

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

- ΕΙΣΑΓΩΓΗ
- ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ Ή ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ
- ΟΡΙΣΜΟΣ
- ΤΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ
- ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΣΗ
- ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ
- Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ
- ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ
- ΔΙΑΓΝΩΣΗ
- ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ
- ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΠ
- ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΚΠ
- ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΟΙ ΜΕ ΤΗ ΣΚΠ
- ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΟΔΟΣΙΑ
- ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗΣ
- ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗ ΣΚΠ
- ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
- ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΟΥ ΒΟΗΘΑΝΕ ΣΤΗ ΣΚΠ
- ΣΤΟΧΟΙ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
- ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ
 - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΥΪΚΟΥ ΤΟΝΟΥ
 - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΥΪΚΗΣ ΔΥΝΑΜΗΣ
 - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ

- ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
- ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ
- ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ (FES)
- ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
- ΑΝΑΛΥΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΠΡΟΤΥΠΩΝ
- ΥΠΟΤΟΝΙΑ ΚΑΙ ΑΤΑΞΙΑ – (ΒΛΑΒΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΣΤΗΝ ΠΑΡΕΓΚΕΦΑΛΙΔΑ)
- ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΤΑΞΙΑ
- ΜΕΘΟΔΟΣ FRENKEL – ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ
- Η ΚΟΠΩΣΗ ΣΤΗ ΣΚΠ
- Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΣΚΠ
- ΝΕΥΡΟΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ – ΜΕΘΟΔΟΣ BOBATH
- ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ BOBATH
- ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΒΑΔΙΣΗΣ
- ΑΝΑΠΗΡΙΚΗ ΚΑΡΕΚΛΑ
- ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΠ
- ΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΚΠ
- ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΕΡΟ
- ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ
- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρ' όλη την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, υπάρχουν ακόμα κάποια νοσήματα, των οποίων η αιτιολογία, η διάγνωση και η θεραπεία, εξακολουθούν να αποτελούν πεδίο αδιάκοπης έρευνας. Τα περισσότερα μπορούν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής του ασθενούς και των οικείων του.

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας ή Πολλαπλή Σκλήρυνση είναι απ' αυτά.

Οι περισσότεροι έχουμε ακούσει για «Σκλήρυνση», αλλά αυτό που ξέρουμε συνήθως βασίζεται σε ότι έχουμε ακούσει απ' τα ΜΜΕ ή έχουμε διαβάσει στον τύπο ή βασίζεται ακόμη και σε αόριστη πληροφόρηση από κάποιον άλλο άνθρωπο που έχει Σκλήρυνση κατά πλάκας.

Πολλοί από αυτούς δεν ξέρουν τι ακριβώς πρέπει να ρωτήσουνε στο γιατρό τους για να μάθουνε και να καταλάβουνε τι είναι η «Σκλήρυνση» αλλά και για να μάθουνε να ζουν μ' αυτή.

Αυτή η «άγνοια» είναι από μόνη της τρομακτική.

ΟΡΙΣΜΟΣ:

Τι είναι η Σκλήρυνση κατά πλάκας;

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας ή αλλιώς πολλαπλή σκλήρυνση, είναι ένα χρόνια νευρολογικό νόσημα, το οποίο ανήκει στην κατηγορία των αυτοάνοσων νοσημάτων. Αυτό σημαίνει ότι το ανοσοποιητικό σύστημα του ασθενούς, το οποίο συνήθως επιτίθεται σε μικρόβια και ιούς, τώρα επιτίθεται εναντίον φυσιολογικών ιστών του σώματος.

Στη ΣΚΠ το ανοσοποιητικό σύστημα στρέφεται εναντίον ιστών του ΚΝΣ, στον εγκέφαλο και τον Νωτιαίο Μυελό.

Τα νεύρα του σώματός μας, περιβάλλονται από ένα λεπτό περίβλημα, το οποίο αποτελείται από «μυελίνη», μια ουσία που βοηθά στην προστασία των νεύρων καθώς και στη μετάδοση των νευρικών ώσεων.

Στη ΣΚΠ η επίθεση του ανοσοποιητικού συστήματος καταστρέφει αυτό το περίβλημα. Η διαδικασία καταστροφής της μυελίνης λέγεται «απομυελίνωση».

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα η διαδικασία μετάδοσης των πληροφοριών από και προς τον εγκέφαλο, δια μέσου των νεύρων να συναντά σημαντικές δυσκολίες.

Ο τύπος, η βαρύτητα και η πορεία της ΣΚΠ ποικίλουν ανάλογα με την εντόπιση των βλαβών στο νευρικό σύστημα και την έκταση της απομυελίνωσης.

Τι δεν είναι η ΣΚΠ;

- α) Η σκλήρυνση δεν είναι κληρονομική.
- β) Δεν είναι ψυχική ή νευρική διαταραχή.
- γ) Η σκλήρυνση δεν είναι μεταδοτική ασθένεια.

ΚΕΝΤΡΙΚΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο εγκέφαλος, μας μεταφράζει τα ερεθίσματα που προσλαμβάνουμε με τις αισθήσεις μας, μας δίνει εντολές για να κάνουμε τις διάφορες κινήσεις και για να αντιδρούμε στα ερεθίσματα των αισθητήριων οργάνων. Αύτη η δραστηριότητα του εγκεφάλου αποτελείται από μια σειρά πολύπλοκων συστημάτων επικοινωνίας των νευρών, που ξεκινάει από τον εγκέφαλο και δια μέσου του νωτιαίου μυελού απλώνεται σε όλα τα μέρη του σώματος.

Κάθε νεύρο μπορεί να προσαρμοστεί με ένα καλώδιο ηλεκτρικού ρεύματος. Το εσωτερικό μέρος του νεύρου, ο άξονας, είναι φτιαγμένος από ένα είδος ιστού που επιτρέπει την επικοινωνία και μεταφέρει τα μηνύματα ή τις διεγέρσεις σε όλο το σώμα, όπως ακριβώς και τα σύρματα του ηλεκτρικού καλωδίου. Ο άξονας κάθε νεύρου καλύπτεται από ένα στρώμα μιας παχιάς ουσίας, τη μυελίνη, όπως ακριβώς και το πλαστικό επικάλυμμα του ηλεκτρικού καλωδίου. Η μυελίνη βοηθάει στη μεταφορά των μηνυμάτων από νεύρο σε νεύρο, αλλά και μονώνει και προστατεύει το νεύρο.

ΑΠΟΜΥΕΛΙΝΩΣΗ

Στη ΣΚΠ μέρος της μυελίνης των νευρών προσβάλλεται και ερεθίζεται. Όταν ο ερεθισμός υποχωρήσει μπορεί και να μην αφήσει καμία ουλή. Αν όμως η διαδικασία της απομυελίνωσης συνεχιστεί τότε καταστρέφεται η μυελίνη στο σημείο εκείνο, αφήνοντας μια ουλή που ονομάζεται πλάκα ή σκλήρυνση.

Η διαδικασία αυτή ονομάζεται απομυελίνωση. Επειδή όμως οι ουλές αυτές εμφανίζονται σε διάφορα μέρη του εγκεφάλου και – ή του νωτιαίου μυελού, γι' αυτό και η νόσος ονομάζεται ΣΚΠ.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ / ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Η κλινική εικόνα ενός ασθενή με ΣΚΠ μπορεί να έχει ξεχωριστή μορφή ανάλογα με το που ακριβώς θα προσβληθεί η μυελίνη του.

Όπως επίσης και τα συμπτώματα είναι πολλά και ποικίλα. Υπάρχουν όμως και κάποια συμπτώματα τα οποία είναι κοινά σε όλους τους ασθενείς.

Αυτά είναι:

- Αδυναμία ή πρόβλημα κινητικότητας.
- Παράλυση ή τρόμο σε κάποιο από τα άκρα του σώματος.
- Έλλειψη συντονισμού κινήσεων.
- Σπαστικότητα ή και ατροφία των μυών.
- Απώλεια της ισορροπίας.
- Προβλήματα όρασης (θολή όραση ή διπλωπία).
- Ακράτεια ούρων ή κοπράνων.
- Γνωστικά προβλήματα. Διαταραχές αισθήσεων.
- Κούραση, ζαλάδες, ίλιγγοι.
- Δυσκολίες στην ομιλία.
- Αλλαγές της διάθεσης.

ΠΩΣ ΕΞΕΛΙΣΣΕΤΑΙ ; ΠΟΙΕΣ ΟΙ ΜΟΡΦΕΣ ;

Η ΣΚΠ είναι μια χρόνια νόσος. Κανείς όμως δεν μπορεί να προβλέψει ποια θα είναι η εξέλιξη της και ποια η αναπηρία που θα προκαλέσει στον άρρωστο. Πολλές φορές εξελίσσεται με μια σταθερή πορεία επιδείνωσης και άλλες φορές εξελίσσεται με επεισόδια στα οποία ο ασθενής, εμφανίζει εικόνα νευρολογικής αναπηρίας, ενώ όταν το επεισόδιο υποχωρήσει ο ασθενής φαίνεται σχεδόν φυσιολογικός.

Η εξέλιξη της νόσου, δηλαδή, εξαρτάται απ' το πόσο συχνά παρουσιάζει ο ασθενής επεισόδια καταστροφής της μυελίνης του και πόσο έχει πληγεί ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός του.

Η συχνότερη μορφή είναι εκείνη στην οποία οι ασθενείς έχουν επεισόδια υποτροπής και ύφεσης της ασθένειάς τους. Στις υποτροπές τα συμπτώματα τους μπορούν να υποχωρήσουν πλήρως ή μερικώς.

Το 75 % των περιπτώσεων των ασθενών με ΣΚΠ αρχίζουν της ασθένειά τους με τον τρόπο αυτό . περίπου του 15 % των ασθενών έχουν από την αρχή μια προοδευτική νόσο. Τα συμπτώματά τους δεν υποχωρούν και μπορεί να χειροτερεύουν. Αυτή η μορφή ονομάζεται **Πρωτοπαθής Προοδευτική Μορφή**.

Περίπου 6 – 10 % των ασθενών έχουν προοδευτική εξέλιξη με οξείες κρίσεις, η οποία ονομάζεται : **Προοδευτική Υποτροπιάζουσα ΚΠΣ** και είναι σχετικά σπάνια μορφή.

Τελικά το 50 % των ασθενών που αρχίζουν με τη μορφή που παρουσιάζει υποτροπές και υφέσεις, αναπτύσσουν μετά από πάροδο 10 ετών, **Δευτερογενή προοδευτική ΚΠΣ**.

Μπορεί να συνεχίσουν να έχουν κρίσεις και να έχουν μερική βελτίωση αλλά τα συμπτώματα και οι αναπηρίες τους χειροτερεύουν σταδιακά.

Όλες αυτές οι μορφές μπορούν να σταθεροποιηθούν ή να επιδεινωθούν ανά πάσα στιγμή. Περίπου τα 2/3 των ασθενών με ΣΚΠ θα διατηρήσουν την κινητικότητά τους κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Όμως πολλοί απ' αυτούς θα χρειαστούν βοηθήματα για το περπάτημα, όπως το μπαστούνι για παράδειγμα και άλλοι θα επιλέξουν το τροχοκάθισμα ή άλλο ανάλογο μέσο για να εξοικονομήσουν τις δυνάμεις τους.

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Η διάγνωση της ΣΚΠ είναι δύσκολη γιατί δεν υπάρχει κάποια εξέταση με την οποία μπορούμε να διαγνώσουμε τη νόσο με 100 % βεβαιότητα. Το ιστορικό των συμπτωμάτων είναι συνήθως ασαφές και τα διαφορετικά συμπτώματα θα μπορούσαν να είναι συμπτώματα διαφόρων άλλων ασθενειών.

Έτσι μπορεί να περάσει ένα μεγάλο διάστημα χρόνου μέχρι να υποπτευθούμε ότι τα συμπτώματα αυτά είναι σκλήρυνση. Οι εξετάσεις γίνονται για να αποκλείσουν την πιθανότητα άλλων ασθενειών και με την «εις άτοπον απαγωγή» να οδηγηθούμε στη πιθανή διάγνωση για σκλήρυνση. Αυτή η μακροχρόνια αβεβαιότητα της διαδικασίας διάγνωσης προκαλεί άγχος.

Η ανίχνευση για ΣΚΠ γίνεται με διάφορους τρόπους :

Ιατρικό ιστορικό:

Ο γιατρός ζητάει συνήθως το ιστορικό των συμπτωμάτων του ασθενή. Η περιγραφή των συμπτωμάτων και η μορφή με την οποία εμφανίζονται μπορεί να υποδείξουν σκλήρυνση. Θα χρειαστεί όμως εξέταση από το γιατρό και να γίνουν και διάφορες εξετάσεις που θα ενισχύουν την αρχική υπόνοια.

Νευρολογική εξέταση:

Μπορεί να γίνει με συστηματική εξέταση του νευρικού συστήματος με μια σειρά εξετάσεων των αντανακλαστικών (κτύπημα του γόνατος με σφυράκι) και μέτρηση των αντιδράσεων σε εξωτερικούς ερεθισμούς (τσίμπημα με βελόνα).

Μετά από μια εκτεταμένη νευρολογική εξέταση, ο γιατρός είναι σε θέση να παρατηρήσει όποιες ανωμαλίες υπάρχουν στο νευρικό σύστημα.

Η εξέταση όμως αυτή μόνη της δεν μπορεί να καθορίσει την αιτία των ανωμαλιών γιατί και άλλες αρρώστιες είναι δυνατόν να προκαλέσουν παρόμοια συμπτώματα με αυτά της σκλήρυνσης και γι' αυτό θα πρέπει να αποκλειστεί η πιθανότητά τους.

Εξετάσεις προκλητών δυναμικών όρασης και ακοής:

Η απομυελίνωση μπορεί να προκαλέσει καθυστέρηση στην μετάδοση των μηνυμάτων ανάμεσα στα νεύρα.

Οι εξετάσεις προκλητών δυναμικών μετράνε το χρόνο που χρειάζεται ο εγκέφαλος για να δεχτεί και μετά να μετατρέψει ένα ερέθισμα. Για το σκοπό αυτό, τοποθετούνται μικρά ηλεκτρόδια στο κεφάλι του ασθενούς. Αυτά ελέγχουν τα ηλεκτρικά κύματα του εγκεφάλου μετά από οπτικό ή ακουστικό ερέθισμα. Φυσιολογικά η αντίδραση του εγκεφάλου σε τέτοια ερεθίσματα είναι σχεδόν ακαριαία αλλά όταν υπάρχουν ουλές στο ΚΝΣ τότε μπορεί να παρουσιαστεί καθυστέρηση.

Η εξέταση αυτή δεν είναι παρεμβατική ούτε πονάει και έτσι ο ασθενής δε χρειάζεται να μείνει στο νοσοκομείο. Με την εξέταση αυτή ο γιατρός μπορεί να προσδιορίσει που υπάρχουν ουλές αλλά όχι και τα αίτια που προκαλούν αυτές τις ουλές.

Μυελογράφημα:

Το μυελογράφημα είναι μια ακτινογραφία του νωτιαίου μυελού. Κατά την εξέταση αυτή εγχύεται χρωματισμένο υγρό στη σπονδυλική στήλη και η κίνηση του κατά μήκος του νωτιαίου μυελού φαίνεται στην ακτινογραφία.

Έτσι οποιοδήποτε εμπόδιο ανάμεσα στα νεύρα θα φανεί στην ακτινογραφία και ο γιατρός θα μπορέσει να αναγνωρίσει τα συμπτώματα άλλων νόσων αλλά και την πιθανότητα σκλήρυνσης.

Ο ασθενής ίσως χρειαστεί να μείνει για λίγο στο νοσοκομείο αλλά η εξέταση δεν είναι επίπονη, αλλά άβολη.

Οσφυϊκή Παρακέντηση:

Η εξέταση αυτή δείχνει αν υπάρχουν αντισώματα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (το υγρό που κυκλοφορεί γύρω από τον εγκέφαλο και το νωτιαίο μυελό). Αντισώματα στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό μπορεί να δημιουργηθούν από σκλήρυνση αλλά και από άλλες νευρολογικές διαταραχές. Μια μικρή ποσότητα υγρού αφαιρείται από το νωτιαίο μυελό με μια βελόνα το ύψος της οσφυϊκής μοίρας.

Η εξέταση απαιτεί ο ασθενής να μείνει ακίνητος κάποιες ώρες και ενώ αυτό είναι κάπως άβολο, η ίδια η εξέταση δεν πονάει γιατί γίνεται τοπική αναισθησία και ο ασθενής μένει στο νοσοκομείο μια νύχτα, τα αποτελέσματα αυτής της εξέτασης μπορεί να αποτελούν ένδειξη ΣΚΠ αλλά δεν είναι καθοριστικά.

Μαγνητική Τομογραφία:

Η μαγνητική τομογραφία είναι εξέταση των τελευταίων ετών. Είναι ακτινογραφίες του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού στις οποίες φαίνονται οι περιοχές που έχουν προσβληθεί από τη σκλήρυνση.

Αν και αυτή είναι η μόνη εξέταση στην οποία είναι ορατή η σκλήρυνση, δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι 100 % αποφασιστικής σημασίας όσον αφορά την τελική διάγνωση γιατί ο ανιχνευτής δεν είναι σε θέση να ανιχνεύσει όλες τις περιοχές. Δεν μπορεί ν' αποδειχτεί ότι όλες οι περιοχές που εμφανίζουν σκλήρυνση είναι ΣΚΠ αλλά αποτελεί ισχυρή ένδειξη μαζί με τα άλλα συμπτώματα του ιστορικού του ασθενούς και την εξέταση του γιατρού.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ΣΚΠ δεν είναι εύκολη υπόθεση. Δεν υπάρχει κάποιο διαγνωστικό τεστ. Παρότι υπάρχουν πολλά κριτήρια, τόσο εργαστηριακά, όσο και κλινικά για τη διάγνωση της νόσου, αυτό δεν επιταχύνεται με ακρίβεια.

Τα αρχικά συμπτώματα μπορεί να είναι ασαφή και να μπερδεύουν τόσο τους ασθενείς, όσο και το γιατρό τους. Είναι δύσκολο να εξηγήσουνε στο γιατρό τους, αυτά τα αόρατα ή υποκειμενικά συμπτώματα, όπως για παράδειγμα την κούραση, τις διαταραχές της όρασης και της αίσθησης.

Αρχικά μπορεί να μη δώσουν μεγάλη σημασία χαρακτηρίζοντας του ασθενείς «νευρωτικούς» ή «υποχόνδριους». Ακόμη και ο γιατρός μπορεί να μην αναφέρει τίποτα για την ΣΚΠ με την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων. Αυτό έχει κάποια λογική γιατί τα συμπτώματα μπορεί να είναι κοινά με μερικές άλλες ασθένειες και να μην ξαναεμφανιστούν.

Η ειλικρίνεια μεταξύ γιατρού και ασθενούς είναι ο συνδετικός κρίκος μεταξύ τους.

Πολλοί ασθενείς εκφράζουν ανακούφιση την ώρα της τελικής διάγνωσης που επιτέλους έμαθαν τι ακριβώς έχουν. Είναι απαραίτητο να ακολουθήσουν συχνές επισκέψεις στο γιατρό έτσι ώστε οι ασθενείς αλλά και οι συγγενείς τους να

μπορέσουν να ενημερωθούν, να βρουν απαντήσεις στα ερωτήματά τους, να πάρουν πληροφορίες και να δουλέψουν με τα συναισθήματά τους.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ:

(ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ)

βλέποντας τον ασθενή σαν σύνολο και εκτιμώντας τη φυσική και ψυχολογική του κατάσταση θα πρέπει το πρόγραμμα αποκατάστασης να καθοριστεί σύμφωνα με το πρόγραμμα (την καθημερινότητα) του ασθενή.

Δηλαδή να καθοριστούν η συχνότητα και η διάρκεια της θεραπείας.

Απώτερος σκοπός μας είναι η μέγιστη ανεξαρτησία και η βελτίωση ποιότητας ζωής του ασθενή.

Η πάθηση παρουσιάζει ιδιαιτερότητες στην αντιμετώπιση της οι οποίες πρέπει να ληφθούν υπόψη στο πρόγραμμα Αποκατάστασης.

- Εύκολη κόπωση. Με την κόπωση χειροτερεύει παροδικά η κλινική εικόνα του ασθενή. Ο ασθενής αισθάνεται καλύτερα τις πρώτες πρωινές και απογευματινές ώρες, δηλαδή μετά από περίοδο ανάπαυσης και εξαντλείται το μεσημέρι και το βράδυ.
- Η θερμοότητα. Σε οποιαδήποτε μορφή τοπική ή γενική χειροτερεύει την κατάσταση του ασθενή.

Το πρόγραμμα στο κέντρο αποκατάστασης δεν είναι καθημερινό. Συνιστάται θεραπεία 2 – 3 φορές την εβδομάδα με συχνά μεσοδιαστήματα ανάπαυσης. Ωστόσο ο ασθενής στο σπίτι του πρέπει να εκτελεί καθημερινά ένα πρόγραμμα αυτοκινητοποίησης περιορισμένης χρονικής διάρκειας ακολουθώντας τις οδηγίες των θεραπειών.

Αναλυτικότερα:

Σπαστικότητα είναι μια από τις κύριες εκδηλώσεις της πάθησης και εμφανίζονται στο 90 % - 95 % των ασθενών. Είναι σοβαρή στα προχωρημένα στάδια και δημιουργεί δυσκολίες στο βάδισμα, στις δραστηριότητες των άνω άκρων και στην αυτοεξυπηρέτηση.

Αντιμετώπιση:

- Με φάρμακα
- Με τις σωστές θέσεις στο κρεβάτι

- Με αερονάρθηκες αποκατάστασης
- Με φυσικά μέσα (κρυοθεραπεία, κ.λ.π.)
- Με τη συσκευή passive active motion
- Με ειδικές τεχνικές κινησιοθεραπείας
- Με θεραπευτικό πρόγραμμα σε πισίνα. Οι τεχνικές που ακολουθούνται είναι συγκεκριμένες και η θερμοκρασία του νερού δεν πρέπει να υπερβαίνει τους 29° C

- Με block νεύρων
- Με τεχνικές αποκατάστασης όπως:
 - α) ο λειτουργικός ηλεκτρικός ερεθισμός
 - β) το EMG stim
 - γ) ο συνδυασμός EMG stim και EMG biofeedback.

