Health Promotion - A Change in the Paradigms of Psychiatry. In: Berger, H., K. Krajic, R. Paul (Hrsg.): Health Promoting Hospitals in Practice: Developing Projects and Networks. Conrad, Gamburg.
- Bhugra D, Hilwig M, Hosein I., (1996), Incidence rate and one-year follow-up of first contact schizophrenia in Trinidad, British Journal of Psychiatry, pp. 169.
- Brookshire, R. H., (2003), Introduction to Neurogenic Communication Disorders. USA: Mosby.
- Blackburn, J.M., Eunson, K.M., & Bishop, S., (1986), A two-year naturalistic Follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, each alone and in combination, British Journal of Psychiatry, 139, 181-189.

- Capaldi, D.M & Patterson,G.R., (1994), Interrelated in fluences of contextual factors on antisocial behavior in childhood and adolescence for males. In D. C. Fowles, P. Sutker & S.H. Goodman, Progress in experimental personality and psychopathology research (pp.165-198), New York: Springer.
- Derksen, J., (1995), Personality Disorders: Clinical and Social Perspectives, New York: Willey.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (2000), (4th Edition, Text Revision), Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Dozois, D.A., & Dobson, K.S., (2004), The prevention of anxiety and depression: Introduction. In D.J. Dozois & K.S. Dobson (Eds.), The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice (pp. 1-6), Washington, DC: American Psychological Association.
- Elkin, O., (1999), Introduction to clinical psychiatry, USA: Appleton n' Lange (1 st Edition).
- Gazzaniga, M.S., Heatherton, T.F., (2006), Psychological Science, New York, W.W. Norton & Company.
- Golightley, M., (2004), Social work and Mental Health Learning Matters, UK Times, UK.
- Ghajar, J., (2000), Traumatic brain injury. Lancet 356.
- Gillis, R. J., (1996), Traumatic Brain Injury Rehabilitation for Speech-Language Pathologists, Boston: Butterworth – Heinemann.
- Guilmette, T., (1998), Pocket Guide to Brain Injury Cognitive and Neurobehavioral Rehabilitation, London: Singular Publishing.
- Greenberg, J., (1996), Comprehensive stress management Dubuque, IA: Brown & Benchmark Publishers.

- Hardman, JM., Manoukian, A., (2002), Pathology of head trauma, *Neuroimaging Clinics of North America* 12.
- Horwitz, A.V., (2001), *Creating Mental Illness*, University of Chicago Press, Chicago.
- Ingram, R.E., & Scott, W.D., (1992), Cognitive behavior therapy. In: Bellack, A.S., Hersen, M. & Kazdin, A. (Hg.) *International handbook of behavior modification and therapy*, New York: Plenum.
- *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, (1992), 10th revision. (ICD-10), Geneva: World Health Organization.
- Kennett, J., (2007), Mental Disorder, Moral Agency, and the Self in *Oxford Handbook of Bioethics*, edited by B. Steinbock, Oxford University Press, New York.
- Kendler, K., J. Parnas, (2008), *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, MD.
- Landers, D., & Arent S., (2007), Physical activity and mental health. In G. Tenenbaum, & R. Eclund (Eds.), *Handbook of sport psychology* (469-471), New Jersey. Jon Wiley& Sons, Inc.
- Lieb R et al., (2005), The epidemiology of generalised anxiety disorder in Europe, *Euro Neuropsychopharm.* 15:445–452.
- Mashour, G.A., Walker, E. E., Martuza, R. L., (2005), Psychosurgery: Past, present, and future, *Brain Research Reviews* 48 (3): pp 409–419.
- Miller, C., (2010), Pentagon Told Congress It's Studying Brain-Damage Therapy. *ProPublica*, and Daniel Zwerdling.
- Mishra, A., Mohanty, S., (2001), Contre-coup extradural haematoma: A short report, *Neurology India* 49.

- National Institute of Mental Health. Schizophrenia, (2016), Διαθέσιμο στο: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia-booklet/nih-15-3517_151858.pdf, πρόσβαση στις 28/6/2017. (ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ).
- Oliveira, C.M., Costa, S.P., Costa, L.C., Pinheiro, S.M., Lacerda, G.A., & Kubrusly, M., (2012), Depression in dialysis patients and its association with nutritional markers and quality of life. *J Nephrol*, 25, 954-961.
- Pickering, N., (2003), The Likeness Argument and the Reality of Mental Illness, *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 10: 243–254.
- Seidenwurm, (2007), Introduction to brain imaging. In Brant WE, Helms CA.
- Smith, DH., Meaney, DF., Shull, WH., (2003), Diffuse axonal injury in head trauma, *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 18.
- Stylianidis S., Chondros P., (2011), Crise économique, crise de la réforme psychiatrique en Grèce: indice de déficit démocratique en Europe?, *L'Information Psychiatrique*, 87:625-627.
- Tanner, D. C., (2003), *Exploring Communication Disorders: A 21st Century Introduction Through Literature and Media*, USA: Pearson Education.
- Tomson, L., Pangranzi, R., Friedman, G., & Hutsison, N., (2003), Childhood depressive symptoms, physical activity and health related fitness, *Journal of sport and exercise psychology*, 25, 419-439.
- Theofilou, P., (2011), Depression and anxiety in patients with chronic renal failure: the effect of sociodemographic characteristics. *Int J Nephrol*.
- Trimble, M., (2002), *Uncommon psychiatric syndromes*, 4th edition, *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 73 (2): pp 211–220.
- Walker, H.M., (1997), *The acting out child Coping with classroom disruption*, Longmont, CO: Sopris West.

