



ΕΝΩΣΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ
ΤΕΤΑΡΤΗ 15 ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΥ 2020



**Θέμα: «ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΒΑΡΕΟΣ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ
ΑΣΘΕΝΟΥΣ (νεαρός ενήλικας) ΣΤΗΝ Μ.Ε.Θ.,
«Γ.Ν.Α. Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ».
Αθήνα, 2020**

Δρ. ΔΗΜΗΤΡΑ ΣΙΟΥΣΙΟΥΡΑ

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ (Msc, PhD) & ΝΟΜΙΚΟΣ
Μ.Ε.Θ.1, Μ.Ε.Θ.2, Μ.Α.Φ., «Γ.Ν.Α. Ο
ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»**

Α' Πανεπιστημιακή Κλινική Εντατικής Θεραπείας

**Μέλος της Ελληνικής Εταιρείας Συστημικής Σκέψης
και Ψυχοθεραπείας Οικογένειας (ΕΕΣΣΚΕΨΟ)**

ΑΙΤΗΜΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ :

Ψυχολογική επιβάρυνση, λόγω των πολλών σωματικών του τραυμάτων. Ο ασθενής καθηλωμένος σε απομονωμένο δωμάτιο της Μ.Ε.Θ. και απολύτως εξαρτημένος από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Το βλέμμα του υπενθυμίζει ότι το ψυχικό του τραύμα είναι βαρύτερο από το σωματικό.

Ο ασθενής φαίνεται να **πενθεί** την απώλεια της υγείας του.

Ο Freud (1917) προσδίδει μία τέτοια προοπτική στο πένθος, ως εν γένει απώλεια, και το σκιαγραφεί ως **οδύνη**.

Η ψυχιατρική αναφέρεται σε **Ψυχοτραυματική Διαταραχή (PTSD)** (Αγγελόπουλος, 2009).

Η **πραγματικότητα** όμως περιγράφει την θεραπευτική στιγμή, που δέχομαι παραπεμπτικό από τον θεράποντα ιατρό, με συναίνεση του ασθενή.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ Μ.Ε.Θ.:

- **Διάρκεια: περίπου 1 έτους, σε σταθερή θεραπευτική σχέση**
- **Καθημερινά, με συμφωνία του ασθενή.**

Αρχικά, η επικοινωνία μας ήταν εξωλεκτική, υπήρχα δίπλα του, μόνο ως φυσική παρουσία, αλλά με πολύ συναίσθημα. Αυτό ήταν αρκετό για να νιώσει οικειότητα μαζί μου. Από εκείνη την θεραπευτική στιγμή, άρχισε να μου μιλά.

ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ :

- Σοκ & έντονη θλίψη για το τραύμα του. Ενίσχυση της συγκίνησης, όταν το επέτρεπε στον εαυτό του. Μπορούσε πια να κλαίει, ελεύθερα, χωρίς να φοβάται.
- Νίκη της ζωής, έναντι του θανάτου.
- Όνειρα & ύπνος: ανθρώπινη προσέγγιση στο περιβάλλον της Μ.Ε.Θ.
- Μετα-τραυματικές φοβίες:
« ..τινάζομαι από τους θορύβους, φοβάμαι και ξυπνάω».
«..δεν θέλω να ξαναπεράσω από το ίδιο σημείο...».
«..δεν μπορώ ακόμη να βγω σε κόσμο..».
«..να πω τί ονειρεύτηκα: έβγαινα από ένα κλειστό ορθογώνιο χώρο εγώ και ο διπλανός μου, όπου τον σπάσαμε και βγήκαμε έξω, γιατί ήταν χάρτινος...μετά έτρεχα κανονικά..η αδελφή μου είπε ότι εκείνη την στιγμή κουνούσα και τα πόδια μου».