Με τις τεχνικές αποκατάστασης επιτυγχάνεται:

- ελάττωση της σπαστικότητας
- επανεκπαίδευση και ενίσχυση των μυών
- πρόληψη της ατροφίας του τύπου II μυϊκών ινών, που εμφανίζεται στις βλάβες του ΚΝΣ.

Αδυναμία . Το 70 % των ασθενών παρουσιάζει αδυναμία η οποία συνήθως εμφανίζεται νωρίτερα στα κάτω άκρα και η προσβολή είναι σοβαρότερη σε σχέση με τα άνω άκρα.

Θεραπευτικοί στόχοι:

- Βάδιση ανεξάρτητη και ασφαλής με μικρή ενεργειακή κατανάλωση
- Βελτίωση της αντοχής
- Βελτίωση του ρυθμού και του προτύπου βάδισης.

Αντιμετώπιση: Οι ασκήσεις που ενδείκνυται για την ΣΚΠ είναι διατάσεις, ασκήσεις όλου του εύρους κίνησης των αρθρώσεων, νευροαναπτυξιακές τεχνικές, εκπαίδευση βάδισης και λειτουργικές δραστηριότητες. Η πισίνα με θερμοκρασία νερού 29° C είναι απαραίτητη. Όταν η αδυναμία προχωρήσει, νάρθηκες και

κηδεμόνες θα προλάβουν συγκάψει και θα βοηθήσουν στην αυτοεξυπηρέτηση στις καθημερινές δραστηριότητες.

Αταξία – Τρόμος – Δυσμετρία.

Τα συμπτώματα αυτά είναι έκδηλα όχι μόνο στα άκρα αλλά και στον κορμό. Δημιουργούν δυσκολίες στην αυτοεξυπηρέτηση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Έτσι λόγω του τρόμου ο ασθενής δυσκολεύεται να φάει μόνος του, να πιει τον καφέ του, να ντυθεί, να γράψει, κ.λ.π. Η αντιμετώπιση είναι δύσκολη.

Ακολουθούνται τεχνικές σταθεροποίησης των κεντρικών αρθρώσεων καθώς και πρόγραμμα ασκήσεων των εγγύς μυών για να βελτιώσουμε τη σταθερότητα και το συντονισμό.

Τεχνικές για να αυξήσουμε την ταχύτητα και την ακρίβεια.

Τεχνικές που αυξάνουν και ελαττώνουν την ταχύτητα κίνησης με ταυτόχρονη ανάλυση κίνησης. Πρόκειται για μια θεραπευτική προσέγγιση με ανάλυση της κυματομορφής της κίνησης.

Τέλος, φάρμακα όπως η προπρανολόλη χορηγείται για τον έλεγχο του τρόμου. Εάν η λειτουργική ικανότητα του ασθενή δε βελτιωθεί σε 3 – 5 ημέρες διακόπτεται η φαρμακευτική αγωγή.

Διαταραχές αισθητικότητας

(Δυσαισθησία, χρόνιος πόνος)

για τη δυσαισθησία δίνεται καρβαμαζεπίνη, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικού, buclofen φαινοτοίνη σε χαμηλές δόσεις. Οι δυσαισθησίες συνήθως υποχωρούν σε εβδομάδες ή μήνες. Χρόνιος πόνος είναι σπάνιος. Δίνονται τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Ο επώδυνος σπασμός απαντά στο buclofen.

Οπτικές διαταραχές

Αμαύρωση και η οξεία οπτική νευρίτις απαντά στα στεροειδή.

Διαταραχές από την κύστη

Είναι πολύ συχνές και μπορούν να συμβούν σε οποιοδήποτε στάδιο της πάθησης. Παρατηρούνται όλου του τύπου οι διαταραχές της νευρογενούς κύστεως

ακόμη και δυσενέργεια μεταξύ εξωστήρα και εσωσφιχτήρα που είναι οι μυς που ελέγχουν την ούρηση.

Τα προβλήματα που εμφανίζονται είναι :

- Αδυναμία στην αποθήκευση των ούρων. Οφείλεται σε υπερδραστηριότητα του σφικτήρα. Τα συμπτώματα είναι συχνή ούρηση νυκτουρία και ακράτεια.

- Αδυναμία στη κένωση της κύστεως οφείλεται σε ανεπαρκές συσπάσεις της κύστεως ή σε υπερδραστηριότητα του σφικτήρα. Τα συμπτώματα είναι επίσχεση ή τάση της κύστεως και ουρολιμώξεις.

- Συνδυασμός προβλημάτων συμβαίνει όταν έχουμε δυσενεργεία εξωστήρα – σφικτήρα. Συμπτώματα : δυσκολία στο άδειασμα της κύστεως, κίνδυνος για παλινδρόμηση των ούρων και καταστροφή των νεφρών, ουρολιμώξεις.

Διαταραχές εντέρου

- Αντιμετώπιση : Διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες και επαρκή ενυδάτωση.

Σεξουαλικές διαταραχές

Στον άνδρα έχουμε πρόβλημα στύσης και εκσπερμάτωσης, διαταραχές στην αίσθηση της γενετικής περιοχής και διαταραχές στον οργασμό. Οι γυναίκες κουράζονται εύκολα και εμφανίζουν διαταραχές στην αίσθηση της γενετικής περιοχής και στον οργασμό.

Δυσαρθρία

Η αδυναμία, η σπαστικότητα, η ατάξια, η εύκολη κόπωση των φαρυγγικών, των λαρυγγικών και των αναπνευστικών μυών δημιουργούν δυσαρθρία. Δυσαρθρία έχουμε στο 20 % - 25 % των ασθενών με ΣΚΠ.

Δυσφαγία

Εμφανίζεται στο 3 % - 20 %, είναι δευτεροπαθής σε προσβολή των κρανιακών νεύρων V, VII, IX, X, XII. Συνιστώνται μικρά γεύματα. Το μεγάλο γεύμα συνιστάται χωρίς κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Επιπλοκές: Κατακλίσεις, συγκάψεις, αναπνευστικά προβλήματα, εν τω βάθει θρομβώσεις, οστεοπόρωση, κατάγματα.

Τα αναπνευστικά προβλήματα είναι αποτέλεσμα της αδυναμίας της σπαστικότητας και της αταξίας των αναπνευστικών μυών με αποτέλεσμα ανεπαρκή αναπνοή και αναποτελεσματικό βήχα.

Αντιμετώπιση:

- Ελάττωση σπαστικότητας
- Βαθιές διαφραγματικές αναπνοές
- Ενδυνάμωση των κοιλιακών μυών
- Βελτίωση της στάσης
- Αύξηση της πρόσληψης των υγρών.
- Προφυλάξεις για να ελαττώσουμε τις λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού.

Οι συγκάψεις αντιμετωπίζονται με τις σωστές θέσεις, με ασκήσεις όλου του εύρους κίνησης και με stretching.

Το οίδημα των κάτω άκρων με ανύψωση των άκρων και μικρές δόσεις διουρητικών.

ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΠ

Οι συναισθηματικές διαταραχές στη ΣΚΠ είναι ένα αναπόσπαστο και κριτικό στοιχείο αυτής της νόσου. Δεν υπάρχει σχεδόν κανένας ασθενής που να μην έχει δοκιμάσει τουλάχιστον μια φορά βασανιστικές γι' αυτόν συναισθηματικές διαταραχές, που άλλοτε παίρνουν τη μορφή της κατάθλιψης, άλλοτε του άγχους, της ανησυχίας, της ευφορίας, της αδυναμίας χαλιναγώγησης του συναισθήματος και μερικές φορές μπορούν να οδηγήσουν τον ασθενή ακόμη και σε ψυχιατρική νόσο, όπως η μανία ή μανιοκατάθλιψη. Ήδη από τότε που πρωτοπεριγράφηκε η νόσος από τον Σαρκό πριν από εκατό και πλέον χρόνια, είχαν επιστήσει την προσοχή στις συναισθηματικές διαταραχές που παρουσίαζαν οι ασθενείς με ΣΚΠ, αναφέροντας την ευφορία σαν χαρακτηριστική διαταραχή, την οποία όμως απαντούμε σε άτομα με προϊούσα νόσο και συνοδεύεται συνήθως από βαριά κινητική αναπηρία.

Σήμερα γνωρίζουμε ότι η χαρακτηριστικότερη συναισθηματική διαταραχή που συναντούμε στη ΣΚΠ είναι η κατάθλιψη. Βέβαια η κατάθλιψη είναι μια συνηθισμένη διαταραχή σε όλους τους ανθρώπους, ασθενείς και υγιείς. Το βέβαιο όμως είναι ότι στους ασθενείς με ΣΚΠ η συχνότητα κατάθλιψης είναι πολύ μεγαλύτερη απ' ότι στους υγιείς όπως έχει αποδειχτεί από σειρά νευροψυχολογικών

μελετών. Συνήθως είναι μετρίου βαθμού αλλά συχνά υπολανθάνει της προσοχής των θεράποντων ιατρών. Πολλές φορές ο ασθενής μπορεί να λέει: «νοιώθω κατάθλιψη» εννοώντας την απογοήτευση ή την λύπη. Άλλες φορές πάλι να μην μιλάει καθόλου για τις συναισθηματικές του διαταραχές που μπορεί να τον οδηγήσουν ακόμη και σε απόπειρες αυτοχειρίας. Είναι ένα βασικό στοιχείο το οποίο πρέπει ιδιαίτερα να προσέχει ο νευρολόγος ιδιαίτερα στα πλαίσια των νέων θεραπευτικών σχημάτων. Η ιντερφερόνη Β που αποτελεί το συνηθέστερο σύγχρονο φάρμακο για την ΣΚΠ μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη να επιδεινώσει ήδη υπάρχουσα, οπότε ιδιαίτερα στα άτομα που παίρνουν αυτό το φάρμακο πρέπει να εξετάζουμε αυτόν τον παράγοντα.

Ένα μεγάλο ερώτημα που απασχόλησε πολλούς ερευνητές είναι κατά πόσο η κατάθλιψη είναι αντιδραστική ή έχει οργανική βάση δηλαδή αποτελεί ένα ακόμη σύμπτωμα της νόσου όπως είναι η διπλωματία, η θολή όραση και τα υπόλοιπα σωματικά προβλήματα. Μάλλον η αλήθεια είναι κάπου ενδιάμεσα.

Αναμφίβολα ένας ασθενής που έχει να αντιμετωπίσει μια χρόνια νόσο, έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να παρουσιάσει κατάθλιψη απ' ότι ένας υγιής όμως είναι βέβαιο και έχει πλέον αποδειχτεί ότι υπάρχει και οργανικότητα στην κατάθλιψη των ασθενών με ΣΚΠ. Κατάθλιψη δεν παρουσιάζουν μόνο οι ασθενείς με αυξημένη σωματική αναπηρία αλλά και άτομα πλήρως λειτουργικά που βρίσκονται στην έναρξη της νόσου.

Σε εργασία που πραγματοποιήθηκε πάνω σ' αυτό το θέμα, χαρακτηριστικά την βαρύτερη κατάθλιψη παρουσίαζαν ένας ασθενής παραπληγικός από 15ετίας και ένας άλλος δύο χρόνια μετά τη διάγνωση της νόσου που δεν παρουσίαζε κανένα κινητικό πρόβλημα. Επίσης μελέτες που έχουν γίνει με Μαγνητική Τομογραφία κατέδειξαν ότι η μεγαλύτερη συχνότητα κατάθλιψης απαντάται στους ασθενείς που έχουν αλλοιώσεις, τις λεγόμενες απομυελινωτικές εστίες, στον κροταφικό λοβό, ένα τμήμα του εγκεφάλου που είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το συναίσθημα. Ακριβώς επειδή είναι ιδιόζουσα η κατάθλιψη στη ΣΚΠ, δηλαδή αντιδραστική και οργανική, οι χαρακτήρες της είναι διαφορετικοί σε σχέση μ' αυτή που παρουσιάζουν οι υγιείς. Ενώ στους υγιείς η κατάθλιψη παρουσιάζει απόσυρση, ελαττωμένη αυτοεκτίμηση και ενδιαφέρον, στους ασθενείς με ΣΚΠ η κατάθλιψη εκδηλώνεται με θυμό, ευερεθιστότητα, τρομερή ανησυχία, αδυναμία χαλιναγώγησης του συναισθήματος και των αντιδράσεών τους. Συχνά ο ασθενής με ΣΚΠ θα οδηγηθεί σε εκρήξεις οργής, ιδιαίτερα στα οικεία του άτομα και αυτό θα είναι απλώς μια εκδήλωση της κατάθλιψής του, ένα σύμπτωμα της νόσου και σαν τέτοιο πρέπει να το

αντιμετωπίζουν οι οικείοι του. Όχι σαν ένα «νάζι» ή μια προσπάθεια να τραβήξουν την προσοχή, αλλά ένα ακόμη σύμπτωμα με το οποίο καθημερινά παλεύει ο ασθενής.

Ήδη από το 1926 υπάρχουν ερευνητές οι Γουίλσον και Κότερ, οι οποίοι επέστησαν την προσοχή ιδιαίτερα στην κατάθλιψη τονίζοντας ότι τα πιο σημαντικά προβλήματα που προκαλούν αληθινή αναπηρία στους ασθενείς είναι οι συναισθηματικές διαταραχές και όχι οι νευρολογικές υπό τη στενή έννοια του όρου.

Γνωρίζουμε επίσης ότι το άγχος είναι μια σημαντική διαταραχή που πολλές φορές προηγείται μια «ώσης», δηλαδή μια κλινικής επιδείνωσης. Είναι πάρα πολύ συχνό πριν από τα σωματικά συμπτώματα να προηγείται περίοδος έντονου ανεξήγητου άγχους ή το έντονο άγχος και το καταθλιπτικό συναίσθημα να αποτελούν το πρώτο σύμπτωμα της νόσου πριν από τα κλασσικά συμπτώματα της διπλωπίας, παρέσεων, θολής όρασης, κ.λ.π.

Από τις πρώτες περιγραφές περιστατικών με ΣΚΠ από το Charcot το 1868, φάνηκε ότι υπάρχει σχέση ανάμεσα σε στρεσογόνα γεγονότα και την εμφάνιση ή εξέλιξη της νόσου χωρίς όμως να έχουν ακόμη διερευνηθεί σε βάθος οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που οδηγούν σ' αυτήν.

Τα τελευταία χρόνια όλο και περισσότερο διευρύνονται τα βιολογικά αποτελέσματα του άγχους αφού αυτό έχει αναδειχθεί σε μάλιστα της εποχής μας και σχεδόν όλα τα νοσήματα από μια απλή γριπώδη συνδρομή έως τον καρκίνο επηρεάζονται αρνητικά απ' αυτό.

Μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες κατέδειξαν ότι το άγχος σχετίζεται με την εμφάνιση της νόσου αλλά και με τις υποτροπές που παρουσιάζονται. Παραδόξως όμως, πολύ ισχυρά στρεσογόνα ερεθίσματα όπως ένας πόλεμος ή μια σοβαρή σωματική βλάβη δρουν ευεργετικά στην πορεία της νόσου. Μέσω ανοσολογικών εργασιών αποδείχθηκε ότι τα παραπάνω προκαλούν ανοσοκαταστολή είναι δηλαδή σαν να παίρνει ο ασθενής κορτιζόνη ή ιντερφερόνη, ενώ μέτρια ή σοβαρά γεγονότα, αλλά όχι αυτά που είναι θέμα ζωής ή θανάτου, όπως προβλήματα στο γάμο, οικονομικά, κ.λ.π., απορυθμίζουν την ισορροπία του ανοσοποιητικού και οδηγούν σε κλινικές ή υποκλινικές υποτροπές της νόσου.

Το άγχος φαίνεται ότι επιδράει μέσω ορμονών και γενικότερα μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Πρέπει λοιπόν ο θεραπευτής να δίνει ιδιαίτερη σημασία στις συναισθηματικές διαταραχές και να μην υπολανθάνουν της προσοχής του.

Μπορούμε να συναντήσουμε ασθενείς κινητικά λειτουργικούς αλλά με βαριά κατάθλιψη, οι οποίοι είναι βέβαιο ότι συν τω χρόνω θα παρουσιάσουν και κινητική επιδείνωση αν δεν αντιμετωπιστεί η κατάθλιψή τους. Ενώ, αντίθετα ασθενείς που παρουσιάζουν υψηλού βαθμού αναπηρία διατηρώντας συναισθηματική ισορροπία, μπορούν να οδηγηθούν σε μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής γι' αυτούς και τις οικογένειές τους.

Συνηθίζεται να λέγεται ότι η ΣΚΠ κυρίως είναι μια δοκιμασία ψυχής και σαν τέτοια πρέπει να την αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, οι οικείοι τους αλλά και ο νευρολόγος που πρέπει να αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν μια ψυχοσωματική οντότητα και όχι μόνο σαν ένα κλινικό σύμπτωμα.

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΚΠ

Νεαρές γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας αποτελούν πληθυσμό που προσβάλλεται συχνά από τη νόσο.

Επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει μια ελαττωμένη δραστηριότητα της νόσου κατά τη διάρκεια της κύησης.

Αντιθέτως υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υποτροπής κατά τη διάρκεια των 3 – 6 μηνών μετά τον τοκετό.

Βοηθάει, δηλαδή, η εγκυμοσύνη κατά ένα τρόπο τους ασθενείς.

Άρα λοιπόν όχι μόνο επιτρέπεται αλλά επιβάλλεται να αποκτήσουν παιδιά.

Υπάρχουν όμως κάποιοι περιορισμοί.

Ένα μεγάλο πρόβλημα είναι οι ορμονοθεραπείες στις οποίες πολλές φορές οδηγούνται οι μαιευτήρες για να βοηθήσουν στο πολυπόθητο αποτέλεσμα. Οι ορμονοθεραπείες σχεδόν απαγορεύονται γιατί όχι επιδεινώνουν την υπάρχουσα ασθένεια αλλά μπορεί και να την προκαλέσουν όταν υπάρχει μια «ευαισθησία» δηλαδή μια τάση του οργανισμού να οδηγηθεί στη απομυελίνωση. Αν η επίτευξη εγκυμοσύνης είναι σχεδόν αδύνατη με το φυσιολογικό τρόπο πρέπει να υπάρξει συνεννόηση μαιευτήρα και νευρολόγου ώστε να ελαχιστοποιηθεί η αρνητική επίδραση της ορμονοθεραπείας στη νευρολογική νόσο.

Στη διάρκεια της εγκυμοσύνης η πιθανότητα να παρουσιαστεί κάποια υποτροπή είναι πάρα πολύ μικρή. Αν όμως συμβεί κάτι τέτοιο η ασθενής μπορεί να πάρει μικρές δόσεις κορτιζόνης ή σε πολύ άσχημες καταστάσεις γ-σφαιρίνη, πάντα βέβαια κατόπιν συνεννόησης νευρολόγου – μαιευτήρα.

Ο τοκετός πρέπει να είναι όσο το δυνατόν φυσιολογικός. Αν υπάρχει δυστοκία, δηλαδή ταλαιπωρείται από τους πόνους πολλές ώρες η επίτοκος, μπορεί να γίνει επισκληρίδιος αναισθησία από έμπειρο αναισθησιολόγο. Σε περίπτωση που επιβάλλεται καισαρική τομή γιατί πρέπει να ολοκληρωθεί σύντομα ο τοκετός, τότε πριν και μετά τη γενική αναισθησία δίνεται ενδοφλέβια 1 mg / kg βάρους μεθυλ-πρεδνιζολόνης.

Στη διάρκεια της λοχίας η ασθενής δεν πρέπει να θηλάζει το βρέφος γιατί κάνει κακό στον εαυτό της αλλά και στο βρέφος.

Αν ακολουθηθούν όλες αυτές οι οδηγίες η ασθενής θα έχει τη χαρά και να ζήσει τη μητρότητα αλλά και να γευθεί τους καρπούς της θετικής επίδρασης της εγκυμοσύνης στην πολλαπλή σκλήρυνση.

Παρόμοιες αλλαγές όσον αφορά τη δραστηριότητα της νόσου μεταξύ κύησης και λοχείας έχουν παρατηρηθεί και σε άλλες αυτοάνοσες παθήσεις, όπως ρευματοειδής αρθρίτιδα, θυρεοειδίτιδα, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, βαριά μυασθένεια. Φαίνεται ότι, μη εξακριβωμένες μεταβολές που επιτελούνται σε επίπεδο ανοσολογικού μηχανισμού, αποτελούν το υπόστρωμα αυτών των αλλαγών στη φυσική πορεία των αναφερθέντων νόσων.

Ούτε η κύηση, ούτε ο αριθμός κύσεων, έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν το βαθμό νευρολογικής ανικανότητας.

ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΟΙ ΣΤΗ ΣΚΠ

Πόσα και τι ακριβώς πρέπει να πούμε στα παιδιά μας;

Στα μικρά παιδιά δεν χρειάζεται να πούμε πολλά και θ' απαντήσουμε στις ερωτήσεις τους όταν μα ρωτήσουν τα ίδια. Τα παιδιά καταλαβαίνουν από ένστικτο πότε κάτι δεν πάει καλά ή πότε είμαστε στενοχωρημένοι. Αυτό πρέπει να το ξέρουμε, για να καταλάβουμε και να δικαιολογήσουμε την παράξενη και ενοχλητική συμπεριφορά τους όταν αυτά έχουν καταλάβει κάτι κι εμείς δεν τους λέμε τίποτε.

Σε περιπτώσεις παιδιών κάτω των δεκαπέντε ετών, ειδικότερα με ελάχιστα συμπτώματα, υπάρχει μια διαφωνία για την απόκρυψη της φύσης και της προοπτικής της πάθησης. Είναι προφανές πως το παιδί γνωρίζει πως κάτι δεν πάει καλά και μερικές φορές χρειάζεται ιατρική φροντίδα, αλλά οι γονείς μπορούν να αναλάβουν την ευθύνη των αποφάσεων και της εμπλοκής με τα «ιατρικά», ειδικά αν το παιδί συνεχίζει μια «κανονική» ζωή.

Σε περιπτώσεις εφήβων (μεγαλύτερων από 15 ετών), είναι αρκετά μεγάλοι για να εμπλακούν στη λήψη των αποφάσεων που θα λάβουν οι γονείς τους, σχετικά με τη θεραπεία, την εκπαίδευση τους, κ.α.