- Winston, A. P., (2005), Neuropsychiatric effects of caffeine, *Advances in Psychiatric Treatment* 11 (6): pp 432–439.
- Wolfgang Bigenzahn, W. & Doris Denk, M., (1996), *Oropharyngeale Dysphagien Atiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Zink, BJ., (2001), Traumatic brain injury outcome: Concepts for emergency car. *Annals of Emergency Medicine* 37.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adams, D., Raymond, Victor Maurice, Ropper, H. Allan, (2001), *Αρχές Νευρολογίας*. Μετάφραση. Ι., Ευδοκίμιδης, Β., Ζής, Ν., Καλφάκης, Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
- Albyn Davis, G., (2011), *Αφασιολογία Διαταραχές και κλινική πρακτική*. (Επιμ: Γρηγόριος Νάσιος), Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Αντωνίου, Α.-Στ., (1977), *Εργασιακό Στρες, τόμος α΄*, Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Βασιλόπουλος, Δ., (2003), *Νευρολογία. Επιτομή θεωρίας και πράξης*, Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδη.
- Γαλανού, Γ., (1977)., *Το Άγχος*, Αθήνα: Εκδόσεις Μπουκουμάνη.
- Γουλμάρη, (2011), *Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις*, Ακτινολογικό Τμήμα Γ.Ν. Ξάνθης.

- Cemen, P., (1989), Το άγχος για τα μαθηματικά, Αθήνα: Εκδόσεις Παρουσία.
- Γκοτζαμάνης, Κ., (1996), Διαγνωστικά κριτήρια DSM-IVTM, Αθήνα: Εκδόσεις Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Δερεδάκης Ν., (2010), Το άγχος και οι διαταραχές του στα παιδιά, Επιστημονικό βήμα, τεύχος 12, Ιανουάριος.
- Duffy, J., (2012), Νευρογενείς Κινητικές Διαταραχές Ομιλίας. Υποστρώματα, Διαφορική Διάγνωση & Αντιμετώπιση, (Επιμ: Γρηγόριος Νάσιος, Μαρία Ιγνατίου), Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης.
- Διήμερο Πρακτικό Σεμινάριο Δυσφαγίας, Κέντρο Φωνής & Κατάποσης Αθηνών, (2012), Διάγνωση & Παρέμβαση Δυσφαγίας Ενηλίκων & Υπερηλίκων, Ιωάννινα (18-19 Μαΐου 2012).
- Ευθυμίου, Κ., (2002), Εφαρμογή της συμπεριφοριστικής - γνωσιακής ψυχοθεραπείας στην κατάθλιψη, Αθήνα: Εκδόσεις Ινστιτούτο Έρευνας & Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Ευθυμίου, Κ., & Ψωμά, Μ., (2012), Το γνωσιακό - συμπεριφορικό πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας της κατάθλιψης του Lewinsohn: Δομή, Εφαρμογή και Αποτελεσματικότητα του προγράμματος, Εγκέφαλος, 49, 60-66.
- Ευσταθίου, Γ., (2005), Διαταραχές Προσωπικότητας. Σημειώσεις για το 2ο έτος, Εκδόσεις του Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Ενημέρωση για τη σχιζοφρένεια, Πρόγραμμα κατά του στίγματος της ψυχικής ασθένειας. Διαθέσιμο στο: <http://www.epipsi.gr/pdf/PANTON/SXIZOFRENIA.pdf>.
- Gilbert, P., (1999), Ξεπερνώντας την Κατάθλιψη - Ένας Οδηγός Αυτοβοήθειας με Γνωστικές - Συμπεριφορικές Τεχνικές, Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