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΘΑΛΑΜΟ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ:

- **Διάρκεια: περίπου 1 έτους, σε σταθερή θεραπευτική σχέση**
- **Εβδομαδιαία, με συμφωνία του ασθενή**

ΘΕΜΑΤΑ ΣΥΝΕΔΡΙΩΝ :

Επαφή με την σωματική του πραγματικότητα (έχει επίγνωση ότι δεν μπορεί να περπατήσει, όπως και ότι έχασε την όραση από το ένα μάτι).

Αναλυτική περιγραφή για τον σωματικό του πόνο (reality testing).

Τραύμα και αυτο-θεραπεία: έγιναν συνδέσεις της μοναξιάς που βίωσε στην Μ.Ε.Θ, με χαρακτηριστικές αλλαγές, που ήθελε να συμβούν,

«παρά ήμουν καλός σε όλους... έδινα σημασία σε ασήμαντα.. τώρα, γνώρισα τα σημαντικά». Η χρήση του λόγου και η επαφή του με την λογοτεχνία είναι τα αγαπημένα του... όμως, το οικογενειακό του περιβάλλον δεν μπορούσε να τα υποστηρίξει,

«..τώρα όμως όλα άλλαξαν».

Η συναισθηματική εκτόνωση είναι επιτρεπτή. Η οικογένειά του είναι παρεμβατική ... έτσι, άρχισε να το αναγνωρίζει και να θυμώνει με όλους, ακόμη και με τους θεσμούς, «..δεν φτάνει που είμαι σε αυτό το κρεβάτι, πρέπει να βρίσκω, εγώ πάντα την λύση για να μην πονάω;». Η βαρύτητα της χρόνιας πια νόσου, σε συνδυασμό με τις προηγούμενες δυσκολίες του ασθενή με τους γονείς του, επέφεραν «εξάντληση» στις σχέσεις τους, που εκδηλωνόταν με θυμό, εκνευρισμό, επιθετικότητα προς όλους. Ενισχύθηκε όμως η απελευθέρωση αυτών των συναισθημάτων, προκειμένου να υπάρξει εκτόνωση, ίσως και στην καλύτερη εκδοχή εμπάθυνση στην εμπειρία της νόσου (Penn, 2001).

Βαρύτητα της νόσου και διαπροσωπικό στρες (Σιούσιουρα, 2012, Σιούσιουρα, 2016): οι βαρέως πάσχοντες συχνά βιώνουν στρες, εκφραζόμενο είτε με κοινωνική απόσυρση, λόγω του στίγματος της νόσου και της διαφορετικότητάς τους, είτε με « εξαρτητική / προσκολλητική » στάση στο ιατρικό προσωπικό και στα μέλη της οικογένειας.

Η Ψυχολογική προσέγγιση, ως Θεραπευτικό μέσο:

Έγινε προσπάθεια ενδυνάμωσης των υγιών στοιχείων/ εφεδρειών του: το νοητικό του δυναμικό και το ψυχικό του σθένος. Σαν να τον χτυπώ στην πλάτη και του λέω: «μπορείς, προχώρα..» ώστε να βοηθήσει και ο ίδιος, στην επούλωση των σωματικών του τραυμάτων. Την επόμενη ημέρα, συναίνεσε να πάρει αγωγή για τον νευροπαθητικό πόνο.

Αυτογνωσία και τραύμα: συνδέει την πρότερη ανικανοποίητη ζωή του με την ΜΕΤΑ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ ζωή του, «εάν υπάρχει όφελος, μετά από αυτό που μου συνέβη, θα είναι τέρμα η γκρίνια για τα ασήμαντα..».

«..με το πόδι μου έγινε θαύμα..κανονικά, δεν θα το είχα...».

«..θέλω να σταθώ στα δικά μου πόδια, αυτό έμεινε..».

«..κουνάμε τα πόδια, να στο δείξω..».

«..η μοναξιά της Μ.Ε.Θ., με άλλαξε ραγδαία..»

«..οι αόρατες πληγές πονάνε πιο πολύ, τις ψυχικές εννοώ..».

«..το σωματικό δεν μας ανήκει, κοίτα τι έπαθα... το ψυχικό όμως είναι λίγο στο χέρι μας».