Εντούτοις, είναι σημαντικό να θυμόμαστε πως όλοι οι έφηβοι είναι ευαίσθητοι συναισθηματικά και η εικόνα που έχουν για τους εαυτούς τους είναι εύθραυστη. Η ΣΚΠ είναι ένα πρόσθετο φορτίο που έχουν να αντιμετωπίσουν.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΟΔΟΣΙΑ

Η διάγνωση της ΣΚΠ μπορεί να φέρει αναστάτωση στην οικογένεια, στους συγγενείς και στη ζωή των ασθενών.

Μπορεί να αναστατωθούν με τα νέα ειδικότερα αν δεν γνωρίζουν τίποτα για τη ΣΚΠ. Μπορεί να είναι αποτελεσματικό να υπάρχουν ενημερωτικά φυλλάδια που θα βοηθήσουν να μιλήσουνε για τη ΣΚΠ.

Μπορεί να είναι δύσκολο να δεχτούνε βοήθεια απ' τους άλλους που και αυτοί μπορεί να αντιδράσουν με ένα είδος «αδιαφορίας», νομίζοντας ότι δεν μπορούν να βοηθήσουν ή στην προσπάθειά τους να βοηθήσουν να γίνουν υπερπροστατευτικοί.

Όλες αυτές οι αντιδράσεις, όμως, είναι ανθρώπινες και είναι στο χέρι του κάθε ασθενή να διατηρήσουνε τις επαφές και την επικοινωνία με τους άλλους. Είναι δύσκολο να συνεχιστεί η ζωή τους σαν να μην έγινε τίποτα.

Η κατανόηση από τη μεριά τους, τη μεριά του συντρόφου τους και της οικογένειάς τους είναι συχνά η καλύτερη απάντηση και το μεγαλύτερο δέσιμο.

Η απόφαση αν θα το ανακοινώσουν στους εργοδότες τους, θα μπορούσε να έχει αντίκτυπο στην εργασία τους. Μπορεί να εξασφαλίσει περισσότερη υποστήριξη, ή σε πολλές περιπτώσεις, άδικα θα επηρεάσει την προοπτική της καριέρας τους. το νομικό πλαίσιο όσον αφορά την πάθηση είναι διαφορετικό από χώρα σε χώρα, για το τι ισχύει στη Ελληνική πραγματικότητα, μπορεί κάποιος να απευθυνθεί στην Ελληνική Εταιρεία για τη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας.

ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗΣ

- Το να μιλάει ο ασθενής για τη διάγνωση του, μπορεί να φέρει ηρεμία στη ψυχή του. Πολλοί άνθρωποι με ΣΚΠ αναφέρουν πως η «απόκρυψη» προκαλεί περισσότερο άγχος από την «αποκάλυψη». Η «αποκάλυψη» επίσης, κάνει

ευκολότερη, αν προκύψει ανάγκη, τη συζήτηση για διαφοροποιήσεις στο χώρο εργασίας που πιθανώς να χρειαστούν.

- Έχοντας «ξεκαθαρίσει το τοπίο», οι άλλοι θα αντιμετωπίσουν με κατανόηση το γεγονός πως έχει ΣΚΠ ο ασθενής και πως πρέπει να του συμπεριφέρονται οι συνάδελφοι. Οι σχέσεις του ασθενή με τους υπόλοιπους ανθρώπους θα γίνονται σε πιο έντιμο επίπεδο.

- Θα απαλλαγεί από το άγχος πως ένας προηγούμενος εργοδότης θα μπορούσε ξαφνικά να αποκαλύψει πως έχει ο ασθενής κάποια ανεπάρκεια.

- Η ανησυχία του ασθενή για τακτικές ιατρικές εξετάσεις στο χώρο εργασίας θα μειωθεί, από το γεγονός πως ο εργοδότης, η ασφαλιστική πολιτική της εταιρίας και όλοι οι εμπλεκόμενοι παράγοντες γνωρίζουν πως έχει ΣΚΠ ο ασθενής.

- Έχοντας ενημερώσει τον εργοδότη σας πως έχετε ΣΚΠ, θα είναι πιο εύκολο να «επιμορφώσετε» αυτόν και τους συναδέλφους σας σχετικά με τη φύση της πάθησης. Επίσης σας δίνετε η δυνατότητα να μιλήσετε για πιθανές αλλαγές στη κατάστασή σας.

ΤΑ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΑΠΟΚΑΛΥΨΗΣ

- Φόβος πως θα υπάρξουν διακρίσεις εναντίον σας επειδή θα έχετε ΣΚΠ, για παράδειγμα άρνηση προαγωγής, εκπαίδευση, κ.λ.π.

- Φόβος για τις αντιδράσεις των συναδέλφων

- Φόβος πως θα χάσετε τη δουλειά σας ή πως δε θα μπορείτε να βρείτε δουλειά

- Φόβος πως αν κάτι δεν πάει καλά στην εργασία σας, θα κατηγορηθείτε λόγω της «ανεπάρκειά σας».

Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗ ΣΚΠ

Κάθε ασθενής με ΣΚΠ θα πρέπει να διορθώσει τη διατροφή του σύμφωνα μ' αυτή που ακολουθούσε μέχρι πριν. Θα πρέπει να ακολουθήσει μια ισορροπημένη διατροφή.

1) Αντιοξειδωτικές ουσίες: φρούτα, λαχανικά.

2) Ανοσορρυθμιστικές διατροφικές ουσίες: βιταμίνη D – αυγό, εμπλουτισμένο γάλα, συκώτι, ψάρι, μικρά ψαράκια, γραβιέρα.

- 3) Διατροφικές ουσίες που μειώνουν τη φλεγμονή: ω – 3 λιπαρά, ψάρι, θαλασσινά, καρύδια, άγρια χορταρικά.
- 4) Διατροφικές ουσίες που υποστηρίζουν το Νευρικό Σύστημα Βιταμίνες Β6, Β12 και φολικό οξύ: κοτόπουλο, δημητριακά, πράσινα λαχανικά με φύλλα, όσπρια, ρύζι.
- 5) Αποφυγή ζωικών – Trans λιπαρών – κόκκινο κρέας, γλυκά, πλήρη γαλακτοκομικά.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στη ΣΚΠ η θεραπευτική αντιμετώπιση χωρίζεται σε δύο κατηγορίες, οι οποίες είναι:

A) Φαρμακευτική αντιμετώπιση

- **Η θεραπεία υποτροπών** η οποία γίνεται με χρήση κορτιζόνης από το στόμα ή ενδοφλεβίως και επί αποτυχίας δοκιμάζεται η πλασμοκάθαρση.
- **Η θεραπεία συμπτωμάτων (συμπτωματική θεραπεία)**, η οποία περιλαμβάνει τουλάχιστον 30 φαρμακευτικά σκευάσματα (π.χ. Ladose, Modiodal, Sirdalut, Trileptal, Viagra, κ.λ.π.) που βοηθούν σε μεγάλο βαθμό.
- **Η τροποποιημένη θεραπεία** της πορείας της νόσου, η οποία περιλαμβάνει εναίσιμες θεραπείες με ανοσορρυθμιστικά φάρμακα όπως οι ιντερφερόνες Β (Aronex, Betaferon, Rebif) και οξική γλατιραμίνη (copa xone), που αποτελούν φάρμακα πρώτης επιλογής και χορηγούνται έγκαιρα και χρονίως, χωρίς καμιά σοβαρή ανεπιθύμητη ενέργεια. Επί αποτυχίας αυτών χρησιμοποιούνται τα ανοσοκατασταλτικά όπως, Azathioprine (Imuran), Μιτοξανδρόνη (Novanfrone), Κυκλοφωσφαμίδη (Edoxan), με σειρά αύξησης δραστηριότητας, αλλά και βαρύτητας ανεπιθύμητων ενεργειών. Για την κυκλοσπορορίνη (Neoral), υπάρχει μια μελέτη ότι μπορεί να έχει ένα θεραπευτικό κέρδος στην προϊούσα ΣΚΠ, όπως η σχέση κινδύνου / κέρδους θεωρείται απαράδεκτη.

B) Τη μη φαρμακευτική αντιμετώπιση, η οποία περιλαμβάνει:

➤ **Την αποκατάσταση** η οποία στην ΣΚΠ έχει επανορθωτικό και προστατευτικό χαρακτήρα. Σκοπός των παρεμβάσεων της είναι να μειώσει την ανικανότητα, δηλαδή τις συνέπειες της νόσου στη λειτουργικότητα του ατόμου με ΣΚΠ, τις προσωπικές δραστηριότητες του και τη συμμετοχή του στην κοινωνία. Πρέπει να γίνεται σε ειδικά κέντρα από διεπιστημονική ομάδα που περιλαμβάνει:

- Φυσίατρο.
- Νευρολόγο ο οποίος είναι ειδικός στη διάγνωση και στη θεραπευτική αγωγή που θα ακολουθήσει ο ασθενής.
- Φυσιοθεραπευτές οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν σε προβλήματα κινητικότητας, ισορροπίας και κίνησης.
- Εργοθεραπευτές οι οποίοι μπορούν να βοηθήσουν και να δώσουν πρακτικές συμβουλές για την καθημερινή ζωή και τη διαμόρφωση χώρου, έτσι ώστε ο ασθενής να είναι ανεξάρτητος.
- Λογοθεραπευτές οι οποίοι εκτιμούν και θεραπεύουν ποιοι ασθενείς έχουν δυσκολία στην ομιλία, στην κατάποση ή στην επικοινωνία.
- Κοινωνικοί λειτουργοί, ο ρόλος των οποίων είναι να εκτιμήσουν μαζί με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους τις ανάγκες τους. Επίσης ορίζουν τι είδους βοήθεια είναι αυτή που θα χρειαστούν οι ασθενείς, ενημερώνουν για τις διάφορες κοινωνικές παροχές και βοηθάνε στην απόκτηση της ανεξαρτησίας των ασθενών.
- Ειδικοί για την ακράτεια, οι οποίοι προσδιορίζουν τη φύση του προβλήματος και υποδεικνύουν την κατάλληλη αγωγή και μέθοδο αντιμετώπισης.
- Ψυχολόγοι, οι οποίοι βοηθούν τους ασθενείς να αποδεχτούν την καινούρια κατάσταση και να αντιμετωπίσουν τη ζωή εκμεταλλευόμενοι όλες τις τωρινές τους δυνατότητες.

➤ **Τη ψυχοκοινωνική υποστήριξη**, η οποία περιλαμβάνει:

- Την εκπαίδευση σχετικά με τη νόσο, που είναι υποστηρικτική εκπαιδευτική διαδικασία σχεδιασμένη να βοηθήσει την κατανόηση της ασθένειας, την προσαρμογή στρατηγικών

αντιμετώπισης και τη διάθεση πηγών πληροφόρησης σχετικά με αυτήν.

- Τη διάγνωση και θεραπεία συναισθηματικών και γνωστικών διαταραχών.
- Τις υποστηρικτικές παρεμβάσεις στην οικογένεια για καλύτερη αντιμετώπιση της εισβολής της νόσου στο σπίτι (η ΣΚΠ θεωρείται πλέον οικογενειακή διαταραχή και βλέποντας την έτσι μπορεί να αντιμετωπίζεται καλύτερα).
- Την υποστήριξη των προσπαθειών των ατόμων να παραμείνουν παραγωγικοί (βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι με ΣΚΠ έχουν λιγότερες υποτροπές της νόσου).
- Τη βοήθεια των ατόμων με ΣΚΠ και των οικογενειών τους να έχουν πρόσβαση σε πηγές σύγχρονης και επιστημονικά τεκμηριωμένης πληροφόρησης.

Πέρα απ' αυτές τις θεραπείες, υπάρχουν τουλάχιστον 100 θεραπευτικά ερευνητικά πρωτόκολλα διεθνώς 60 πειραματικές θεραπείες με φάρμακα ή μεταμοσχευτικές μεθόδους προγονικών μορφών αιμοποιητικού ή νευρικού ιστού, που θα χρειασθούν από 1 έως 10 χρόνια για να επικρατήσουν οι καλύτερες από αυτές και να αποτελέσουν τις μελλοντικές θεραπείες της νόσου.

Οποιαδήποτε άλλη θεραπεία πέρα των παραπάνω (π.χ. βιταμίνες, εναλλακτικές θεραπείες, κ.λ.π.), δεν έχει επιστημονικό χαρακτήρα και θα μπορούσε να έχει απρόβλεπτες συνέπειες στην πορεία τη χρόνιας αυτής νόσου, που παρόλο που είναι γνωστή πάνω από 100 χρόνια, δεν έχει βρεθεί ακόμη η οριστική θεραπεία της.

ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΟΥ ΒΟΗΘΑΝΕ ΣΤΗ ΣΚΠ

Ο βασικός κανόνας είναι να ακολουθεί κανείς όσο το δυνατόν περισσότερο μια υγιεινή ζωή. Αυτό θα εμποδίσει άλλες αρρώστιες και έτσι ο ασθενής θα είναι πιο δυνατός για να τα βγάλει πέρα με τη ΣΚΠ.

- **Δίαιτα:** Η ισορροπημένη διαίτα εξασφαλίζει τη λήψη όλων των βιταμινών και των μετάλλων που είναι απαραίτητα στον οργανισμό, πράγμα που δίνει υγεία και ευεξία. Συνίσταται μια διαίτα με χαμηλά ζωικά λιπαρά γιατί μόνο τα πολυακόρεστα λίπη τρέφουν το νευρικό σύστημα.

- **Άσκηση:** Η τακτική άσκηση είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της καλής υγείας και πρέπει να ασκείται ο ασθενής ανάλογα με τις δυνατότητες του καθενός γιατί η έντονη άσκηση μπορεί να φέρει μεγάλη κούραση. Η τακτική ελαφριά γυμναστική εξασφαλίζει το μυϊκό τόνο και δίνει μια αίσθηση ευεξίας.

Ο ασθενής μπορεί να διαλέξει οποιαδήποτε μορφή άσκησης του αρέσει και αυτό θα τον ωφελήσει πολύ.

Ο φυσιοθεραπευτής είναι σε θέση να δείξει ασκήσεις που μπορεί ο ασθενής να κάνει μόνος του στο σπίτι σε καθημερινή βάση.

- **Ξεκούραση / χαλάρωση:** Είναι απαραίτητο να υπάρχουν ώρες ξεκούρασης, για να μπορεί ο ασθενής να αντεπεξέλθει στην καθημερινή του ζωή. Το στρες και η ένταση επηρεάζουν τη σκλήρυνση, γι' αυτό η ξεκούραση και το χαλάρωμα βοηθάνε στην τόνωση του οργανισμού. Βρέθηκε ότι η γιόγκα βοηθάει γιατί είναι συνδυασμός ελαφριών ασκήσεων και χαλάρωσης.

ΣΤΟΧΟΙ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για την ανάπτυξη ενός σωστού και πλήρες θεραπευτικού προγράμματος δύο βασικούς στόχους πρέπει να λάβουμε υπόψιν:

- 1) Ελαχιστοποίηση της ανικανότητας από τις παραμορφωτικές θέσεις και την αχρηστία.
- 2) Μεγιστοποίηση των λειτουργικών ικανοτήτων σε κάθε στάδιο της ασθένειας.

Έτσι οι στόχοι της Φυσικοθεραπείας διατυπώνονται ως εξής:

- 1) Επανεκπαίδευση και διατήρηση κάθε υπαρκτού εκούσιου ελέγχου των κινήσεων.
- 2) Επανεκπαίδευση και διατήρηση των φυσιολογικών μηχανισμών ελέγχου της στάσης του κορμού.
- 3) Διατήρηση πλήρους εύρους κινήσεων όλων των αρθρώσεων και των μαλακών ιστών και εκπαίδευση του ασθενή και των συγγενών του, κατάλληλες τεχνικές διάταξης για την αποτροπή δυσκαμψιών.
- 4) Συνένωση όλων των θεραπευτικών τεχνικών μέσα στον τρόπο ζωής του ασθενή, συσχετίζοντας τις με κατάλληλες καθημερινές

δραστηριότητες ώστε να παρέχονται μέσα διατήρησης οποιασδήποτε βελτίωσης.

- 5) Να προσφέρει ο φυσικοθεραπευτής συμβουλές για λογική χρήση της ενέργειας.
- 6) Αποτροπή της χρησιμοποίησης μη φυσιολογικών προτύπων κίνησης τα οποία είναι μη αποδοτικά και κοπιαστικά, ενώ ταυτόχρονα παρεμποδίζουν τη λειτουργικότητα.
- 7) Αναχαίτιση κάθε μορφής μη φυσιολογικού τόνου.
- 8) Να διεγείρει όλες τις αισθητικές και αντιληπτές εμπειρίες και ταυτόχρονα να διατηρήσει την εμπειρία της φυσιολογικής κίνησης, καθ' όλη την πορεία της νόσου, όχι μόνο για να εκμεταλλευτεί το δυναμικό του ασθενούς, αλλά και να του δώσει τη δυνατότητα να αισθανθεί πιο ασφαλής και πιο ελεύθερος, όταν η βοήθεια των συγγενών ή βοηθών απαιτείται στα τελευταία στάδια.

Βάσει της KURTZKE κλίμακας οι στόχοι τίθενται ως εξής:

- Για αναπηρία από 0,5 – 5,5:
 - Επίτευξη φυσιολογικού στατικού ελέγχου
 - Αναστολή ή μείωση των αντισταθμιστικών στρατηγικών κίνησης που αναπτύσσει ο ίδιος ο ασθενής (π.χ. η χρήση των χεριών κατά την ανόρθωση του από την καθιστή θέση)
 - Διευκόλυνση φυσιολογικών κινητικών προτύπων.
 - Διατήρηση της καλύτερης δυνατής στατικής ισορροπίας
 - Εξατομικευμένο πρόγραμμα για το σπίτι
 - Εκπαίδευση οικείων προσώπων
- Αναπηρία μεγαλύτερη από 7.0
 - Εκπαίδευση οικείων για τοποθέτηση, μεταφορές, τεχνικές διέγερση και χρήση βοηθημάτων
 - Πρόληψη επιπλοκών κατάκλισης
 - Προσαρμογή του προγράμματος στο σπίτι ανάλογα με τους περιορισμούς του ασθενή

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η διαδικασία της αξιολόγησης, για την εκτίμηση των αναγκών του ασθενή περιλαμβάνει:

1) Την Υποκειμενική Πληροφόρηση, η οποία περιλαμβάνει:

- Τη γενική κατάσταση του ασθενή
- Την επίδραση του προβλήματος (π.χ. στο επάγγελμα του ή στο οικογενειακό του περιβάλλον)
- Τη συμπεριφορά των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια του 24ώρου
- Τη θέση, την ένταση του πόνου ή των άλλων συμπτωμάτων

2) Τα Αντικειμενικά Δεδομένα, στα οποία ανήκουν:

- Η παρατήρηση (περιοχές σώματος ή η συμπεριφορά του ασθενή κατά τον τρόπο εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων)
- Την ψηλάφηση (δέρματος, υποδόριου ιστού, μυών, τενόντων, αρθρώσεων)
- Τον έλεγχο και τη λειτουργικότητα

Οι δοκιμασίες περιλαμβάνουν:

- Το ενεργητικό εύρος κίνησης
- Το παθητικό εύρος κίνησης
- Τον έλεγχο της άρθρωσης
- Τις δοκιμασίες με αντίσταση
- Τον νευρολογικό έλεγχο
- Τον καρδιαγγειακό έλεγχο
- Την αναπνευστική λειτουργία και ικανότητα

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΥΪΚΟΥ ΤΟΝΟΥ

Όταν οι μύες είναι χαλαροί είναι σχετικά απαλλαγμένοι από τάση. Η τάση αναπτύσσεται στους μύες όταν αυτά συσπώνται, ενώ μειώνεται σε σχετικό βαθμό όταν οι μύες ηρεμούν κατά τη διάρκεια της χαλάρωσης.

Οι ζώντες μύες υπό κανονικές συνθήκες δεν είναι ποτέ εντελώς απαλλαγμένα απ' αυτή την τάση. Ακόμη και όταν είναι χαλαροί, διατηρούν κάποιο βαθμό σύσπασης που αναφέρεται σαν «μυϊκός τόνος». Ο μυϊκός τόνος αντιπροσωπεύει μια κατάσταση ετοιμότητας των χαλαρών μυών.

Η σύσπαση που παραμένει στους μυς που έχουν σχέση με τη διατήρηση της όρθιας στάσης ονομάζεται «τόνος της στάσης». Ο τόνος της στάσης διατηρείται και

ρυθμίζεται κυρίως από έναν αντανακλαστικό μηχανισμό που βασίζεται στο μυοτατικό αντανακλαστικό, παρ' όλο ότι και τα υψηλότερα κέντρα του εγκεφάλου ασκούν κάποιο έλεγχο.

Όταν μια εξωτερική δύναμη όπως είναι η βαρύτητα επιφέρει τάση στους μυς, διεγείρονται τα υποδεκτικά νεύρα των μυών και απολύουν κινητικά ερεθίσματα. Αυτά επιφέρουν σύσπαση στους μυς στους οποίους εδρεύουν και η σύσπαση αυξάνει τη μυϊκή τάση αρκετά, ώστε ν' ασκείται κάποιος έλεγχος στα αποτελέσματα της δύναμης που προκάλεσε την τάση.

Ευνόητο είναι λοιπόν ότι, για να ενισχυθεί η χαλάρωση θα πρέπει να ληφθούν τέτοια μέτρα που να επιφέρουν μείωση ή εξουδετέρωση του αποτελέσματος της παραπάνω δύναμης.

Ο βαθμός του τόνου της στάσης ποικίλλει ανάλογα με τη θέση που παίρνει το άτομο.

- Μεγαλύτερος τόνος όταν το άτομο βρίσκεται στην όρθια στάση

- Μικρότερος τόνος όταν το άτομο βρίσκεται σε θέση κατάκλισης, στην οποία προσφέρεται πλήρης στήριξη του σώματος.

Συνεπώς, αυτή η θέση είναι και η καταλληλότερη για την απόκτηση γενικής χαλάρωσης.