- Herbet, M., (1994), Ψυχολογικά προβλήματα εφηβικής ηλικίας, β' έκδοση, Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή - Αζίζι, Α., & Δέγλερης Ν., (1992), Θέματα ψυχοθεραπείας της συμπεριφοράς, Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Καλαντζή - Αζίζι, Α., (1999), Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Kathryn M. Yorkston, David R. Beukelman, Edythe A. Strand, Kathleen R. Bell, (2006), Θεραπευτική παρέμβαση νευρογενών κινητικών διαταραχών ομιλίας σε παιδιά και ενήλικες, Μετάφραση: Μαρία Καμπανάρου, Αθήνα: Εκδόσεις Ελλήν.
- Κάττουλας, Ε.Ν., (2011), Το άγχος ως φυσιολογικό βίωμα. Το άγχος ως σύμπτωμα. Αγχώδεις διαταραχές και διαταραχή πανικού. Ψυχική υγεία. Σύγχρονες προσεγγίσεις- προβληματισμοί. Επιστήμης κοινωνία. Ειδικές μορφωτικές εκδηλώσεις.
- Λιοδάκης, Α., Φαλελάκης Γ., Γιαννουλόπουλος Γ., (2006), Το ταξίδι της Τρέλας- Μαρτυρίες, Κοινωνία & ψυχική υγεία, Επιτροπή Ερευνών Α.Π.Θ.
- Murdoch, B., (2008), Προβλήματα λόγου & ομιλίας, Αθήνα: Εκδόσεις Ελλήν.
- Μάνου, Ν., (1997), Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις University Studio Press.
- Μαθιουδάκης Δ., (2011), Ο παράγοντας άγχους μέσα από την προσέγγιση του γνωστικού αντικειμένου της συμπεριφοράς καταναλωτή, μια εμπειρική περίπτωση μελέτης του βαθμού επίδρασης με την χρήση της κλίμακας κοινωνικής αναπροσαρμογής, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο.
- Μεγαλοοικονόμου, Θ., Λερίδου, Α., Μοναχού, Μ., (2011), Η πολιτισμική διάσταση της ψυχικής υγείας και του ψυχικού πόνου, Ελευθεριακός κόσμος, 4 Μαΐου, Αθήνα.

- Μπούρας, Ν., (2014), Η κοινωνική διάσταση της ψυχικής υγείας, King 's college, London Founded 1829, Insitute of Psychiatry, 9ο Παμπελοποννησιακό Ιατρικό Συνέδριο, Πάτρα.
- Μποβιάτσης, Ε., (2009), Κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις: διάγνωση και επείγουσα αντιμετώπιση. Διαθέσιμο στο: <https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/MED742/%CE%9A%CE%95%CE%9A%20%CE%9C%CF%80%CE%BF%CE%B2%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%83%CE%B7%CF%82.pdf>, πρόσβαση στις 13/5/2017 (ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ).
- Οικονόμου-Λαλιώτη, Μ., (2013), Το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας, ΕΠΨΥ, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, Αθήνα.
- Οικονόμου, Φ., (1994), Ψυχιατρική μετά στοιχείων ψυχολογίας (στ' εκδ.), Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Πολάκη, Ο., Σκαπινάκης, Π., Νιάκας, Δ., (2007), Η σχέση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 24 (3), 224-231.
- Pilgrim D., Rogers A., (2010), Κοινωνιολογία της Ψυχικής Υγείας και Ασθένειας, Ελληνική Έκδοση Δαρδανός.
- Ραγιά, Α., (1993), Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας Ψυχιατρική Νοσηλευτική, Αθήνα.
- Salkovskis, P., (1995), Γνωσιακή θεραπεία για το άγχος και την κατάθλιψη. Στο: Θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας (επιμ. Γ. Μπουλούγαρης), Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Spielberger, C., (1982), Άγχος – Στρες (μετάφραση: Κωστόπουλος Ιωάννης), Αθήνα: Εκδόσεις Ψυχογιός.
- Σταμάτης, Β., Κονίδου, Β., (2014), Στίγμα και Ψυχική Ασθένεια, Διάπλαση. Ψυχολόγος M.Sc. – Νοσηλεύτης, Επιστημονικός Υπεύθυνος Ε.ΣΥ.Ψ.Υ.Π.Ο.

- Σολδάτος, Κ., (1984), Ψυχολογική αντίδραση στη σωματική αρρώστια. Εισήγηση στη διαιτηρική συζήτηση Ψυχολογικά και Ψυχιατρικά προβλήματα στο Γενικό Νοσοκομείο, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 1, 280-284.
- ΣΟΨΥ- Πανελλήνιος Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία, (2011), Μαθαίνοντας να ζούμε με τη διπολική διαταραχή: Συνοδευτικός οδηγός. Διαθέσιμο στο: http://www.iatronet.gr/sopsi/BiPolar_Book_GREEK_v8.pdf, πρόσβαση στις 21/6/ 2017. (ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ).
- Τσεμεντζής, Σ., (2007), Επείγοντα νευρολογικά και νευροχειρουργικά προβλήματα, Αθήνα : Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2011), ΨΥΧΑΡΓΩΣ Γ΄ (2011- 2020), Σχέδιο Αναθεώρησης του Προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩΣ, Νοέμβριος.
- Fuller, G, Manfotd, M. 2002, Νευρολογία, 3N. Καρφάκης, Αθήνα: Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.