«..αφού χαίρομαι, όταν έρχεστε και μιλάω πιο βαθιά.. άρα πέτυχε η σχέση μας».

**ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ ΣΕ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΠΑΤΡΙΚΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ (μητέρα και αδελφή),
κατά την νοσηλεία του ασθενή στην Μ.Ε.Θ.:**

- Οι συγγενείς συναίνεσαν σε σταθερή ημέρα και ώρα.
- Η ειδικός λειτούργησε ως «πρόσωπο-αρωγός».

Πρωταρχικά τους υποδέχθηκα και τους άκουσα σε ό,τι επιθυμούσαν, χωρίς επικρίσεις και ερμηνείες (Miller, 2009). Συχνά, στο μη-ειπωμένο, στις αντιστάσεις και στις ηχηρές σιωπές των θεραπευομένων, περικλείονταν οι απαντήσεις.

Στη συνέχεια, αφού άρχισε να εδραιώνεται εμπιστοσύνη, η δυναμική της θεραπευτικής σχέσης εξελισσόταν, με μόνο οδηγό (από την πλευρά μου): την θεραπευτική «ευελιξία», την άνευ όρων αποδοχή τους και την ανθρωπιά (Σιούσιουρα, 2012, Wolff, 1973). Ο τρόπος αντιμετώπισής τους ήταν ξεχωριστός και εξατομικευμένος για τον καθένα, ανάλογος των ιδιαιτεροτήτων τους, ψυχικών, μορφωτικών, πολιτισμικών.
Ο πατέρας δεν δέχθηκε να συμμετέχει.

Πριν την μετάβαση σε θάλαμο του συγγενή τους, η διεργασία συζήτησης του «τραύματος» ξεκίνησε. Έγιναν συνδέσεις με το τραυματικό γεγονός, κάτω από τους μηχανισμούς άμυνας της άρνησης και της απώθησης που εκδήλωναν («πώς συνέβη, γιατί σε εμάς;»), θυμός προς το προσωπικό για απλές νοσηλευτικές δράσεις, ενώ η υγεία του συγγενή τους ήταν σε οριακά σημεία!, προκλητική έλλειψη κατανόησης μεταξύ οικογένειας και προσωπικού, σε βαθμό ψυχολογικής εξάντλησης (του προσωπικού/burnout, Κούρτη και συν., 2011).

Αναλυτικά, οι συγγενείς διένυσαν τις ψυχολογικές διεργασίες των σταδίων του πένθους, υπό την έννοια της απώλειας της υγείας του ασθενούς. Δηλαδή, αρχικά, άρνηση της κλινικής του κατάστασης. Κατόπιν θυμός, ταυτόσημος με την αδικία που τους έτυχε, εκφρασμένος προς όλους, ακόμη και προς το σύστημα. Στη συνέχεια, καταθλιπτική διάθεση για μεγάλο διάστημα της ημέρας, που η εν λόγω παρέμβαση, στόχευσε. Έτσι, δόθηκαν εξατομικευμένα ραντεβού σε όποιο μέλος, το επιθυμούσε, για περαιτέρω προσωπικές διεργασίες. Στόχος: να αρχίσουν διεργασίες αποδοχής της νέας πραγματικότητας του ασθενή, μετά το τραύμα.

Η Μ.Ε.Θ. έδωσε τέτοιες «ευκαιρίες», / δοκιμασίες και στον ασθενή και στους συγγενείς του. Υπό την έννοια ότι και ο ασθενής έφτασε σε οριακά σημεία είτε με το παραλήρημά του είτε με την απόσυρσή του, αλλά και οι συγγενείς του βίωναν παράλληλα διπλή δοκιμασία (δηλαδή, στο σωματικό τραύμα, επικάθησε στην προκείμενη περίπτωση, και το ψυχολογικό/ ψυχιατρικό, που ο ασθενής διένυσε).