Κατά την εκτέλεση εκούσιας κίνησης, η σύσπαση της αγωνιστικής ομάδας συνοδεύεται από τη χαλάρωση των ανταγωνιστών της κίνησης μυών, έτσι ώστε η κίνηση να διενεργείται ομαλά.

Αυτή η σχέση μεταξύ αγωνιστών και ανταγωνιστών έχει ιδιαίτερη σημασία, γι' αυτό είναι δυνατό, να θεωρηθεί ως μέθοδος για την απόκτηση χαλάρωσης μιας ορισμένης μυϊκής ομάδας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΥΪΚΗΣ ΔΥΝΑΜΗΣ

Η ανικανότητα του ασθενή στην εκτέλεση ορισμένων κινήσεων ή η δυσκολία στο να κάνει την κίνηση εξαρτάται από την αδυναμία ή την παράλυση κάθε μυός χωριστά. Η αντίληψη αυτή βασίζεται στην εξέταση της μυϊκής δύναμης των μυϊκών ομάδων. Έτσι οδηγούμαστε στη θεραπεία ενδυνάμωσης αδύνατων μυϊκών ομάδων χωρίς να βρεθεί η αιτία της αδυναμίας τους ή κατά πόσον είναι περισσότερο φαινομενική παρά πραγματική η δύναμη.

Η εξέταση της μυϊκής δύναμης κάθε μυός χωριστά, είναι αναξιόπιστη για τις παρακάτω αιτίες:

- Η αδυναμία των μυών μπορεί να μην είναι πραγματική, αλλά σχετική με την αντίθεση των σπαστικών ανταγωνιστών. Εάν ελαττωθεί η υπέρταση των τελευταίων, οι «αδύνατοι» μύες είναι δυνατόν να δείξουν φυσιολογική δράση.

- Ένας μυς ο οποίος φαίνεται πολύ αδύνατος για να συσπαστεί ικανοποιητικά όταν εξετάζεται μόνος του, σαν πρωταγωνιστής μπορεί να είναι ικανός για δυνατή σύσπαση όταν ενεργεί μέσα σε ομαδικό πρότυπο π.χ. σαν τμήμα παθολογικών τονικών αντανακλαστικών.

- Αδυναμία μυών μπορεί να οφείλεται σε ατέλεια αισθητική, είτε οπτική ή ιδιοδεκτική ή και αμφότερα. Με ικανό και δυνατό αισθητικό ερεθισμό, καθώς φαίνεται, αδύνατοι μύες μπορεί να προκληθούν να συσπαστούν αποτελεσματικά.

- Η αδυναμία μυών και η ανάγκη για ασκήσεις ενδυνάμωσης για μας είναι δευτερεύον πρόβλημα. Το κύριο πρόβλημα είναι ο παθολογικός συγχρονισμός του για έλεγχο στάσης και φυσιολογική κίνηση. Υπάρχουν χρόνια ασθενείς με έντονη υπέρταση, οι οποίοι έχουν καλά αναπτυγμένους και διατηρημένους μύες αλλά όμως είναι ανίκανοι να τους χρησιμοποιούν για την εκτέλεση της φυσιολογικής κίνησης.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ

Κατά την αξιολόγηση της ισορροπίας του ασθενή θεωρείται αναγκαίο να δοθεί απάντηση σε δύο βασικές ερωτήσεις:

A) Τι πρέπει να κάνει ο ασθενής;

B) Έχει τη δυνατότητα να το κάνει;

Στη συνέχεια, για κάθε μία από τις βασικές αρχικές θέσεις αξιολογούνται τρία βασικά στοιχεία. Παρακάτω αναφέρονται τα στοιχεία αυτά αναφορικά με την καθιστή θέση:

- 1) Τι είδους στήριξη απαιτείται προκειμένου ο ασθενής να κρατήσει την ισορροπία του:
 - Μπορεί ο ασθενής να καθίσει στηρίζοντας τα πόδια του στο πάτωμα χωρίς όμως να στηριξη στη ράχια και στα χέρια;
 - Για πόση ώρα;
 - Πόση στήριξη χρειάζεται, αν χρειάζεται;
 - Απαιτείται πρόσθετη στήριξη όταν έχει τα μάτια του κλειστά;
- 2) Ποια είναι η αντίδραση του ασθενή στις εξωτερικές δυνάμεις που τείνουν να διαταράξουν την ισορροπία του;
 - Αντιδρά με κίνηση των άνω άκρων;

- Προσπαθεί να επανέλθει στη θέση του;
 - Έχει την ικανότητα να υιοθετήσει μια νέα σταθερή θέση;
- 3) Μέχρι ποιο βαθμό μπορεί να εκτελέσει αυτόνομα μια δραστηριότητα;
- Μπορεί να διατηρήσει την ισορροπία του ενώ κινεί το κεφάλι;
 - Μπορεί να διατηρήσει την ισορροπία του ενώ κινεί τον κορμό;
 - Μπορεί να διατηρήσει την ισορροπία του ενώ κινεί τα άνω άκρα και τον κορμό;

Η ίδια διαδικασία αξιολόγησης της ισορροπίας ακολουθείται για κάθε μία από τις βασικές αρχικές θέσεις. Εάν π.χ. ο ασθενής μπορεί από την όρθια στάση να καταφέρει να διατηρεί την ισορροπία του ενώ κινεί τα άνω άκρα και τον κορμό, τότε είναι σε θέση να προχωρήσει στη βάδιση ανεξάρτητος.

Για την εξάσκηση του ασθενή στην ισορροπία, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να γνωρίζει ο θεραπευτής τις φυσιολογικές αντιδράσεις, οι οποίες προκύπτουν κατά τη διατάραξη της ισορροπίας, έτσι ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζει τις μη φυσιολογικές και να διευκολύνει την εμφάνιση των φυσιολογικών αντιδράσεων όπου αυτές απουσιάζουν.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Για ένα επιτυχημένο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας πρέπει να λάβουμε υπ' όψιν μας τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

- Να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του ασθενή
- Να ανταποκρίνεται στους προγεγραμμένους στόχους
- Να είναι εξελικτικό
- Να εναρμονίζεται με τις υπόλοιπες θεραπείες που λαμβάνει ο ασθενής (π.χ. φάρμακα)
- Να είναι αποδεκτό από τον ίδιο τον ασθενή και από τους δικούς του
- Να είναι ευέλικτο στις μεταβαλλόμενες καταστάσεις.

Προληπτικά μέτρα

Ποτέ δύο ασθενείς δεν είναι όμοια είτε όσον αφορά την κατάσταση τους, είτε τα συμπτώματά τους, έτσι ποτέ δυο θεραπείες δεν είναι όμοιες. Παρ' όλα αυτά, όποια προσέγγιση και αν υιοθετηθεί, υπάρχουν συγκεκριμένα προβλήματα που εμφανίζονται στους περισσότερους ασθενείς με ανικανότητα και τα οποία μπορούν να προληφθούν και να εμποδιστεί η εμφάνισή τους.

Πελματιαία κάμψη άκρου ποδός.

Βράχυνση των τενόντων που περνούν από τα οστά της πτέρνας μπορεί να αποτραπεί, αποφεύγοντας τη χρήση συνολικού εκτατικού προτύπου για τη μεταφορά βάρους, δίνοντας προσοχή στη θέση του ποδιού στην καθιστή θέση και με την καθημερινή απόκτηση της όρθιας στάσης, όταν η βάδιση δεν είναι πλέον μια από τις λειτουργικές δραστηριότητες του ασθενή.

Επικράτηση Προτύπου Έκτασης και Προσαγωγής στα κατώτερα άκρα.

Το πρότυπο της ολικής έκτασης μπορεί να αναχαιτιστεί με την εκπαίδευση στη σωστή μεταφορά βάρους μέσω του κινητού γόνατος, με έμφαση στην επαρκή κάμψη της κατ' ισχύων άρθρωσης στην καθιστή θέση και με τη χρησιμοποίηση καθίσματος ειδικά κατασκευασμένο για τη διάταση των προσαγωγών.

Σύσπαση του γόνατος σε κάμψη.

Η συστολή στο γόνατο μπορεί να εμποδιστεί εάν οι ισχιοκνημιαίοι διαταθούν ακουμπώντας τις άκρες των δακτύλων του ποδιού στο μακρύ κάθισμα καθώς διατηρούμε και τα δύο γόνατα σε έκταση.

Σύσπαση του ισχίου σε κάμψη.

Η βράχυνση των καμπτηρών του ισχίου μπορεί να αποφευχθεί εξασφαλίζοντας καλή έκταση στα ισχία κατά τη βάδιση ή όρθια στάση. Η καθημερινή υιοθέτηση της πρηνής κατάκλισης πρέπει να ενθαρρυνθεί από τον θεραπευτή.

Κάμψη θωρακικής μοίρας της Σ.Σ.

Η φτωχή στάση του κορμού μπορεί να αποτραπεί με ενεργητική ραχιαία έκταση στην καθιστή και πρηνή θέση. Η διάταση από ύπτια θέση ξαπλωμένος πάνω σε μαξιλάρι ή από καθιστή με τα χέρια να υποστηρίζουν τον κορμό, έχουν θετικά αποτελέσματα.

Κάμψη και έσω στροφή στον ώμο.

Ο περιορισμός της κίνησης του ώμου μπορεί να εξουδετερωθεί με εκπαίδευση στις αντιδράσεις ισορροπίας και με υποβοηθούμενη ανύψωση του ώμου σε πλήρες εύρος.

Φιξαρισμένες θέσης της κεφαλής.

Αποφεύγονται με εκπαίδευση επαρκούς ισορροπίας και αντιδράσεις στάσεως, καθώς και αποφυγή των παθολογικών προτύπων κίνησης.

ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Οι ενεργητικές ασκήσεις, κατά την εκτέλεσή τους, διέπονται από τις παρακάτω βασικές αρχές:

- 1) Πρέπει να εκτελούνται ομαλά και ρυθμιστικά, έτσι ώστε οι μύες και οι αρθρώσεις να μην υποβάλλονται σε ξαφνική τάση.
- 2) Πρέπει να βασίζονται σε σωστές αρχικές θέσεις
- 3) Πρέπει να παρέχουν τη δυνατότητα για ομαλή, σταδιακή εξέλιξη δηλαδή, από το στάδιο της αποκατάστασης.

Αρχή του ρυθμού:

Ο ρυθμός στη θεραπευτική άσκηση αναφέρεται στην εναλλαγή κίνησης – παύσης και αποτελεί παράγοντα εξέλιξης σ' ένα πρόγραμμα θεραπευτικών ασκήσεων.

Η μυϊκή σύσπαση πρέπει να συνοδεύεται από χαλάρωση τόσης διάρκειας που να επιτρέπει την επαναφορά της φυσιολογικής αιμάτωσης του μυός.

Η αρχή αυτή του ρυθμού βασίζεται στο γεγονός ότι η αποτελεσματικότητα ενός μυός εξαρτάται από τις συνθήκες τοπικής αιμάτωσης.

Αν η κυκλοφορία είναι καλή, τα παράγωγα της σύσπασης απομακρύνονται αμέσως. Αν όμως είναι φτωχή, τείνουν να συσσωρευτούν κι έτσι ενισχύεται η εμφάνιση της γρήγορης κόπωσης.

Η αρχή του ρυθμού εφαρμόζεται ιδιαίτερα σε αδυναμία οφείλεται στην ύπαρξη τραύματος ή σε παρατεταμένη ακινησία. Κατά τη διαδικασία της άσκησης, η έμφαση δίνεται εξίσου τόσο στη φάση της χαλάρωσης όσο και στη διάρκεια της σύσπασης. Η επανάληψη χωρίς παύση – χαλάρωση είναι αρνητικός παράγοντας σε ότι αφορά την αρχή του ρυθμού.

Πειραματικά αποδείχθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ανάπαυσης του μυός εμφανίζεται στο πρώτο τέταρτο του χρόνου που απαιτείται για την πλήρη του ανάπαυση. Ο χρόνος αυτός αναφέρεται ως «συμφέρουσα παύση» και έχει το χαρακτηριστικό ότι είναι μικρής διάρκειας, χωρίς να προσφέρει πλήρη ανάπαυση στο μυ (Lemman 1962).

Χρησιμοποιείται στον τύπο της «περιοδικής άσκησης» με σκοπό την αύξηση της μυϊκής δύναμης και της αντοχής.

Ο ρυθμός μιας περιοδικής άσκησης μπορεί να χαρακτηριστεί ως βραχύς, μέσος ή μακρός, ανάλογα με τη σχέση διάρκειας σύσπασης και παύσης.

Ωστόσο έχει διατυπωθεί η άποψη (Harpe) ότι η διάρκεια της παύσης καθορίζεται από την ένταση και τη διάρκεια της άσκησης σε σχέση με τη συχνότητα των επαναλήψεων. Έτσι, σε έντονες δυναμικές ή ισομετρικές συσπάσεις απαιτείται πλήρης ανάπαυση του μυός.

Γενικά η άποψη αυτή (μέθοδος επαναλήψεων) αποδέχεται ότι, όσο μεγαλύτερη είναι η ένταση της άσκησης τόσο μεγαλύτερη παύση απαιτείται.

Οι παράγοντες του ρυθμού, δηλαδή ή επανάληψη, η διάρκεια ανάπαυσης και σύσπασης, το μέγεθος της δύναμης και η διάρκεια των ασκήσεων στο σύνολο, ακολουθούν την εξέλιξη του μυός και σε κάθε περίπτωση επαναπροσδιορίζονται.

Το ρυθμό μιας άσκησης καθορίζουν τρεις κυρίως παράγοντες:

- Ο χρόνος ανάπτυξης της σύσπασης
- Η διάρκεια της σύσπασης
- Ο χρόνος ανάπαυσης του μυός.

Συνεπώς, ο ρυθμός χαρακτηρίζεται ως:

Βραχύς, όταν η διάρκεια σύσπασης και παύσης έχουν σχέση 1 : 5

Μέσος, όταν η σχέση είναι 1 : 2

Μακρός, όταν η σχέση είναι μεγαλύτερη απ' αυτήν του μέσου ρυθμού.

Αρχικές θέσεις:

Η «αρχική θέση ή θέση εκκίνησης» από την οποία εκτελείται μια άσκηση, οφείλει να είναι τέτοια ώστε να διευκολύνει την ενέργεια των μυών και να θεωρείται κατάλληλη ως προς το στάδιο της εξέλιξης στο οποίο βρίσκεται ο ασθενής.

Προκειμένου για την ισχυροποίηση μυών ή την κινητοποίηση αρθρώσεων, η θέση εκκίνησης των ασκήσεων πρέπει να είναι κατάλληλη, έτσι ώστε να σταθεροποιείται η έκφυση των μυών που ενεργούν.

Η σταθερότητα αυτή επιτυγχάνεται με δύο τρόπους:

- Με τη διεύρυνση της βάσης στήριξης του σώματος (καθιστή θέση σταθερότερη από την όρθια στάση, θέση κατάκλισης σταθερότερη από την καθιστή θέση).

- Με τη προσέγγιση του κέντρου βάρους προς τη βάση στήριξης (καθιστή θέση σταθερότερη από την όρθια θέση).

Οι θέσεις εκκίνησης, οι ονομαζόμενες «αρχικές θέσεις», παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στις διάφορες ασκήσεις.

Οι θέσεις αυτές διατηρούνται είτε με κατάλληλο βοήθημα, είτε με τη στατική ενέργεια των μυών που σταθεροποιούν τις αρθρώσεις.

Η επιλογή των κατάλληλων θέσεων διενεργείται ανάλογα με τον σκοπό που αυτές εξυπηρετούν και που μπορεί να είναι:

- Η χρησιμοποίηση μέσου στήριξης για την απόκτηση χαλάρωσης
- Η εκπαίδευση σωστής όρθιας στάσης και ισορροπίας
- Η απόκτηση ικανής σταθεροποίησης, όταν η κίνηση πρόκειται να εντοπισθεί σε μια συγκεκριμένη άρθρωση
- Η τροποποίηση του αποτελέσματος μιας άσκησης.

Υπάρχουν πέντε αρχικές θέσεις

1. Η όρθια στάση
2. Η γονυπετής θέση
3. Η καθιστή θέση
4. Η ύπτια κατάκλιση
5. Η θέση που ο γυμναζόμενος κρεμιέται από μονόζυγο.

Όλες οι άλλες θέσεις που χρησιμοποιούνται είναι τροποποιήσεις των παραπάνω θέσεων και ονομάζονται «απορρέουσες θέσεις» (Derived positions).

Κάθε μια τροποποίηση των αρχικών θέσεων, δηλαδή η επιλογή μιας απορρέουσας θέσης, αποβλέπει σε συγκεκριμένο σκοπό ή αποτέλεσμα.

ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ

Η ιδέα του ηλεκτρικού ερεθισμού ξεκίνησε από τους αρχαίους Έλληνες, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν κεχριμπάρι («ήλεκτρον») για να προκαλέσουν μυϊκές συσπάσεις. Με τις έρευνες των Volta και Faraday κατά τον 18^ο και 19^ο αιώνα, η χρήση του ηλεκτρισμού έγινε περισσότερο ελεγχόμενη, ενώ κατόπιν βοήθησαν και οι έρευνες των Galvani και Duchenne στη νευροφυσιολογία.

Η χρήση του ηλεκτρικού ερεθισμού προτείνεται από αρκετούς ερευνητές ως σημαντική μέθοδος για την ελάττωση της σπαστικότητας. Ο ηλεκτρικός ερεθισμός μπορεί να γίνει απευθείας στους σπαστικούς μυς, στους ανταγωνιστές αυτών, καθώς και στα νεύρα που νευρώνουν σπαστικούς μυς ή ανταγωνιστές αυτών.

Η χρήση του ηλεκτρικού ερεθισμού για τη μείωση της σπαστικότητας είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται αρκετά στο χώρο της νευρολογικής αποκατάστασης. Τα είδη του ηλεκτρικού ερεθισμού που προτείνονται για τη μείωση της σπαστικότητας είναι:

A) Ο Διαθερμικός Ηλεκτρικός Νευρικός Ερεθισμός (TENS: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation).

B) Ο Ηλεκτρικός Μυϊκός Ερεθισμός (EMS: Electrical Muscle Stimulation).

TENS και Σπαστικότητα

Ο TENS εφαρμόζεται κυρίως σε περιπτώσεις που το επιθυμητό αποτέλεσμα είναι η αναλγησία. Παρόλα αυτά, τα τελευταία χρόνια έχει διερευνηθεί η χρήση του ενάντια στη σπαστικότητα.

Η επίδραση των TENS στη σπαστικότητα βάσει της συχνότητας εφαρμογής του διακρίνεται σε :

- εργασίες εφαρμογής χαμηλής συχνότητας TENS (1 – 2 Hz)
- εργασίες εφαρμογής υψηλής συχνότητας TENS (20 - 100 Hz)

Η χρήση χαμηλής συχνότητας TENS φαίνεται πως δεν έχει καμία επίδραση στη μείωση της σπαστικότητας. Η χρήση υψηλής συχνότητας TENS έχει επίδραση στη μείωση της σπαστικότητας. Συγκεκριμένα, συχνότητες μεταξύ 20 - 50 Hz έχουν θετική επίδραση στη μείωση της σπαστικότητας.

Θετική επίδραση στη σπαστικότητα φαίνεται πως έχει και η χρήση συχνοτήτων 99 - 100 Hz. Ο χρόνος εφαρμογής του ερεθισμού υψηλής συχνότητας TENS στις παραπάνω εργασίες κυμαίνεται μεταξύ 20 και 45 minutes.

Ο συνηθέστερος χρόνος εφαρμογής είναι τα 30 minutes.

Όσον αφορά την τοποθέτηση των ηλεκτροδίων, οι ερευνητές προτείνουν τις παρακάτω πιθανές περιοχές των ηλεκτροδίων:

- Πάνω στους σπαστικούς μυς
- Πάνω στους ανταγωνιστές μυς των σπαστικών μυών
- Πάνω στα νεύρα που τροφοδοτούν τους σπαστικούς μυς, ή τους ανταγωνιστές αυτών

- Σε σημεία βελονισμού ή σε σημεία πυροδότησης.

Οι μηχανισμοί με τους οποίους ο TENS προκαλεί τη μείωση της σπαστικότητας και επομένως, τη γενικότερη βελτίωση του κινητικού ελέγχου των νευρολογικών ασθενών, παραμένουν αδιευκρίνιστοι. Η πλειοψηφία των μελετών υποστηρίζουν ότι ο TENS δρα μέσω ενός συνδυασμού πολλών επιμέρους μηχανισμών. Οι μηχανισμοί, οι οποίοι προτείνονται στη μελέτη του Walker (1982) και εμφανίζονται ως εκείνοι που ευθύνονται για τη μείωση της σπαστικότητας μετά από εφαρμογή TENS είναι:

- Ο διαθερμικός νευρικός ηλεκτρικός ερεθισμός των ανταγωνιστών μυών των σπαστικών μυών έχει ως αποτέλεσμα την αμοιβαία 1 α αναστολή.

- Ο διαθερμικός νευρικός ηλεκτρικός ερεθισμός των σπαστικών μυών έχει ως αποτέλεσμα την κατά Renshaw αναστολή.

Η μείωση της αμοιβής Ια αναστολής και της Renshaw αναστολής είναι κάποιος από εκείνους τους μηχανισμούς οι οποίοι ευθύνονται για την εμφάνιση του φαινομένου της σπαστικότητας. Συνεπώς, η αύξηση της αμοιβαίας Ια και της Renshaw αναστολής, λόγω εφαρμογής TENS, έχει ως επακόλουθο τη μείωση της σπαστικότητας. Στο συμπέρασμα ότι οι μηχανισμοί όπως η αυτογενής Ιβ αναστολή, αναστολή Renshaw και η αμοιβαία Ια αναστολή μπορεί να ενέχονται στη μείωση της σπαστικότητας, μετά από εφαρμογή διαδερμικού νευρικού ηλεκτρικού ερεθισμού.

Σε άλλη έρευνα αναφέρεται ότι με τον διαδερμικό νευρικό ηλεκτρικό ερεθισμό οι αισθητικές πληροφορίες μεταφέρονται κυρίως μέσω των μεγάλης διαμέτρου προσαγωγών ιών, μεταβιβάζοντας έτσι τις πληροφορίες αυτές από τους μηχανοϋποδοχείς προς το νωτιαίο μυελό. Στην ίδια έρευνα προτείνεται ότι η μείωση της σπαστικότητας μετά από εφαρμογή TENS οφείλεται στον ερεθισμό των προσαγωγών ιών μεγάλης διαμέτρου.

Έτσι, είναι πιθανόν ότι αυτός ο μεγάλης έκτασης και διάχυτος περιφερικός ερεθισμός ενεργοποιεί τις ανενεργές διεγερτικές ανασταλτικές συνάψεις (οι οποίες ευθύνονται για τη μείωση της σπαστικότητας), αλλά δεν έχει καμιά επίδραση στις ενεργές διεγερτικές συνάψεις, των οποίων η δραστηριότητα είναι ήδη στο μέγιστο επίπεδο.

Τέλος στη μελέτη των Levin και Chan (1989), αναφέρονται τα αποτελέσματα της χρήσης, διαθερμικού ερεθισμού, έναντι εικονικού ερεθισμού. Ο TENS, αλλά και ο εικονικός ερεθισμός, εφαρμόστηκαν στο ομόπλευρο προς τη βλάβη κοινό περονιαίο

νεύρο και στο ετερόπλευρο προς τη βλάβη μέσω νεύρο ημιπληγικών ασθενών. Το αποτέλεσμα αυτής της μελέτης ήταν ότι, σε σύγκριση με τον εικονικό ηλεκτρικό ερεθισμό, ο διαδερμικός νευρικός ηλεκτρικός ερεθισμός παρείχε μια σημαντική αύξηση της λανθάνουσας περιόδου του μυοτατικού αντανακλαστικού των σπαστικών μυών.

Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε αύξηση της λανθάνουσας περιόδου του μυοτατικού αντανακλαστικού των σπαστικών γαστροκνημίων, αλλά και των σπαστικών καμπτήρων μυών του καρπού. Η αύξηση αυτή της λανθάνουσας περιόδου το μυοτατικού αντανακλαστικού των σπαστικών μυών συνεπάγεται αυτόματα τη μείωση του βαθμού σπαστικότητας των ίδιων μυών.

EMS και σπαστικότητα

Οι μυς που παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη σπαστικότητα είναι, για τα άνω άκρα, οι καμπτήρες αγκώνα, καρπού και δακτύλων. Οι μυς του κάτω άκρου που συνήθως παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη σπαστικότητα είναι ο τετρακέφαλος, ο πρόσθιος κνημιαίος και ο γαστροκνήμιος.

Ο ηλεκτρικός μυϊκός ερεθισμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ελάττωση της σπαστικότητας μυών και μυϊκών ομάδων.

Η εφαρμογή του ερεθισμού γίνεται:

- Στους ανταγωνιστές των σπαστικών μυών.

- Απευθείας στους σπαστικούς μυς.
- Σε κινητά νεύρα που νευρώνουν σπαστικούς μυς.

Ο Waters (1975) και η Baker (1979) έχουν διαπιστώσει την ελάττωση της σπαστικότητας των καμπτήρων άνω άκρου ερεθίζοντας τους ανταγωνιστές μυς. Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξε και ο Powell με τους συνεργάτες του (1999), ερεθίζοντας τους εκτεινόντες μυς του καρπού, παρατηρώντας και βελτίωση της λειτουργικότητας της άκρας χείρας. Ο Lin C. (2000) μείωσε τη σπαστικότητα των καμπτήρων του καρπού, εφαρμόζοντας ηλεκτρικό μυϊκό ερεθισμό στο κοινό εκτεινόντα των δακτύλων μυ.

Μείωση της σπαστικότητας παρατηρείται και από τον απευθείας ερεθισμό των σπαστικών μυών. Ο Daly και οι συνεργάτες του (1996) παρατήρησαν μείωση της σπαστικότητας των καμπτήρων μυών του καρπού, με εφαρμογή απευθείας ηλεκτρικού μυϊκού ερεθισμού σε αυτούς. Μείωση της σπαστικότητας παρουσιάζεται και απευθείας ερεθισμό του τετρακέφαλου, του γαστροκνημίου και του πρόσθιου κνημιαίου, μυς που επίσης αναπτύσσουν σε ημιπληγικούς ασθενείς.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν έρευνες στις οποίες γίνεται ερεθισμός κινητικών νεύρων που νευρώνουν σπαστικούς μυς ή τους ανταγωνιστές των μυών με σπαστικότητα. Ο ερεθισμός του ωλένιου νεύρου μειώνει τη σπαστικότητα των καμπτήρων μυών του καρπού. Επίσης ο ερεθισμός του περονιαίου νεύρου οδηγεί σε μείωση της τονικής δραστηριότητας του πρόσθιου κνημιαίου και των πελματιαίων καμπτήρων.

Στη βιβλιογραφία υπάρχει αρκετά μεγάλη διακύμανση για το χρόνο που διαρκεί η μείωση της σπαστικότητας μετά από την εφαρμογή του ηλεκτρικού μυϊκού ερεθισμού. Το χρονικό διάστημα φαίνεται να εξαρτάται και από τη συχνότητα των συνεδριών ηλεκτρικού ερεθισμού των μυών. Η μείωση της σπαστικότητας, αμέσως μετά τη χρήση ηλεκτρικού μυϊκού ερεθισμού, διαρκεί μερικές ώρες. Ερευνητές προτείνουν για αποτελέσματα μεγαλύτερης διάρκειας την εφαρμογή ερεθισμού πέντε ημέρες την εβδομάδα για τρεις εβδομάδες. Υπάρχουν συγγραφείς που προτείνουν επαναληπτικούς ερεθισμούς κατά τη διάρκεια της ημέρας. Οι επαναληπτικοί ερεθισμοί μπορεί να είναι 3 φορές την ημέρα ή και 6 φορές την ημέρα.

Η επίδραση του ηλεκτρικού μυϊκού ερεθισμού στη μείωση της σπαστικότητας φαίνεται πως σταματά να υφίσταται δύο εβδομάδες μετά την εφαρμογή του. Όσο εφαρμόζεται ηλεκτρικός ερεθισμός των μυών, η σπαστικότητα

μειώνεται, όταν όμως σταματήσει ο ερεθισμός, μετά από δύο εβδομάδες η σπαστικότητα επανέρχεται στην προηγούμενη κατάσταση. Με την επανάληψη του ηλεκτρικού μυϊκού ερεθισμού, οι συνδέσεις μεταξύ των νευρώνων ενισχύονται και η σπαστικότητα μειώνεται για περισσότερο χρόνο. Γι' αυτόν το λόγο οι έρευνες προτείνουν μακροχρόνια εφαρμογή του ηλεκτρικού μυϊκού ερεθισμού, χωρίς όμως να καταλήγουν σε συγκεκριμένα χρονοδιαγράμματα συχνότητας των συνεδριών και χρονικού διαστήματος εφαρμογής αυτών.

Οι έρευνες προτείνουν ηλεκτρικό ρεύμα συχνότητας 20-40 ώσεων και διάρκειας ώσης 200-300μ sec για τη μείωση της σπαστικότητας. Ο ερεθισμός σ' αυτές τις παραμέτρους δεν προκαλεί τετανική συστολή. Οι Ια αισθητικές ίνες που μεταφέρουν ερεθίσματα στους ενδιάμεσους ανασταλτικούς νευρώνες στο νωτιαίο μυελό έχουν μεγαλύτερη διάμετρο και γι' αυτό απαιτείται ένα χαμηλό επίπεδο ερεθισμού για να διεγερθούν. Η διέγερση τους είναι πάντα παρούσα, ακόμα και αν ο ερεθισμός προκαλέσει μια μικρή σύσπαση. Γι' αυτό πιθανόν να είναι αποτελεσματικός, όπως αναφέρεται σε ορισμένες έρευνες, και ο ερεθισμός με ρεύμα που δεν προκαλεί τετανική συστολή στη μείωση της σπαστικότητας. Η ενίσχυση της λειτουργίας των μυών για βελτίωση της κινητικότητας απαιτεί τετανικό ηλεκτρικό μυϊκό ερεθισμό.

Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν στην εφαρμογή υψηλής έντασης ηλεκτρικού ερεθισμού, για να εκλύεται έντονη σύσπαση, μεγάλης διάρκειας παλμοσειρά (8-10sec), ώστε η σύσπαση των αγωνιστών και η χαλάρωση των ανταγωνιστών να διαρκεί για κάποιο χρονικό διάστημα, και παύλα τριπλάσια ή πενταπλάσια της παλμοσειράς, για να υπάρχει κάποιο ουσιαστικό διάστημα ανάπαυσης των ερεθιζόμενων μυών.

Διευκρινίζεται ότι, όταν μιλάμε για διάρκεια παλμοσειράς, εννοούμε το χρόνο που διαρκεί η σύσπαση του μυός, ενώ όταν μιλάμε για διάρκεια παύλας, εννοούμε το χρονικό διάστημα του διαλείμματος μεταξύ των συσπάσεων.

Η νευροφυσιολογική βάση της μείωσης της σπαστικότητας από την εφαρμογή ηλεκτρικού μυϊκού ερεθισμού των ανταγωνιστών των μυών με σπαστικότητα είναι η εξής (Taylor, 2002).

Όταν ένας μυς συσπάται, η ενεργοποίηση της μυϊκής ατράκτου μεταδίδει, μέσα ενδιάμεσων νευρώνων, ανασταλτικές ώσεις στον ανταγωνιστή μυ, με αποτέλεσμα τη μείωση της δραστηριότητάς του. Το φαινόμενο αυτό είναι γνωστό ως αμοιβαίας αναστολή και το αποτέλεσμά της εκμεταλλευόμαστε κατά τον ερεθισμό

του ανταγωνιστή ενός μυός με σπαστικότητα. Οι Ια αισθητικές ίνες ξεκινούν από την μυϊκή άτρακτο και μεταφέρουν ερεθίσματα στους ενδιάμεσους ανασταλτικούς νευρώνες στο νωτιαίο μυελό. Οι νευρώνες αυτοί ασκούν ανασταλτική δράση στους ανταγωνιστές μυς και μειώνουν τη δραστηριότητάς τους. Οι Ια ίνες έχουν μεγάλη διάμετρο, και γι' αυτό απαιτείται ένα χαμηλό επίπεδο ερεθισμού για να διεγερθούν. Η διέγερσή τους είναι πάντα παρούσα, ακόμα και αν ο ερεθισμός προκαλέσει μια μικρή σύσπαση. Μετά από τον ερεθισμό των ανταγωνιστών μυών, υπάρχει μία περίοδος μείωσης της σπαστικότητας. Με την επανάληψη του ερεθισμού, οι συνδέσεις μεταξύ των νευρώνων ενισχύονται και η σπαστικότητα μειώνεται για περισσότερο χρόνο.

Η νευροφυσιολογική βάση της μείωσης της σπαστικότητας από την εφαρμογή ηλεκτρικού μυϊκού ερεθισμού απευθείας στους σπαστικούς μυς είναι η εξής: ηλεκτρικός μυϊκός ερεθισμός των σπαστικών μυών επιφέρει μείωση της σπαστικότητας, η οποία οφείλεται σε ερεθίσματα τα οποία μεταφέρονται στα κύτταρα Renshaw ασκούν ανασταλτική δράση στους α κινητικούς νευρώνες, με αποτέλεσμα τη μείωση της σπαστικότητας. Υπάρχει όμως μια γενικότερη ανησυχία πως, αν εφαρμόσουμε ηλεκτρικό μυϊκό ερεθισμό σε σπαστικούς μύς, η σπαστικότητα μπορεί να μειώνεται, αλλά μπορεί να αυξηθεί αργότερα.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ (FES)

Τι είναι «Λειτουργικός Ηλεκτρικός Ερεθισμός» (FES);

Λειτουργικός Ηλεκτρικός Ερεθισμός (FES) είναι η χρήση μικρών ηλεκτρικών ερεθισμάτων για τη διέγερση μυών που δεν λειτουργούν λόγω αδυναμίας – παράλυσης από νευρική βλάβη. Σκοπός της μεθόδου είναι να αναπαράγει τις κινήσεις που έχουν ελαττωθεί ή και χαθεί εντελώς, ώστε να βελτιώσει την αυτονομία και την ποιότητα ζωής του ατόμου. Αυτή είναι η βασική διαφορά από τον απλό Ηλεκτρικό Ερεθισμό (ηλεκτρογυμναστική), που εφαρμόζεται με τον ασθενή σε χαλαρή θέση στο φυσικοθεραπευτήριο ή το ιατρείο, για εξάσκηση κάποιων μυών ή νεύρων. Στο Λειτουργικό Ηλεκτρικό Ερεθισμό λοιπόν, η κίνηση που προκαλείται είναι μέρος κάποιας λειτουργίας, όπως π.χ. η βάδιση, το σήκωμα από την καρέκλα, το άπλωμα του χεριού κλπ και εφαρμόζεται ακριβώς κατά τη διάρκεια της λειτουργίας, από τον ίδιο τον ασθενή στο σπίτι του, στο χώρο εργασίας του, ή και σε εξωτερικούς χώρους.

Η έννοια του Λειτουργικού Ηλεκτρικού Ερεθισμού προτάθηκε από τον Liberson το 1961, όταν ο ίδιος και η ερευνητική του ομάδα δημιούργησαν την πρώτη ηλεκτρική συσκευή διέγερσης για τη διόρθωση της πτώσης πέλματος μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Η θεωρία του ήταν ότι διεγείροντας ηλεκτρικά τους παραλυμένους μύες, θα ήταν δυνατό να παράγει μία λειτουργική κίνηση, αναπαριστώντας έτσι τη λειτουργία ενός νάρθηκα ή κηδεμόνα (βοήθημα βάσης που προσαρμόζεται μέσα ή επάνω στο υπόδημα), χωρίς όμως τα μειονεκτήματά τους.

Ο Liberson δοκίμασε τη συσκευή που δημιούργησε σε ασθενείς με ημιπληγία και ανέφερε ότι όχι μόνο βελτιώθηκε σημαντικά η βάδισή τους με χρήση της συσκευής, αλλά και ότι σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς ανακτούσαν την ικανότητα να ανασηκώνουν μόνοι τους το πέλμα τους για σύντομες περιόδους μετά τη χρήση της συσκευής.

Κατά τις επόμενες δεκαετίες η μέθοδος FES επεκτάθηκε και σε εφαρμογές για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας του χεριού, μυο-ηλεκτρικό έλεγχο σε νάρθηκες και τεχνητά μέλη, έλεγχο της σπαστικότητας στο επίπεδο του νωτιαίου μυελού, κινητικά προβλήματα από κακώσεις περιφερικών νεύρων κ.ά. Αρκετές από αυτές τις εφαρμογές παρέμειναν για πολλά χρόνια σε ερευνητικά πλαίσια με περιορισμένη εφαρμογή σε ασθενείς, λόγω πρακτικών προβλημάτων που σχετίζονταν με τις παλιότερες τεχνολογίες και σε έλλειψη εμπειρίας.

Γύρω στα μέσα της δεκαετίας του '80 το προσωπικό του τμήματος Βιοϊατρικής του νοσοκομείου Salisbury στη Μ.Βρετανία (που ανήκει στο Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, το NHS) ξεκίνησαν την έρευνα στη μέθοδο FES, με σκοπό να βοηθήσουν κάποιους μεμονωμένους ασθενείς με κινητικά προβλήματα στα κάτω άκρα (τα πόδια). Τα πρώτα αποτελέσματα ήταν τόσο ενθαρρυντικά, ώστε αποφάσισαν να συνεχίσουν την έρευνα και εξέλιξη της μεθόδου. Στόχος τους ήταν να κατασκευάσουν κάποια αξιόπιστη συσκευή που να μπορεί πλέον να χρησιμοποιείται καθημερινά από ασθενείς με διάφορα προβλήματα, με σταθερά καλά αποτελέσματα. Σταδιακά, μετά από 10 περίπου χρόνια, κατασκεύασαν την πρώτη τέτοια συσκευή για ασθενείς με βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος. Το 1997 η συσκευή έλαβε έγκριση χρήσης από το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας ("NHS"), ενώ αργότερα ακολούθησαν και άλλες εγκρίσεις, όπως από τον Βρετανικό Ιατρικό Σύλλογο ("Royal

College of Physicians”) το 2000, και από τον Αμερικανικό Οργανισμό Τροφίμων-Φαρμάκων (“Food and Drugs Agency”) το 2005.

Από το 1997 και μετά η μέθοδος FES έχει χρησιμοποιηθεί από πολλές χιλιάδες ασθενών σε δεκάδες νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές σε όλη τη Μ.Βρετανία, ενώ στο νοσοκομείο Salisbury έχει πλέον δημιουργηθεί το «National FES Centre», ένα πρότυπο κέντρο εφαρμογής της μεθόδου σε παγκόσμια κλίμακα. Οι συσκευές που κατασκευάζονται εκεί εξάγονται πλέον σε όλο τον κόσμο, με την εμπορική ονομασία «Odstock Medical Limited (OML)». Εκτός από τη Μ.Βρετανία, η εφαρμογή της μεθόδου FES με τις συγκεκριμένες συσκευές είναι διαδεδομένη και σε πολλές άλλες χώρες της Ευρώπης, όπως την Ιρλανδία, την Ιταλία, τη Δανία, την Αυστρία, το Βέλγιο, την Ολλανδία, το Λουξεμβούργο και τη Ρουμανία. Χρησιμοποιείται επίσης στις ΗΠΑ, την Τουρκία, την Κίνα, τη Ν. Αφρική και το Κατάρ, ενώ συνεχώς εξαπλώνεται η χρήση της σε περισσότερες χώρες.

Ποιους μπορεί να ωφελήσει η μέθοδος FES:

Η μέθοδος FES μπορεί να βοηθήσει άτομα με κινητικές δυσκολίες (αδυναμία/πάρεση, παράλυση, σπαστικότητα) λόγω βλάβης στον «ανώτερο κινητικό νευρώνα», δηλαδή τον εγκέφαλο ή το νωτιαίο μυελό. Τέτοιες βλάβες είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η νόσος του Πάρκινσον, η εγκεφαλική παράλυση, οι κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, οι ατελείς βλάβες του νωτιαίου μυελού (επίπεδο Θ12 και άνω), κ.ά.

Η μέθοδος FES εφαρμόζεται με επιτυχία σε ηλικίες από 6-7 ετών έως και τη γεροντική ηλικία.

Για να είναι αποτελεσματική η μέθοδος, είναι απαραίτητο να μην παρουσιάζουν κάκωση οι ίνες μέσα στα νεύρα που ενώνουν το νωτιαίο μυελό με τους μύες. Αυτό ισχύει προκειμένου να μπορούν να φτάσουν οι ηλεκτρικοί παλμοί μέσω των νεύρων στους μύες. Για το λόγο αυτό η μέθοδος συνήθως δεν έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα σε βλάβες των περιφερικών νεύρων (π.χ. μετά από εγχειρήσεις στα κάτω άκρα) ή όταν η κινητική δυσκολία προέρχεται από πρόβλημα στη μέση (οσφυική μοίρα σπονδυλικής στήλης). Επίσης σπάνια έχει καλά αποτελέσματα σε περιπτώσεις πολιομυελίτιδας, Guillain Barre, πολυνευροπάθειες κ.ά.

Αντενδείξεις

Η μέθοδος FES είναι κατάλληλη για ασθενείς με βλάβες όπως αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω, με την προϋπόθεση να μην υπάρχει κάποια από τις πιο κάτω αντενδείξεις:

- Δεν εφαρμόζεται κατά την εγκυμοσύνη, επειδή δεν υπάρχουν μελέτες που να αποδεικνύουν ότι η χρήση της μεθόδου είναι ασφαλής.
- Εάν υπάρχει επιληψία, πρέπει να ελέγχεται με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.
- Εάν υπάρχει καρδιακός βηματοδότης, η χρήση της μεθόδου επιτρέπεται μόνο μετά από έλεγχο καρδιολόγου ή εξουσιοδοτημένου τεχνικού (για να βεβαιωθεί ότι δεν υπάρχει παρεμβολή).
- Δεν πρέπει να υπάρχουν σοβαρές δερματοπάθειες στην περιοχή τοποθέτησης των ηλεκτροδίων.
- Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε κάποια άρθρωση που παρουσιάζει αγκύλωση.

Αποτελέσματα

Αυτά έχουν ερευνηθεί επί πολλές δεκαετίες, τόσο από την ερευνητική ομάδα του νοσοκομείου Salisbury, όσο και από άλλους ερευνητές. Τα συμπεράσματα των κλινικών μελετών έχουν δημοσιευτεί σε πολλές δεκάδες επιστημονικά περιοδικά (δείτε ενότητα Βιβλιογραφία). Έχουν δείξει λοιπόν πως τα κύρια αποτελέσματα της μεθόδου FES είναι τα εξής:

- Επανενεργοποίηση μυών που ήταν αδύναμοι ή παράλυτοι.
- Ελάττωση της σπαστικότητας.
- Βελτίωση της λειτουργικότητας του μέλους.
- Βελτίωση της κυκλοφορίας.
- Αύξηση της κινητικότητας των αρθρώσεων.
- Επανεκπαίδευση του εγκεφάλου στις καινούργιες κινήσεις.
- Αύξηση αυτοπεποίθησης και ελάττωση άγχους.

ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η υδροθεραπεία αναφέρεται στην εφαρμογή του νερού ως θεραπευτικό μέσο. Η ευεργετική επίδραση του νερού στην αποκατάσταση είναι γνωστή από τον πατέρα της ιατρικής Ιπποκράτη.

Ο Ιπποκράτης αιώνες πριν, χρησιμοποιούσε εμβυθίσεις σε ζεστό ή κρύο νερό για την θεραπεία διαφόρων παθήσεων όπως μυϊκών σπασμών, παραλύσεων, ρευματισμών και αρθροπαθειών. Σήμερα οι φυσιοθεραπευτές χρησιμοποιούν το νερό ως μέσο αποκατάστασης με διάφορες υδροθεραπευτικές μεθόδους όπως κινησιοθεραπεία σε θεραπευτικές πισίνες ή με την εφαρμογή δινόλουτρων. Επίσης σε εξειδικευμένα κέντρα υδροθεραπείας και αποκατάστασης εφαρμόζονται και υδροηλεκτρικά λουτρά. Ακόμη, υπάρχουν και ειδικές τεχνικές υδροθεραπείας. Η θεραπευτική δράση του νερού βασίζεται στις αρχές και τις ιδιότητες του.