Στον θάλαμο, ζητούσαν οι ίδιοι ραντεβού, όποτε το είχαν ανάγκη. Γνώριζαν πια ότι υπήρχε για αυτούς χώρος και χρόνος για ψυχολογική υποστήριξη.
«..πόσο καλά ήμασταν πριν και δεν το ξέραμε!».
«..η ευτυχία για μας είναι πια επιλογή».

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

- Αντιμετώπιση του ασθενούς ως ψυχοσωματική ολότητα με μοναδικές και εξατομικευμένες ανάγκες.
- Ενίσχυση της Θεραπευτικής Ομάδας, με συμμετοχή όλων των ειδικοτήτων ώστε αφενός να κατανοηθούν οι ξεχωριστές ανάγκες του ασθενή και αφετέρου να υπάρξει μια εσωτερική εποπτεία, μεταξύ των θεραπόντων για να αντιμετωπιστούν και οι δικές τους αντιστάσεις στην αλληλεπίδραση ψυχής-σώματος. Ο στόχος διττός: α. να προκύψει αποτελεσματικός θεραπευτικός σχεδιασμός για τον συγκεκριμένο ασθενή, χωρίς να παραγνωριστεί η ποιότητα ζωής του και β. η ανθρώπινη ιατρική σχέση, ως προϋπόθεση συμμόρφωσης στην προτεινόμενη θεραπεία.
- Οι βαρέως σωματικά πάσχοντες θεωρούνται «δύσκολοι ασθενείς», γιατί το μόνο ενδιαφέρον τους είναι: η αποκατάσταση της σωματικής τους υγείας που συχνά δεν επιτυγχάνεται, όπως θα ήθελαν. Η διαχείριση αυτής της οδύνης ταυτόχρονα με την θλίψη που επιφέρει: είναι ένα θεραπευτικό ζητούμενο, που συχνά οδηγεί σε **μεταβολή της προσωπικότητας των ασθενών** (ICD-10 & DSM-IV). Συνήθως, επισυμβαίνει μετά από έντονο στρες/ τραύμα. Το κλειδί για να γίνει ομαλή η μετάβαση στην νέα κατάσταση: η ανθρωπιά των ειδικών. Είναι μια βαθιά ανάγκη των ανθρώπων που ασθενούν σωματικά, η οποία ανοίγει δρόμους.

Για αυτό, θα κλείσω με την τελευταία φράση (από τον πρόλογο του βιβλίου μου, της Στ. Γιαννίτση, Αν. Καθηγήτριας Ψυχιατρικής, Παν/ου Ιωαννίνων) από την ομιλία του ποιητή Γ. Σεφέρη, κατά την παραλαβή του Βραβείου Νομπέλ Λογοτεχνίας: «Σ' αυτόν τον κόσμο που ολοένα στενεύει, ο καθένας μας χρειάζεται όλους τους άλλους, πρέπει να αναζητήσουμε τον άνθρωπο όπου και αν βρίσκεται».

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

- Miller, 2009. Το Σώμα δεν Ψεύδεται ποτέ (Γ. Κουγιά Επιμ.). (Λ. Μαζαράκη Μεταφ.). Αθήνα: ΡΟΕΣ.
- Κούρτη, Μ. και συν. (2011). Οι συγκρούσεις μέσα στο χώρο της μονάδας Εντατικής Θεραπείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 28 (4): 555- 560.
- Σιούσιουρα, Δ.(2012). ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ1. Κλινικές Εφαρμογές. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.
- Σιούσιουρα, Δ. (2016). Πανικός ή Ενηλικίωση. Όψεις του ίδιου νομίσματος; ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα.
- Wolff, H. (1973). Psychotherapy: Its Place in Medical Management. Psychotherapy and Psychosomatics, 22: 243- 249.
- Αγγελόπουλος, Ν. (2009). Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία. Τόμος Β΄. ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις.
- Freud S. (1917). Mourning and melancholia. In: Standard edition of the complete psychological works of S. Freud. Vol. 14. Hogarth Press, London, 1947.
- Penn, P. (2001). Trauma, language, and writing: Breaking the silence. Family Process 40: 33- 52.