Αρχές και ιδιότητες του νερού

Άνωση

Σύμφωνα με την αρχή του Αρχιμήδη, όταν ένα σώμα είναι πλήρως ή μερικώς βυθισμένο σε ένα ρευστό σε ηρεμία, υφίσταται μία ανοδική ώθηση ίση με το βάρος του ρευστού που εκτοπίζεται. Αυτή η ανοδική ώθηση ονομάζεται άνωση. Με την βοήθεια της άνωσης οι κινήσεις των άνω και κάτω άκρων καθώς και της σπονδυλικής στήλης γίνονται πιο εύκολα και ελεύθερα γιατί δεν υπάρχει φόρτιση στις αρθρώσεις προάγοντας και διατηρώντας έτσι την μυοσκελετική λειτουργία σε παθήσεις που η φόρτιση δεν επιτρέπεται ή δεν είναι δυνατή.

Κατά την εμβύθιση ενός ασθενούς το ποσό του βάρους του σώματος που υποστηρίζεται από τα κάτω άκρα είναι ανάλογο του βάθους του νερού. Έτσι όταν ένας ασθενής έχει βυθιστεί μέχρι το ύψος της λεκάνης το βάρος που υποστηρίζεται από τα άκρα αντιστοιχεί στο 50% του κανονικού βάρους του ατόμου. Ενώ όταν ένας ασθενής βυθίζεται μέχρι τον θώρακα και τον αυχένα το βάρος που υποστηρίζεται είναι 30% και 10% του κανονικού βάρους αντίστοιχα.

Υδροστατική Πίεση

Η υδροστατική πίεση είναι ισοδύναμη σε όλες τις επιφάνειες ενός βυθισμένου σώματος και αυξάνεται όσο αυξάνεται το βάθος. Αυτό το χαρακτηριστικό του νερού βοηθά την φλεβική επιστροφή και την λειτουργία του λεμφικού συστήματος συμβάλλοντας στη μείωση των οιδημάτων και αιματωμάτων. Επίσης η πίεση στο στήθος προκαλεί την αποβολή περισσότερου αέρα από τους πνεύμονες βοηθώντας έτσι και την αναπνευστική λειτουργία.

Αντίσταση Ρευστού

Η κίνηση του σώματος στο νερό εμποδίζεται από την αντίσταση του ρευστού. Αυτή η δύναμη αντίστασης είναι ομοιόμορφη σε όλη την τροχιά κίνησης και εξαρτάται από την ταχύτητα της κίνησης και την επιφάνεια του μέλους που κινείται. Όσο πιο γρήγορα γίνεται η κίνηση μέσα στο νερό, η αντίσταση αυξάνεται, ενώ για παράδειγμα, η αντίσταση του νερού είναι μεγαλύτερη όταν το άνω άκρο κινείται με ανοιχτά τα δάχτυλα της παλάμης από όταν κινείται με σφιγμένη την γροθιά. Αυτό το χαρακτηριστικό γνώρισμα του νερού δίνει την δυνατότητα στον φυσιοθεραπευτή να εφαρμόσει την κινησιοθεραπεία με αυστηρά προοδευτικό πρόγραμμα προσφέροντας γρηγορότερη και ασφαλέστερη ανάρρωση του ασθενούς. Η δύναμη της αντίστασης του νερού σε συνδυασμό με την άνωση βοηθά στην ιδανικότερη αποκατάσταση ακόμη και των πιο αδύνατων μυών.

Ένα μοναδικό πλεονέκτημα της φυσικοθεραπείας σε θεραπευτικές πισίνες είναι η λειτουργική αποκατάσταση, όπου η αντίσταση του νερού εφαρμόζεται ομοιόμορφα κατά την κίνηση σε όλες τις μυϊκές ομάδες. Όπως για παράδειγμα κατά την αποκατάσταση της βάρδιας η αντίσταση εφαρμόζεται σε όλο το σκέλος ενώ ο ασθενής βαδίζει -παρέμβαση η οποία δεν μπορεί να εφαρμοστεί έξω από το νερό. Ένα άλλο παράδειγμα λειτουργικής αποκατάστασης στο νερό είναι η θεραπεία ενός τενίστα που μιμείται μέσα στο νερό τις κινήσεις του τένις η ενός ποδοσφαιριστή που μιμείται το χτύπημα της μπάλας.

Επίσης σε σύγχρονα και εξειδικευμένα κέντρα υδροθεραπείας η αντίσταση του νερού ρυθμίζεται με ειδικά συστήματα αντίθετης ροής και ταυτόχρονης χρήσης ρυθμιζόμενου ύψους βυθιζόμενης πλατφόρμας με σκοπό την προσαρμογή του

φυσιοθεραπευτικού προγράμματος υδροθεραπείας ανάλογα με τις ανάγκες και του στόχους κάθε ασθενούς ξεχωριστά.

Θερμοκρασία

Η κατάλληλη θερμοκρασία του νερού για θεραπευτικούς σκοπούς θεωρείται στους 33-35° C. Με την εμβύθιση του ασθενούς σε ζεστό νερό σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες χαρακτηριστικές ιδιότητες του νερού προάγεται η μυϊκή χαλάρωση, μειώνεται ο μυϊκός σπασμός και η σπαστικότητα, ενώ μειώνεται η ευαισθησία στον πόνο διευκολύνοντας έτσι την επίτευξη των στόχων της αποκατάστασης.

ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ;

- Για ταχεία μετεγχειρητική αποκατάσταση τραυμάτων και ορθοπεδικών παθήσεων, (συνδεσμοπλαστική, αρθροπλαστική κλπ.).
- Σε νευρολογικές παθήσεις (εγκεφαλικά, σκλήρυνση κατά πλάκας, πάρεση), για αναχαίτιση σπαστικότητας και διευκόλυνση κίνησης.
- Σε παθολογικές καταστάσεις που έχει προηγηθεί ακινητοποίηση, όπως για παράδειγμα σε οξεία οσφυαλγία, οξείες ρευματικές παθήσεις, περιαρθρίτιδα ώμου (παγωμένος ώμος).
- Σε δυσκαμψίες και παραμορφώσεις για ανώδυνη κινητοποίηση των αρθρώσεων με τη χρήση ζεστού νερού π.χ μετά από κατάγματα.
- Σε σύνδρομο καταπόνησης των μυών με τη χρήση υδρομασάζ όζοντος, για χαλάρωση και απαγωγή του γαλακτικού οξέος.
- Σε παχύσαρκα άτομα, για γενικό πρόγραμμα ασκήσεων.
- Σε εγκύους ή μετά τον τοκετό, για τόνωση και σύσφιγξη των χαλαρών μυών.

ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ;

Όχι , εκτός εάν πάσχετε από βαριάς μορφής καρδιοπάθεια, δερματική νόσο, ή ακράτεια ούρων.

Ειδικές τεχνικές υδροθεραπείας

Bad Ragaz Ring Method

Η Bad Ragaz Ring μέθοδος είναι ένας συνδυασμός από θεραπευτικές τεχνικές που εφαρμόζεται μέσα στο νερό, η οποία αναπτύχθηκε στα θερμά λουτρά του Bad Ragaz στην Ελβετία. Οι θεραπευτικοί στόχοι της τεχνικής αυτής, προσανατολίζονται στη σταθερότητα του κορμού και των άκρων καθώς και στην μυϊκή ενδυνάμωση μέσω ειδικών ασκήσεων αντίστασης. Οι ασκήσεις πραγματοποιούνται με τον ασθενή σε οριζόντιο επίπεδο, υποβοηθούμενο να ισορροπήσει στο νερό με ειδικά σωσίβια.

Halliwick Method

Η μέθοδος αναπτύχθηκε από τον James McMillan το 1949 στο Halliwick School for Girls in Southgate του Λονδίνου. Ξεκίνησε με βασικό σκοπό να βοηθήσει τα άτομα με ειδικές ανάγκες να αποκτήσουν ανεξαρτησία και να μπορούν να κολυμπούν με ασφάλεια. Η μέθοδος δίνει έμφαση στις ικανότητες του ασθενούς μέσα στο νερό και όχι στις ανικανότητές του πάνω στη γη. Ο ασθενής συγκρατείται από τον φυσιοθεραπευτή και ισορροπεί στο νερό ενώ προοδευτικά ελευθερώνεται με σκοπό να εκπαιδευτεί στην ισορροπία και τον έλεγχο της στάσης του σώματος του. Ο Θεραπευτής συστηματικά προσθέτει στο πρόγραμμα πιο πολύπλοκες και στροφικές κινήσεις με σκοπό να εκπαιδεύσει τον ασθενή στο κολύμπι και να τον βοηθήσει στον νευρομυϊκό συντονισμό των κινήσεων του.

Watsu

Είναι μια μορφή παθητικής υδροθεραπείας βασισμένη στις αρχές του γνωστού από το μασάζ Zen Shiatsu. Η τεχνική WATSU εφαρμόζεται πάντα με τον ασθενή ελεγχόμενο από τα χέρια του θεραπευτή. Ο θεραπευτής σταθεροποιεί το ένα τμήμα του ασθενούς και κινεί παθητικά το αντίθετο προσθέτοντας έτσι μια ομαλή διάταση λόγω της ροής του νερού του στο τμήμα του σώματος που δεν κινείται. Ο ασθενής δεν συμμετέχει ενεργά στην θεραπεία. Ο βασικός σκοπός της θεραπείας είναι η χαλάρωση η οποία επέρχεται μέσω της διάτασης και των φυσικών ιδιοτήτων του νερού.

Aquatic PNF

Αναφέρεται στην θεραπεία όπου οι τεχνικές ιδιοδεκτικής νευρομυϊκής διευκόλυνσης (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation PNF) πραγματοποιούνται μέσα στο νερό. Ο ασθενής με οπτικά, ακουστικά και απτικά ερεθίσματα εκτελεί λειτουργική, ελικοειδή και διαγώνια πατέντα κινήσεων ενώ στέκεται, γονατίζει η ξαπλώνει στο νερό. Οι ασκήσεις μπορεί να εκτελούνται παθητικά, υποβοηθούμενα ή με αντίσταση από τον φυσιοθεραπευτή.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η συνεχής ελαφρά σύσπαση των μυών που φυσιολογικά υπάρχει ακόμη και σε κατάσταση ηρεμίας, ονομάζεται μυϊκός τόνος. Ο φυσιολογικός μυϊκός τόνος αποτελεί βασικό στοιχείο της φυσιολογικής στάσης και κίνησης του σώματος.

Η σπαστικότητα αποτελεί μία μορφή μη φυσιολογικής αύξησης του μυϊκού τόνου και συναντάται σε άτομα με εγκεφαλική παράλυση, κρανιοεγκεφαλική κάκωση, κάκωση του νωτιαίου μυελού, καθώς και ως εκδήλωση νευροεκφυλιστικών και άλλων νοσημάτων του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η σπαστικότητα αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα σε λειτουργικό επίπεδο πρώτον, παρεμποδίζοντας την φυσιολογική συντονισμένη κίνηση και δεύτερον, δημιουργώντας παραμορφώσεις στο μυοσκελετικό σύστημα.

Η σπαστικότητα, όντας ένα πολυσύνθετο πρόβλημα, απαιτεί μία ομάδα ειδικών, την ομάδα αποκατάστασης, για την αντιμετώπισή της. Προσεγγίζοντας το πρόβλημα μέσω μιας διεπιστημονικής ομάδας αποκατάστασης, επιτυγχάνουμε μία ολιστική αξιολόγηση, έναν ακριβή σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος, ενώ ταυτόχρονα η ομάδα αποκατάστασης είναι υπεύθυνη να θέσει τούς στόχους τού προγράμματος. Η ομάδα αποκατάστασης αξιολογεί το άτομο, σχεδιάζει το θεραπευτικό πρόγραμμα και θέτει τούς στόχους λαμβάνοντας υπόψιν και άλλες παραμέτρους όπως τη νοητική κατάσταση, τη γενική κατάσταση της υγείας, την ηλικία και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες της οικογένειας. Διατηρώντας μία στενή επαφή, επαναλαμβάνει αυτή τη διαδικασία σε τακτά χρονικά διαστήματα (2-3 φορές το χρόνο) με σκοπό την αναγνώριση της προόδου (ή την απουσία προόδου) και την τροποποίηση των στόχων και του προγράμματος ανάλογα.

Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στη συμμετοχή τού ατόμου και της οικογένειας στην ομάδα αποκατάστασης, οι οποίοι παίζουν σημαντικό ρόλο στη λήψη των αποφάσεων. Οι ειδικοί αποκατάστασης είναι επιφορτισμένοι με την ευθύνη

να ενημερώσουν το άτομο και την οικογένεια για τις επιλογές που υπάρχουν, τα υπέρ και τα κατά κάθε επιλογής, και ποια κατά τη γνώμη τους είναι η καλύτερη επιλογή για το συγκεκριμένο άτομο, τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Στη συνέχεια, όλη η ομάδα αποφασίζει για τη μέθοδο αντιμετώπισης που θα χρησιμοποιηθεί. Αναγνωρίζοντας την πολυπλοκότητα των προβλημάτων που δημιουργεί η σπαστικότητα, όπως και την ανάγκη συμμετοχής του ατόμου και της οικογένειας στην ομάδα αποκατάστασης, γίνεται εμφανές ότι η σωστή ενημέρωση του ατόμου και της οικογένειας είναι μία σημαντική παράμετρος. Αυτός είναι και ο στόχος αυτού του άρθρου στο οποίο γίνεται μία προσπάθεια συνολικής παρουσίασης των διαθέσιμων μορφών αντιμετώπισης της σπαστικότητας.

❖ Μορφές Αντιμετώπισης της Σπαστικότητας

1. Από του στόματος χορηγούμενα φάρμακα για την αντιμετώπιση της σπαστικότητας.

Φάρμακα που έχουν αποδειχθεί δραστικά στην ελάττωση της σπαστικότητας είναι αρκετά. Από τα 14 που συνήθως αναγράφονται ως αποτελεσματικά κατά της σπαστικότητας, τα 9 είναι δυνατόν να χορηγηθούν από του στόματος, και από αυτά στην εγκεφαλική παράλυση (Ε.Π.) θεωρούνται ότι είναι δραστικά τα 4. Πρόκειται για το Δανδρολίνιο, τη Διαζεπάμη, την Κεταζολάμη και την Πιρακετάμη.

Άλλα φάρμακα της κατηγορίας αυτής όπως η μπακλοφένη από του στόματος, που θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμη για την αντιμετώπιση της σπαστικότητας από σκλήρυνση κατά πλάκας ή από τραυματική βλάβη του νωτιαίου μυελού, δεν έχουν δείξει ανάλογη αποτελεσματικότητα στην Ε.Π.

Η χρησιμοποίηση από του στόματος φαρμάκων και όχι τοπικής θεραπείας είναι σκόπιμο να υιοθετείται σε περιπτώσεις που η σπαστικότητα είναι διάχυτη και όχι εστιακή ή περιοχική. Επίσης ενδείκνυται σε μέτρια έως σοβαρή σπαστικότητα.

Από τα 4 φάρμακα που προαναφέρθηκαν, η διαζεπάμη και η κεταζολάμη ανήκουν στις βενζοδιαζεπίνες και ασκούν την μυοχαλαρωτική τους δράση μέσω του GABA-εργικού νευροδιαβιβαστικού συστήματος.

Η πιρακετάμη σχετίζεται χημικά προς το GABA και τη μπακλοφένη, ενώ το Δανδρολίνιο αντίθετα προς τα προαναφερθέντα φάρμακα ασκεί τη δράση του περιφερικά στο επίπεδο της μυϊκής ίνας και όχι σε νευρωνικό επίπεδο.

Η δραστηριότητα των φαρμάκων αυτών θεωρείται γενικά ως μέτρια στην Ε.Π. ενώ οι ανεπιθύμητες ενέργειές τους μειώνουν σημαντικά το όφελος που προκύπτει από την κατά της σπαστικότητας δράση τους.

Οι βενζοδιαζεπίνες έχουν κατασταλτική δράση στο κεντρικό νευρικό σύστημα, προκαλούν ανοχή και εθισμό, το δανδρολίνιο προκαλεί ήπια μεν υπνηλία, ναυτία και έμετο αλλά είναι ηπατοτοξική, ενώ η πिरακετάμη που έχει χρησιμοποιηθεί λιγότερο από τα υπόλοιπα, έχει τις λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες (ναυτία και παροδικός έμετος).

Γενικά το δανδρολίνιο θεωρείται ως το πιο αποτελεσματικό φάρμακο για την Ε.Π. από τα υπόλοιπα, όμως η πιθανή ηπατοτοξικότητά του έχει περιορίσει τη χρήση του.

Ένα άλλο πρόβλημα που μπορεί να προκαλέσουν τα μυοχαλαρωτικά είναι η ελάττωση της μυϊκής ισχύος μαζί με την μείωση της σπαστικότητας. Γι' αυτό προτιμάται η χορήγησή τους σε άτομα με καλή μυϊκή ισχύ.

Από τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα θα μπορούσαμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι τα από του στόματος φάρμακα εναντίον της σπαστικότητας εμφανίζουν μέτρια αποτελεσματικότητα στην Ε.Π. διότι, ναι μεν ελαττώνουν την υπερδραστηριότητα των μυών, αλλά δεν οδηγούν κατ' ανάγκη σε βελτίωση της λειτουργικότητας και μείωση της αναπηρίας. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που συχνά τα ακολουθούν καθιστούν το όφελος της θεραπείας μικρό έναντι των κινδύνων.

2. Ενδορραχιαία έγχυση μπακλοφένης

Η μπακλοφένη, ισχυρό μυοχαλαρωτικό, είναι δομικό ανάλογο του GABA, που κύρια έχει εφαρμοσθεί για την αντιμετώπιση της σπαστικότητας και των επώδυνων μυϊκών σπασμών των κάτω άκρων, σε σκλήρυνση κατά πλάκας και βλάβη του νωτιαίου μυελού. Φαίνεται ότι είναι δραστική και σε σπαστικότητα λόγω εγκεφαλικής βλάβης. Η ενδορραχιαία χορήγησή της μέσω αντλίας είναι μία σημαντική πρόοδος στην αντιμετώπιση της σπαστικότητας διότι πολύ μικρή δοσολογία (1% της από του στόματος δόσης) είναι αποτελεσματική στην ελάττωση της σπαστικότητας. Παρόλα ταύτα αναφέρονται ανεπιθύμητες ενέργειες όπως υπνηλία, ζάλη, ναυτία, υπόταση, πονοκέφαλος, και αδυναμία σε μικρά ποσοστά.

Στοιχεία για την βελτίωση της λειτουργικότητας στην Ε.Π. μετά από εφαρμογή της μεθόδου δεν υπάρχουν .

3. Ενδομυϊκές εγχύσεις Αλλαντικής Τοξίνης

Η αλλαντική τοξίνη τύπου Α (ΑΤ-Α) είναι νευροτοξίνη παραγόμενη από το κλωστρίδιο της αλλαντίασης και χρησιμοποιείται θεραπευτικά εδώ και πολλά χρόνια, αρχικά για την αντιμετώπιση της δυστονίας και μετά της σπαστικότητας.

Μετά την ενδομυϊκή έγχυσή της συνδέεται με χολινεργικές προσυναπτικές μεμβράνες στη νευρομυϊκή σύναψη και αναστέλλει την απελευθέρωση ακετυλοχολίνης, μπλοκάροντας έτσι την νευροδιαβίβαση.

Ως αποτέλεσμα εμφανίζεται χαλάρωση της σπαστικότητας, η οποία ξεκινά μέσα σε διάστημα ημερών και διαρκεί για μήνες. Οι προϋποθέσεις για την ενδομυϊκή έγχυση ΑΤ-Α είναι η παρουσία δυναμικής και όχι φιξαρισμένης σύγκαμψης του μυός και η δυνατότητα προσπέλασης του σπαστικού μυός.

Είναι μέθοδος ασφαλής με λίγες ανεπιθύμητες ενέργειες όπως παροδικό πόνο και ερεθισμό και χαμηλό πυρετό.

Το σπουδαιότερο πρόβλημα είναι η μυϊκή αδυναμία που εμφανίζεται σε παιδιά που είναι ήδη αδύναμα και καμιά φορά μπορεί να οδηγήσει σε βραχυπρόθεσμη απώλεια λειτουργικών δεξιοτήτων.

Η αδυναμία αυτή είναι πλήρως αναστρέψιμη καθώς περνά η επίδραση της τοξίνης. Τα αποτελέσματα της μείωσης της σπαστικότητας αξιοποιούνται και μεταφράζονται σε λειτουργικό όφελος εφ' όσον συνοδεύονται από εντατική Φ/Θ, Ε/Θ. Συχνά εφαρμόζονται γύψοι μετά τις εγχύσεις για σύντομο χρονικό διάστημα με στόχο τη μεγιστοποίηση του αποτελέσματος των εγχύσεων.

Η διάρκεια της μυοχάλασης είναι 3-6 ακόμη και 8 μήνες. Για την αντικειμενική αξιολόγηση των εγχύσεων ενδείκνυται η χρησιμοποίηση μεθόδων μέτρησης του αποτελέσματος τόσο όσον αφορά την υπερτονία, όσο και τη λειτουργικότητα. Η παρακολούθηση είναι σκόπιμο να γίνεται 1,3 και 6 μήνες μετά την έγχυση.

Επανάληψη των εγχύσεων μπορεί να γίνει ανά 4-8 μήνες. Συνήθως περιμένουμε 6 μήνες για να επαναλάβουμε την έγχυση πλην ειδικών περιπτώσεων που ενδείκνυται να γίνει νωρίτερα. Είναι γνωστή η ανάπτυξη αντισωμάτων κατά της ΑΤ-Α που οδηγεί σε απώλεια της δραστηριότητας του φαρμάκου σε ασθενείς που αρχικά ανταποκρίθηκαν ικανοποιητικά. Η πιθανότητα ανάπτυξης αντισωμάτων

εξαρτάται από τα γενετικά χαρακτηριστικά του ασθενούς και τη συνολική του έκθεση στο σύμπλεγμα νευροτοξίνης –πρωτεΐνης η οποία με τη σειρά της εξαρτάται από την ποσότητα πρωτεΐνης ανά εγχυόμενη δόση AT-A, τη συχνότητα των εγχύσεων και τη δοσολογία ανά έγχυση.

4. Οπίσθιες Εκλεκτικές Ριζοτομές

Πρόκειται για απόπειρα χειρουργικής αντιμετώπισης της σπαστικότητας σε επίπεδο νωτιαίου μυελού. Εκείνες οι οπίσθιες ρίζες από O2-I2 οι οποίες δείχνουν παθολογική ηλεκτροφυσιολογική δραστηριότητα ή λειτουργικότητα στο χειρουργικό πεδίο, κόβονται. Η μέθοδος ενδείκνυται στη σπαστική διπληγία που οφείλεται σε προωρότητα και ειδικότερα όταν η σπαστικότητα είναι αμιγής, όταν υπάρχει καλός κορμός, απουσία συγκάμψεων, καλή αντίληψη και συνεργασία του παιδιού και τέλος συνεργάσιμη οικογένεια.

Η μέθοδος αποφεύγεται επί μυϊκής αδυναμίας, όταν δεν υπάρχει καλός έλεγχος κορμού και όταν τα δυσκινητικά και αταξικά στοιχεία είναι εμφανή. Σε καλά επιλεγμένους ασθενείς τα αποτελέσματα είναι ικανοποιητικά μολονότι αρχικά μπορεί να υπάρξουν πολλές δυσκολίες, όπως δυσαισθησίες, έντονη αδυναμία και αστάθεια.

5. Ορθοπεδικό χειρουργείο

Επιτυγχάνεται η μείωση της σπαστικότητας με παρέμβαση στον τελικό στόχο, δηλαδή στο μυ ή στον τένοντα. Οι ορθοπεδικές επεμβάσεις επιμηκύνουν, απελευθερώνουν ή μεταθέτουν τον σπαστικό μυ. Τα αποτελέσματα ποικίλουν και μερικές φορές είναι απρόβλεπτα. Παρόλα ταύτα οι επεμβάσεις συχνά εφαρμόζονται και σε πολλές περιπτώσεις λύνουν ή βελτιώνουν προβλήματα. Οι αποφάσεις για χειρουργείο πρέπει να λαμβάνονται αφού η κατάσταση του ασθενούς αξιολογηθεί συνολικά και ληφθεί υπ' όψιν ότι η μυοσκελετική παραμόρφωση έχει να κάνει με κεντρική βλάβη.

Ένας γενικός κανόνας είναι ότι το χειρουργείο που αποσκοπεί στη βελτίωση της μετακίνησης αναβάλλεται μέχρις ότου το κεντρικό πλάνο της βάρδισης έχει ωριμάσει. Εφόσον αυτό επιτευχθεί η “ανάλυση της βάρδισης” με σύγχρονα τεχνολογικά μέσα μπορεί να προσφέρει σημαντικά στις σωστές αποφάσεις στο παιδί ηλικίας 6-10 ετών.

Μία άλλη σύγχρονη τάση είναι οι επεμβάσεις να μη γίνονται κατά στάδια αλλά να επιμηκύνονται ή να μετατίθενται όλοι εκείνοι οι μύες που χρειάζονται για να υπάρξει ισορροπία σ' ένα ή το πολύ σε δύο χρόνους. Μετεγχειρητικά, συνιστάται ελαχιστοποίηση των γυψώσεων και ταχεία επανακινητοποίηση του παιδιού.

Σε βαριές περιπτώσεις Ε.Π. π.χ. τετραπληγίας, εφαρμόζονται επεμβάσεις προληπτικού ή ανακουφιστικού χαρακτήρα στα ισχία. Στις ημιπληγίες οι ορθοπεδικές επεμβάσεις στα χέρια αποτελούν ένα δύσκολο τομέα της ορθοπεδικής χειρουργικής που αποσκοπεί σε καλύτερη λειτουργία αλλά και σε βελτιωμένο αισθητικό αποτέλεσμα.

6. Εργοθεραπεία – Φυσιοθεραπεία

Η εργοθεραπεία και η φυσιοθεραπεία (θεραπευτική παρέμβαση) δεν επιτυγχάνει μόνιμη ίαση της σπαστικότητας, εκείνο που επιτυγχάνει είναι τη μείωση των προβλημάτων που δημιουργεί η σπαστικότητα, καθώς και την αύξηση της λειτουργικότητας. Πριν από τη θεραπευτική παρέμβαση προηγείται η αξιολόγηση και ιεράρχηση των προβλημάτων ώστε να τεθούν οι στόχοι που θα καθορίσουν τη θεραπευτική στρατηγική. Τελικοί στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης είναι πρώτον, η μέγιστη δυνατή ανεξαρτητοποίηση τού ατόμου στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής (προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, σίτιση, επικοινωνία, μετακίνηση κτλ.), και δεύτερον, η επαγγελματική αποκατάσταση (εκπαίδευση και εργασία). Οι θεραπευτές, μέσα από στενή συνεργασία με τους άλλους ειδικούς αλλά και με το άτομο και την οικογένειά του θέτουν τους στόχους του θεραπευτικού προγράμματος. Στόχοι που πάντα είναι εστιασμένοι στη βελτίωση της λειτουργικότητας τού ατόμου.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, οι θεραπευτές διαθέτουν ένα μεγάλο φάσμα θεραπευτικών παρεμβάσεων που χρησιμοποιούν, τις περισσότερες φορές συνδυαστικά, ώστε να επιτευχθεί το μέγιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Για τις ανάγκες αυτού του άρθρου, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις χωρίστηκαν στις εξής κατηγορίες :

-Ασκήσεις διατήρησης τού εύρους κίνησης. Όπως είναι γνωστό, ο αυξημένος μυϊκός τόνος οδηγεί, αφ' ενός σε βράχυνση τού μυός και αφ' ετέρου σε παραμόρφωση της άρθρωσης. Η συστηματική θεραπευτική παρέμβαση εμποδίζει την εμφάνιση αυτών των προβλημάτων.

-Εξασφάλιση σωστής θέσης. Η σωστή θέση είναι απαραίτητη για τη διατήρηση και αύξηση της λειτουργικότητας για τη διατήρηση του μήκους των μυών και για την ελάττωση των ερεθισμάτων που διεγείρουν τη σπαστικότητα.

-Κατασκευή και αξιολόγηση για ορθωτικά βοηθήματα. Οι θεραπευτές χρησιμοποιώντας νάρθηκες για τα άνω και κάτω άκρα, επιτυγχάνουν σωστή θέση των αρθρώσεων και αποφυγή συρρικνώσεων, κάτι ιδιαίτερα συχνό στα άτομα με σπαστικότητα.

-Αναχαίτιση παθολογικών προτύπων κίνησης. Μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία γίνεται προσπάθεια παρεμπόδισης της εμφάνισης των παθολογικών αντανακλαστικών και του μη φυσιολογικού τόνου, στοιχεία τα οποία προκαλούν τη μη φυσιολογική κίνηση.

-Διευκόλυνση φυσιολογικών προτύπων κίνησης και ενσωμάτωσή τους στην καθημερινή λειτουργική πρακτική. Έχοντας φυσιολογικό εύρος κίνησης και απουσία παθολογικών αντανακλαστικών, το άτομο εκπαιδεύεται στη φυσιολογική κίνηση ώστε να βοηθηθεί στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής.

-Αξιολόγηση και εκπαίδευση χρήσης βοηθημάτων. Στο εμπόριο είναι διαθέσιμος ένας μεγάλος αριθμός βοηθημάτων (για μετακίνηση : περιπατητήρες, αμαξίδια, για δραστηριότητες καθημερινής ζωής :βοηθήματα τουαλέτας, προσαρμοσμένος εξοπλισμός κουζίνας, βοηθήματα υψηλής τεχνολογίας : ηλεκτροκίνητα αμαξίδια, προσαρμοσμένα περιφερειακά ηλεκτρονικών υπολογιστών κ.α.), η επιτυχημένη χρήση των οποίων βασίζεται στην σωστή αξιολόγηση των δυνατοτήτων και αναγκών του ατόμου και στην αποτελεσματική εκπαίδευση χρήσης τους.

-Εκπαίδευση του ασθενούς. Στον ασθενή δίνονται οδηγίες για το σπίτι οι οποίες αποτελούν μέρος του θεραπευτικού προγράμματος αντιμετώπισης της σπαστικότητας και των προβλημάτων που αυτή δημιουργεί.

-Εκπαίδευση της οικογένειας. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η εκπαίδευση της οικογένειας όσον αφορά το χειρισμό του ατόμου (με έμφαση στα παιδιά). Οι θεραπευτές είναι οι υπεύθυνοι για την εκπαίδευση της οικογένειας, τόσο ως προς το σωστό χειρισμό του ατόμου (προσωπική υγιεινή, σίτιση, μετακίνηση κ.α.) όσο και ως προς τη συνέχιση τού θεραπευτικού προγράμματος στο σπίτι. Πρέπει να τονιστεί ότι οι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης αφορούν πάντοτε συγκεκριμένα λειτουργικά επιτεύγματα (μετακίνηση, σίτιση κλπ.). Έτσι ο θεραπευτής δουλεύει με τα επιμέρους στοιχεία της κίνησης (π.χ. έλεγχος λεκάνης, κεφαλής κλπ.),

συνδέοντάς τα πάντα με το λειτουργικό στόχο. Η θεραπευτική διαδικασία είναι χρονοβόρα και επίπονη, τα αποτελέσματά της όμως είναι μόνιμα και αλλάζουν την εικόνα τού ατόμου στο λειτουργικό επίπεδο.

7. ΥΔΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΚΙΝΗΣΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΠΙΣΙΝΑ

Η ανάγκη της κίνησης, με τη συμμετοχή ολοκλήρου τού μυϊκού συστήματος, είναι πιά έντονη όταν ο άνθρωπος βρίσκεται μέσα στο νερό. Οι ιδιότητες της άνωσης, της πλευστότητας και οι στροβιλισμοί τού νερού, βοηθούν τα άτομα με σπαστικότητα να κινηθούν με μεγαλύτερη ελευθερία , καθώς τους δίνεται η δυνατότητα να επιτυγχάνουν κινήσεις τις οποίες είναι αδύνατον να κάνουν στο έδαφος.

Παράγοντες που διευκολύνουν τη θεραπευτική κολύμβηση και συμβάλλουν στην ασφαλή και λειτουργική ολοκλήρωση τού θεραπευτικού προγράμματος είναι :

- Η θερμοκρασία τού νερού και τού περιβάλλοντος
- Το βάθος τού νερού
- Οι Μηχανισμοί παροχής και στροβιλισμού τού νερού
- Οι Εξωτερικοί θόρυβοι
- Οι Χώροι για φιλοξενία αμαξιδίων, δωμάτια ένδυσης, ντους και υπηρεσίες πισίνας
- Ο Φωτισμός
- Ο Βοηθητικός εξοπλισμός (π.χ. ράμπες, σωσίβια, μπάλες)
- Οι Αντιολισθητικές επιφάνειες γύρω από την πισίνα καθώς και κατά την είσοδο – έξοδό της

Οι στόχοι του συγκεκριμένου θεραπευτικού προγράμματος, εκτός από τη χαρά και την ευχαρίστηση της ελευθερίας της κίνησης που επιτυγχάνεται μέσα στο νερό, είναι οι εξής :

- Βελτίωση της αντανακλαστικής δραστηριότητας.
- Παρεμπόδιση των λανθασμένων θέσεων και προώθηση των φυσιολογικών.
- Ανάπτυξη όλων των θέσεων και κινήσεων που παρατηρούνται στη φυσιολογική κινητική ανάπτυξη.
- Έλεγχος της ισορροπίας.

- Έλεγχος των κινήσεων.
- Ασκήσεις χαλάρωσης για να ελεγχθεί η ακούσια κίνηση από τον εγκεφαλικό φλοιό και να μην εμποδίζει την εκούσια κίνηση.
- Σωματογνωσία – προσανατολισμός.
- Απόκτηση ανεξαρτησίας των κινήσεων.
- Έλεγχος – βελτίωση αναπνευστικής λειτουργίας.
- Ελάττωση της υπέρτασης για να επιτύχουμε κίνηση χωρίς μεγάλη προσπάθεια και κόπωση.

Η σπαστικότητα προσβάλλει ένα ή περισσότερα μέλη τού σώματος, πλήττοντας πιο έντονα ορισμένους μύες, τους ονομαζόμενους «αντιβαρικούς», δηλαδή τους μύες που δρουν κατά τής βαρύτητας (καμπτήρες στα άνω άκρα, εκτείνοντες στα κάτω άκρα).

Οι σπαστικοί μύες είναι πιο αδύναμοι και πιο αργοί από τους φυσιολογικούς. Αντιδρούν έντονα στα ερεθίσματα και κουράζονται πολύ γρήγορα. Ο βαθμός τής σπαστικότητας εξαρτάται επίσης από τον περιβαλλοντικό ερεθισμό και τη συναισθηματική κατάσταση τού ατόμου.

Με βάση την παραπάνω ανάλυση, γίνεται αντιληπτό πως η υδροθεραπεία - κινήσιοθεραπεία που στηρίζεται στους φυσικούς νόμους τού νερού (αρχή τού Αρχιμήδη, θεωρία τού Bougie's, θεωρία τού Bernulli), βοηθά στην κατανόηση τής ισορροπίας και κίνησης των ατόμων με σπαστικότητα και βελτιώνει την κινητική τους λειτουργικότητα.

Κλείνοντας, πρέπει να τονίσουμε δύο παραμέτρους, πρώτον ότι οι παραπάνω μορφές αντιμετώπισης τής σπαστικότητας, πολύ συχνά, χρησιμοποιούνται συνδυαστικά, κλασσικό παράδειγμα είναι η χρήση ενέσιμης αλλαντικής τοξίνης που πρέπει απαραίτητα να εφαρμοστεί ταυτόχρονα με την παρέμβαση τής εργοθεραπείας και τής φυσιοθεραπείας. Δεύτερον, πρέπει να τονίσουμε ότι οι μορφές αντιμετώπισης τής σπαστικότητας που παρουσιάστηκαν, χρησιμοποιούνται στην Ελλάδα και στο εξωτερικό επί σειρά ετών και η αποτελεσματικότητά τους έχει αποδειχθεί ερευνητικά, σε ένα μεγάλο αριθμό μελετών. Παρ' όλ' αυτά, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι δεν υπάρχει μια μορφή αντιμετώπισης που να είναι κατάλληλη για όλους. Μόνο η ομάδα αποκατάστασης, μέσα από ολιστική αξιολόγηση μπορεί να επιλέξει ποια μορφή αντιμετώπισης είναι η καταλληλότερη, για το συγκεκριμένο άτομο, τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Διαφορετικά άτομα ή το ίδιο άτομο σε διαφορετικές στιγμές τής

πορείας αποκατάστασής του, μπορούν να ωφεληθούν περισσότερο από μία διαφορετική μορφή αντιμετώπισης της σπαστικότητας.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΚΙΝΗΤΙΚΩΝ ΠΡΟΤΥΠΩΝ

Για την ανάλυση των φυσιολογικών λειτουργικών προτύπων κίνησης και για την πιο κατανοητή και την πιο προσαρμόσιμη στη θεραπευτική παρέμβαση τα διαιρούμε σε μικρότερα τμήματα, τις κινητικές μονάδες. Αυτές αποτελούνται από τις βασικές κινήσεις που επιτρέπει κάθε άρθρωση που εμπλέκεται στο συγκεκριμένο πρότυπο, δηλαδή την κάμψη-έκταση-προσαγωγή-απαγωγή-έξω και έσω στροφή.

Οι μύες ενεργοποιούνται σε σχήματα ενώ δεν υπάρχει κινητική λειτουργία που να απαιτεί την ενεργοποίηση ενός μυός ή μιας μεμονωμένης μυϊκής ομάδας.

Κάθε συγκεκριμένος συνδυασμός κινητικών μονάδων ο οποίος δραστηριοποιείται σε μαζικό σχήμα ονομάζεται κινητικό πρότυπο.

Για την εκτέλεση κάθε κίνησης απαιτείται ταυτόχρονη συνεργική δραστηριοποίηση αγωνιστών και ανταγωνιστών, συνεργών και σταθεροποιών μυών.

Για κάθε κινητική πράξη απαιτείται η συνεργική δράση ολόκληρου του ανθρώπινου σώματος, επομένως και η κατάλληλη προσαρμογή σε ολόκληρο το σώμα, των γωνιών των αρθρώσεων, του μήκους και της τάσης των μυών.

Σε κάθε κινητικό πρότυπο διακρίνουμε:

- ❖ Αρχική θέση.
- ❖ Εύρος
- ❖ Αλληλοδιαδοχική κινήσεων
- ❖ Ταχύτητα
- ❖ Κατεύθυνση
- ❖ Τελική θέση

ΥΠΟΤΟΝΙΑ

Ειδικά στους εν τω βάθει μυς της στάσης προκαλεί έλλειψη σταθερότητας και ελλιπείς αντιδράσεις της στάσης.

Υπάρχει απώλεια αντίστασης κατά την παθητική κινητοποίηση των αρθρώσεων. Οι μυς είναι πλαδαροί και το μέλος ταλαντεύεται όταν ο ασθενής προσπαθεί να το κρατήσει σε μία θέση. Η ισορροπία είναι ανεπαρκής.

Η υποτονία των μυών στάσης του κορμού και των κεντρικών αρθρώσεων των άκρων, προκαλεί απώλεια σταθερότητας με αποτέλεσμα όταν γίνεται από τον ασθενή μια προσπάθεια ενεργητικής κίνησης, το μέλος να ταλαντεύεται και τα περιφερειακή άκρα δεν μπορούν να τοποθετηθούν με ακρίβεια.

ΑΤΑΞΙΑ

Η αταξία παρουσιάζεται εξαιτίας της προσβολής στην παρεγκεφαλίδα που είναι υπεύθυνη για την ενεργητική κίνηση. Υπάρχει αδυναμία βάδισης επειδή η λεκάνη δεν είναι σταθερή.

Επειδή δεν υπάρχει συνεργασία των διαφόρων μυϊκών ομάδων που απαιτούνται για μια κίνηση, η κίνηση αυτή γίνεται ανορθόδοξα και αυτομάτως οι εναλλασσόμενες κινήσεις είναι ανύπαρκτες.

Η ασυnergία είναι χαρακτηριστική στις λεπτές κινήσεις των δακτύλων. Ο νυσταγμός αυξάνει από ασυnergία των μυών του οφθαλμού και η δυσαρθρία από ανικανότητα να συνεργήσουν χείλη, λάρυγγας και γλώσσα.

Ο συνδυασμός υποτονίας και ασυnergίας παράγει ένα κλονισμένο βάδισμα που μοιάζει με εκείνο του μεθυσμένου. Αυτό παρουσιάζεται μόνο στην αρχή όταν ο ασθενής προσπαθεί να βαδίσει γύρω από αντικείμενα, να στρίψει, να ανέβει ή να κατέβει σκάλες, αλλά σταδιακά το βάδισμα του χειροτερεύει μέχρι και κάποτε δεν μπορεί να βαδίσει χωρίς βοήθεια.

ΑΞΙΟΛΟΓΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΤΑΞΙΑ

Κυρίαρχο πρόβλημα	Λειτουργία όπου εκφράζεται	Κύριοι στόχοι θεραπείας
Διατήρηση ισορροπίας	Μεταφορές βάρους	- Αύξηση στατικής σταθερότητας - Απόκτηση ελέγχου Κ.Β. στη θεαφορά βάρους. - Ενθάρρυνση διατήρησης Κ.Β. στην κίνηση. - Εξέλιξη από ευρεία σε μικρότερη βάση στήριξης.
Συνέργια Δυναμικών Κινήσεων	Πρότυπα κίνησης	- Αύξηση του λεπτού των προτύπων κίνησης. - Εξέλιξη από απλά σε σύνθετα πρότυπα.

		-Εξέλιξη από αργές σε γρήγορες κινήσεις.
Εντοπισμένο στη μέση γραμμή του σώματος	Αδρές κινήσεις του σώματος (π.χ. μεταφορές)	- Ελεύθερη κίνηση κεφαλής. - Αύξηση ελέγχου κινήσεων προς, από και γύρω από τη μέση γραμμή. - Ενθάρρυνση κινήσεων στροφής.
Εντοπισμένο στα άκρα	Εκούσιες κινήσεις του σώματος	- Αύξηση κεντρικής σταθεροποίησης άκρου. - Ενθάρρυνση συνέργειας αγωνιστών – ανταγωνιστών. - Εξέλιξη από μικρά σε μεγάλα εύρη κίνησης. - Μείωση ανάγκης για οπτική καθοδήγηση.

ΜΕΘΟΔΟΣ FRENKEL – ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ

Οι ασκήσεις αυτές αποτελούν μία σειρά επιμελημένων κινήσεων που αποσκοπούν στο να βοηθήσουν ασθενείς που παρουσιάζουν μειωμένη κιναισθησία (έλλειψη της αίσθησης των κινήσεων που επιτελούν και αδυναμία προσδιορισμού της θέσης των μελών του σώματός τους στο χώρο).

Πρώτος ο H.S.FRENKEL από την Ελβετία το 1897 τις περιέγραψε και τις χρησιμοποίησε γι' αυτό και φέρουν το όνομά του.

Ο Frenkel υποστήριξε την άποψή του βασιζόμενος στο γεγονός ότι, όπως το φυσιολογικό άτομο με την εξάσκηση είναι δυνατό να επιτύχει σύνθετες κινήσεις τις οποίες διακρίνει υψηλού βαθμού συνέργεια, έτσι και ο ασθενής με μειωμένη την αίσθηση των κινήσεων που εκτελεί στο χώρο, είναι δυνατό με τη συνεχή άσκηση να επιτύχει καλύτερο αποτέλεσμα σε ότι έχει σχέση με τη συνέργεια των κινήσεων της καθημερινής του ζωής.

Ωστόσο, στα άτομα που η κιναισθησία πρακτικά δεν υπάρχει, όπως π.χ. σε προχωρημένα στάδια της νωτιαίας φθίσης, ο αντικειμενικός σκοπός της θεραπείας με τις ασκήσεις αυτές είναι η αντικατάσταση της «χαμένης αίσθησης» με το αισθητήριο της όρασης. Αυτό πετυχαίνεται ικανοποιητικά παρόλ' ότι το άτομο δεν θα είναι σε θέση να περπατήσει ποτέ στο σκοτάδι ή να σταθεί με τα μάτια κλειστά.

Η θεραπεία θα πρέπει ν' αρχίσει πριν ακόμη εμφανισθούν τα αταξικά συμπτώματα, όταν ο ασθενής θα μπορεί να εκτελεί ακόμη και τις πιο σύνθετες κινήσεις.

Σε ασθενείς που βρίσκονται σε προχωρημένο στάδιο, δίνονται αρχικά πολύ απλές κινήσεις και σταδιακά οι κινήσεις γίνονται και πιο σύνθετες.

Για την εφαρμογή των ασκήσεων Frenkel, ανεξάρτητα από το στάδιο που βρίσκεται ο ασθενής, πρέπει να τηρούνται ορισμένοι κανόνες:

1. Πρέπει να δίνονται παραγγέλματα με φωνή μονότονη και οι ασκήσεις να εκτελούνται ανταποκρινόμενες στην αρίθμηση του θεραπευτή, έτσι ώστε ο ασθενής να αυθυποβάλλεται σε έλεγχο της κίνησης που εκτελεί ανταποκρινόμενος στη χρονική διάρκεια που του επιτάσσει η αρίθμηση του θεραπευτή.
2. Κάθε μία άσκηση ή σειρά ασκήσεων πρέπει να εκτελείται με ακρίβεια και ομαλά πριν ο ασθενής προχωρήσει στην επόμενη. Η ακριβής εκτέλεση κάθε άσκησης έχει βασική σημασία.
3. Πρέπει να αποφεύγονται οι ασκήσεις που απαιτούν μεγάλο μυϊκό έργο και πρέπει να τονισθεί ότι κατά την εξέλιξη του προγράμματος των ασκήσεων, οι κινήσεις δεν πρέπει να παρουσιάζουν αυξημένη ισχύ, αλλά αυξημένη σύνθεση.
4. Οι κινήσεις σε πλήρες εύρος είναι ευκολότερες από εκείνες που εκτελούνται σε μικρότερο εύρος. Γι' αυτό και οι δεύτερες πρέπει ν' ακολουθούν τις πρώτες.
5. Κάθε κίνηση αρχικά πρέπει να εκτελείται ταχύτερα και στη συνέχεια με πιο αργό ρυθμό, δεδομένου ότι οι κινήσεις σε αργό ρυθμό απαιτούν μεγαλύτερο κινητικό έλεγχο γι' αυτό και είναι δυσκολότερες.
6. Ο ασθενής πρέπει να εξασκείται στις κινήσεις πρώτα με τα μάτια ανοιχτά και στη συνέχεια με κλειστά μάτια.
7. Κάθε ασθενής πρέπει να παρακολουθείται μεμονωμένα και με ιδιαίτερη προσοχή γιατί υπάρχει κίνδυνος να πέσει.
8. Μεταξύ των ασκήσεων πρέπει να δίνονται πυκνά χρονικά διαστήματα ανάπαυσης του αρρώστου.
9. Όταν μελετάται το σχέδιο του προγράμματος των ασκήσεων πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η γενική κατάσταση του ασθενή, η ψυχολογική του

διάθεση, η κατάσταση του μυοσκελετικού του συστήματος και επιπλοκές που ενδεχομένως υπάρχουν.

Όλες οι ασκήσεις είναι δυνατό να εκτελούνται από την ύπτια κατάκλιση, από την καθιστή θέση ή από την όρθια στάση.

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ

Ο ασθενής βρίσκεται ξαπλωμένος πάνω σε λεία επιφάνεια έτσι ώστε οι κινήσεις των μελών να γίνονται πιο εύκολα. Το κεφάλι του στηρίζεται και ανασηκώνεται για να μπορεί να βλέπει τα μέλη του και να παρακολουθεί τις κινήσεις του. Η αρχική του θέση είναι η ημικαθιστή στο κρεβάτι.

Οι ασκήσεις είναι πολυάριθμες, αρχίζουν από πολύ απλές και καταλήγουν σιγά σιγά σε πιο σύνθετες.

ΠΡΩΤΗ ΣΕΙΡΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

Οι ασκήσεις που περιγράφονται παρακάτω αφορούν τα κάτω άκρα και πρέπει να σημειωθεί ότι κάθε μέλος κινείται χωριστά.

Η αρχική θέση για τις ασκήσεις αυτές είναι η ημικαθιστή θέση στο κρεβάτι.

- 1^η άσκηση: Κάμψη-έκταση του γόνατος και του ισχίου. Το μέλος ολισθαίνει πάνω στη λεία επιφάνεια στην οποία στηρίζεται.
- 2^η άσκηση: Κάμψη του γόνατος και του ισχίου, απαγωγή, προσαγωγή του ισχίου και έκταση (επαναφορά στην αρχική θέση).
- 3^η άσκηση: Κάμψη του γόνατος και του ισχίου σε μικρότερο εύρος – έκταση.
- 4^η άσκηση: Κάμψη του γόνατος και του ισχίου (μικρό εύρος), απαγωγή – προσαγωγή του ισχίου – έκταση.
- 5^η άσκηση: Κάμψη του ισχίου και του γόνατος (ο ασθενής σταματά κατά βούληση την κίνηση) – έκταση.
- 6^η άσκηση: Όπως η προηγούμενη, αλλά ο ασθενής σταματά με παράγγελμα του θεραπευτή.

Οι ασκήσεις πρέπει να εκτελούνται αργά, να επαναλαμβάνονται τουλάχιστον τρεις έως τέσσερις φορές η κάθε μία και κάθε μέλος να κινείται εναλλάξ. Στη συνέχεια κινούνται και τα δύο μέλη συγχρόνως. Για μεγαλύτερο συντονισμό των κινήσεων ο θεραπευτής, κατά τη διάρκεια της εκτέλεσης της άσκησης και μέχρι την ολοκλήρωσή της, πρέπει να αριθμεί έως το τέσσερα, ο δε ασθενής να συντονίζει την ολοκλήρωση της κίνησης στο ζητούμενο χρόνο ανταποκρινόμενος στην αρίθμηση του θεραπευτή.

ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ ΔΥΣΚΟΛΟΤΕΡΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΙΤΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗ

- 1^η άσκηση: Κάμψη του γόνατος και του ισχίου του ενός μέλους με ανασήκωμα της φτέρνας – έκταση.
- 2^η άσκηση: Η φτέρνα του ενός ποδιού τοποθετείται στην επιγονατίδα του άλλου μέλους, επαναφορά στην αρχική θέση.
- 3^η άσκηση: Όμοια με την προηγούμενη, με σταμάτημα της κίνησης από τον ασθενή κατά βούληση.
- 4^η άσκηση: Όμοια με την προηγούμενη, με σταμάτημα της κίνησης μετά από παράγγελμα του θεραπευτή.
- 5^η άσκηση: Η φτέρνα τοποθετείται στο μέσο της άλλης κνήμης, ανασηκώνεται τοποθετείται στο κρεβάτι δίπλα στο άλλο μέλος και στη συνέχεια επανέρχεται στην αρχική θέση με έκταση του γόνατος και του ισχίου.
- 6^η άσκηση: Η φτέρνα τοποθετείται στο άλλο γόνατο. Γλυστρά κατά μήκος της κνήμης μέχρι την ποδοκνημική άρθρωση και στη συνέχεια επανέρχεται στην αρχική θέση (δίπλα στο άλλο μέλος).
- 7^η άσκηση: Όμοια με την προηγούμενη, αλλά η φτέρνα επανέρχεται πάλι στο γόνατο και ακολουθεί η έκταση (επαναφορά στην αρχική θέση).
- 8^η άσκηση: Κάμψη και έκταση των γονάτων και των ισχίων και των δύο μελών συγχρόνως με ανασήκωμα της φτέρνας.
- 9^η άσκηση: Όμοια με την προηγούμενη αλλά συνοδεύεται με σταμάτημα, αρχικά κατά βούληση του ασθενή και στη συνέχεια με παράγγελμα του θεραπευτή.

10^η άσκηση: Κάμψη του αριστερού γόνατος, απαγωγή του αριστερού ισχίου με κάμψη του δεξιού γόνατος συγχρόνως. Προσαγωγή του αριστερού ισχίου και συγχρόνως έκταση του δεξιού γόνατος. Επανάληψη με αντίθετες κινήσεις στα δύο μέλη.

11^η άσκηση: Κάμψη του αριστερού γόνατος και ταυτόχρονα απαγωγή και κάμψη του δεξιού ισχίου και γόνατος, προσαγωγή του δεξιού ισχίου, έκταση και των δύο μελών με ανύψωση της φτέρνας.

Πρέπει να τονισθεί ότι οι ασύμμετρες αυτές ασκήσεις είναι ιδιαίτερα δύσκολες.

12^η άσκηση: Ο θεραπευτής τοποθετεί το δάχτυλό του σε διάφορα σημεία του μέλους του ασθενή κι αυτός με τη φτέρνα του άλλου ποδιού προσπαθεί να ακουμπήσει το δάχτυλο του θεραπευτή.

13^η άσκηση: Όμοια με την προηγούμενη, αλλά ενώ ο ασθενής πλησιάζει το δάχτυλο του θεραπευτή, αυτός το μετακινεί και ο ασθενής προσπαθεί να το ακολουθήσει.

14^η άσκηση: Η δεξιά φτέρνα τοποθετείται πάνω στο αριστερό γόνατο που βρίσκεται σε έκταση. Κρατώντας τη δεξιά φτέρνα στη θέση αυτή, το αριστερό μέλος κάμπτεται και εκτείνεται.

15^η άσκηση: Η δεξιά φτέρνα τοποθετείται πάνω στο αριστερό γόνατο και σέρνεται κατά μήκος της κνήμης μέχρι την ποδοκνημική άρθρωση. Καθώς ολισθαίνει προς τα κάτω, το αριστερό μέλος κάμπτεται, ενώ όταν επανέρχεται με ολίσθηση η φτέρνα στο γόνατο, το μέλος εκτείνεται.

Οι παραπάνω ασκήσεις αντιπροσωπεύουν λίγες από το σύνολο της σειράς των 100 περίπου ασκήσεων που περιέγραψε ο Frenkel.

Κατά την εφαρμογή των ασκήσεων αυτών πρέπει να καταγράφεται με κάθε λεπτομέρεια η ικανότητα καθώς και τα επιτεύματα του ασθενή από μέρα σε μέρα.

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΣΕ ΚΑΘΙΣΤΗ ΘΕΣΗ

Οι ασκήσεις που εκτελούνται απ' αυτή τη θέση δε θεωρούνται ότι αποτελούν ένδειξη βελτίωσης του ασθενή που εφάρμοζε ασκήσεις σε θέση κατάκλισης, μια και πολλές από τις ασκήσεις από τη θέση αυτή είναι ευκολότερες από εκείνες που εφαρμόζονται από τη θέση της κατάκλισης.

Από τη θέση αυτή εκπαιδύεται αρχικά ο ασθενής πώς να κάθεται και πώς να σηκώνεται από το κάθισμα.

Η όλη διαδικασία της έγερσης αναλύεται σε τρία στάδια:

Στο *πρώτο στάδιο* ο ασθενής τοποθετεί τα πόδια του κάτω από το κάθισμα.

Στο *δεύτερο στάδιο* φέρει τον κορμό μπροστά με κάμψη των ισχίων, ενώ ο κορμός παραμένει ευθειασμένος.

Στο *τρίτο στάδιο* ανασηκώνεται εκτείνοντας τα γόνατα και τα ισχία του.

Στη συνέχεια ο ασθενής εκπαιδύεται να κάθεται στο κάθισμα και η ανάλυση της όλης διαδικασίας για τη λήψη της καθιστής θέσης γίνεται αντίστροφα.

Στο ξεκίνημα της εκπαίδευσης προσφέρεται στήριξη στον ασθενή. Αργότερα ο ασθενής εκτελεί τη διαδικασία της έγερσης και της επαναφοράς στην καθιστή θέση χωρίς να στηρίζεται και τέλος με τα μάτια κλειστά.

Παραδείγματα ασκήσεων που είναι δυνατό να δίνονται από τη θέση αυτή είναι:

1^η άσκηση: Ο ασθενής κάθεται μπροστά σε πολύζυγο. Του δίνεται η εντολή να ακουμπήσει το πόδι του π.χ. στη δεύτερη μπάρα του πολύζυγου.

Η τοποθέτηση αυτή του ποδιού γίνεται με τρεις κινήσεις.

A. Κάμψη του ισχίου.

B. Έκταση του γόνατος.

Γ. Τοποθέτηση (χαμήλωμα) του ποδιού στη μπάρα. Ακολουθεί η επαναφορά του ποδιού στο πάτωμα.

2^η άσκηση: Ο ασθενής τοποθετεί τα δάχτυλα του ποδιού του σε σχεδιασμένα στο πάτωμα κυκλάκια που φέρουν αρίθμηση. Ο θεραπευτής με παράγγελμα για τη στιγμή της έναρξης της κίνησης (Τώρα...) δίνει εντολή στον ασθενή να τοποθετήσει τα δάχτυλα του ενός ποδιού στο νούμερο π.χ.1, στη συνέχεια επαναφορά στην αρχική θέση με το ίδιο παράγγελμα (Τώρα...). Ακολουθεί η εντολή για κάποιο άλλο νούμερο ή ακόμη και για συνδυασμό περισσότερων αριθμών ώστε να γίνεται η κίνηση πιο σύνθετη.

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΟΡΘΙΑ ΣΤΑΣΗ

Οι ασκήσεις από τη θέση αυτή είναι βασικά ασκήσεις βάρδισης κι έχουν πολύ μεγάλη σημασία για τον αταξικό ασθενή.

1^η άσκηση: **Πλάγια βάρδιση:** Ο ασθενής συνοδευόμενος από τον θεραπευτή που πρέπει να είναι έτοιμος να στηρίξει τον ασθενή, αν χρειασθεί, αρχίζει με πλάγια βήματα. Συγκεκριμένα ο θεραπευτής του δίνει εντολή να τοποθετήσει το ένα του πόδι με πλάγιο βήμα κάθε φορά, σε σχεδιασμένες στο πάτωμα γραμμές που αντιστοιχούν σε ολόκληρο βήμα, σε μισό βήμα και σε τέταρτο του βήματος με το γνωστό παράγγελμα για τη στιγμή της έναρξης της κίνησης (Τώρα...). Ακολουθεί η επαναφορά στην αρχική θέση πάντα με το παράγγελμα (Τώρα...). Ο ασθενής ακολουθεί πρώτα τα ολόκληρα βήματα προς μία κατεύθυνση και επανέρχεται στην αρχική του θέση. Στη συνέχεια ασκείται στην πλάγια τοποθέτηση του ποδιού στις γραμμές που αντιστοιχούν στο μισό βήμα και τέλος στο τέταρτο του βήματος. Η διαδικασία του βηματισμού ακολουθεί τρία στάδια.

α. Τοποθέτηση του ενός ποδιού στην ενδεδειγμένη θέση.

β. Μεταφορά του σώματος.

γ. Ανασήκωμα του άλλου ποδιού και τοποθέτηση δίπλα στο άλλο.

Στα στάδια αυτά ο ασθενής ανταποκρίνεται ακολουθώντας, όπως προαναφέρθηκε, τα παραγγέλματα του θεραπευτή. Ακολουθεί εξάσκηση του ασθενή συνδυάζοντας τα τρία μεγέθη των βημάτων σε μία άσκηση, π.χ. μισό βήμα προς τα δεξιά 1-2-3, τέταρτο προς τα αριστερά 1-2-3, τρία τέταρτα προς τα δεξιά 1-2-3, ολόκληρο βήμα προς τα αριστερά 1-2-3.

2^η άσκηση: **Ευθεία βάρδιση:** Ο ασθενής εξασκείται σε ολόκληρο, μισό και τέταρτο του βήματος σε ευθεία βάρδιση με εναλλαγή των ποδιών, ακολουθώντας το παράγγελμα του θεραπευτή. Η άσκηση ανταποκρίνεται και πάλι στα τρία στάδια.

α. Τοποθέτηση του ενός ποδιού στο πάτωμα.

β. Μεταβίβαση του βάρους του σώματος και ανασήκωμα του άλλου ποδιού.

γ. Μεταφορά αυτού του ποδιού παράλληλα προς το πόδι που κινήθηκε πρώτο.

3^η άσκηση: **Οπίσθια βάδιση:** Με παρόμοιο τρόπο.

4^η άσκηση: **Βάδιση σε αποτυπωμένα στο πάτωμα πέλματα:** Ο ασθενής εξασκείται με τρεις κινήσεις για τη στροφή π.χ. προς τα δεξιά:

α. Ο ασθενής στρέφει επί τόπου το δεξί του πόδι.

β. Σηκώνει την αριστερή φτέρνα και στρέφει τα δάχτυλα.

γ. Τοποθετεί το αριστερό του πόδι δίπλα στο δεξιό. Αν αυτό επαναληφθεί τέσσερις φορές σε μία κατεύθυνση θα εκτελεσθεί μία πλήρης στροφή. Η διαδικασία αυτής της στροφής μπορεί να γίνει και αντίστροφα.

Η ΚΟΠΩΣΗ ΣΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Αντιμετωπίζω την κόπωση που παρουσιάζεται στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας σημαίνει κατανοώ τι γίνεται και προγραμματίζω.

- **Τι ακριβώς εννοούμε με τη λέξη κόπωση στη σκλήρυνση κατά πλάκας;**

Όλοι οι άνθρωποι αισθάνονται κούραση αλλά το αίσθημα αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία για τους ανθρώπους με σκλήρυνση.

Η κόπωση που αισθανόμαστε όλοι οφείλεται κυρίως σε κούραση ή αδυναμία των μυών μετά από άσκηση ή επίμονη εργασία. Η κόπωση όμως που αισθάνονται οι άνθρωποι με σκλήρυνση είναι άλλης μορφής γιατί επηρεάζονται τόσο οι μύες όσο και το νευρικό σύστημα.

Δεν γνωρίζουμε τι προκαλεί τη σκλήρυνση. Αυτό που ξέρουμε είναι ότι υπάρχει δυσκολία στη μετάδοση των μηνυμάτων κατά μήκος των νεύρων που έχουν υποστεί απομυελίνωση. Έτσι η ένταση της μετάδοσης των μηνυμάτων είναι πολύ μειωμένη πράγμα που προκαλεί αίσθημα κούρασης και αδυναμίας που επιδρά τόσο στα κινητήρια όσο και στα αισθητήρια νεύρα.

Η κόπωση των κινητήριων νεύρων μπορεί να φέρει αδυναμία, ένα αίσθημα βάρους στους μύες, έλλειψη συντονισμού και τρόμο.

Η κόπωση των αισθητήριων νεύρων της όρασης, ακοής, γεύσης, οσμής και αφής, μπορεί να προκαλέσει προβλήματα σε μία ή περισσότερες αισθήσεις.

Όταν κουραστούμε, μπορεί όχι μόνο να αισθανόμαστε κάπως βαρείας αλλά και να βλέπουμε θαμπά, να είμαστε μουδιασμένοι ή να έχουμε κάποιες δυσκολίες στις άλλες αισθήσεις.

Η κόπωση στη σκλήρυνση μπορεί να προέρχεται όχι μόνο από υπερκόπωση αλλά και από άλλους παράγοντες. Ξέρουμε ότι ένα βαρύ γεύμα, το κάπνισμα και οι υψηλές θερμοκρασίες, όπως πχ ένα πολύ ζεστό μπάνιο, μπορούν να προκαλέσουν κόπωση. Μάλιστα η αντίδραση μετά από ζεστό μπάνιο είναι τόσο κοινή, ώστε «τοτέστ του ζεστού μπάνιου» είναι μια εξέταση που γίνεται ειδικά για τη διάγνωση της κόπωσης στη σκλήρυνση κατά πλάκας. Τα συμπτώματα μετά από αυτά τοτέστ μπορεί να είναι ένα αίσθημα βάρους ή θαμπή όραση.

«Θυμάμαι ότι όταν έπαθα σκλήρυνση, με πόναγε το δεξί μου μάτι και αισθανόμουν κάτι περίεργο στη γωνία του οπτικού μου πεδίου. Έψαχνα να βρω τι είναι και κοιτούσα ψηλά αλλά δεν έβλεπα τίποτα. Μετά από μερικές εβδομάδες καθώς έπαιζα τένις ένιωσα ξαφνικά πάρα πολύ κουρασμένος αν και είχα παίξει λίγη ώρα. Παρατήρησα ότι το οπτικό μου πεδίο είχε μειωθεί σημαντικά. Το μόνο που μπορούσα να δω ήταν τα πόδια του αντιπάλου μου και όταν ξαφνικά με χτύπησε η μπάλα στο κεφάλι δεν ήξερα από πού είχε έρθει! Αυτή ήταν η πρώτη εμπειρία που είχα του «σκοτώματος», (ένα σκοτεινό σημείο στο οπτικό πεδίο), που είχε προέλθει από την άσκηση και τη ζέστη».

Η κόπωση μπορεί να προκαλέσει την επανεμφάνιση παλαιών συμπτωμάτων. Μετά από ζεστό μπάνιο ή έντονη σωματική άσκηση μπορεί να εμφανιστούν συμπτώματα που είχαμε κατά τη διάρκεια προηγούμενων ώσεων τόσο που μερικές φορές ν' αναρωτιόμαστε αν μπαίνουμε σε ώση.

Για παράδειγμα, μία φορά, όταν ξάπλωσα στο κρεβάτι μου μετά από ξενύχτι ένιωσα ύλιγγο. Και τότε είπα μέσα μου:

-Ωχ, δεν πιστεύω να μπαίνω σε ώση;

Όμως δεν ήταν γιατί πέρασε γρήγορα. Είχα κουραστεί πολύ και αυτό ήταν το αποτέλεσμα της κούρασης.

Η κόπωση της σκλήρυνσης επέρχεται γρηγορότερα από την κούραση που νιώθουν οι άλλοι άνθρωποι. Δηλαδή ξεκινάω πολύ καλά όταν αρχίζω να σκάβω τον κήπο μου αλλά μετά από 4-5 λεπτά αισθάνομαι πάρα πολύ κουρασμένος. Αναρωτιόμουν τι στο καλό συνέβαινε, ενώ η γυναίκα μου νόμιζε ότι προσπαθούσα ν' αποφύγω τη δουλειά! (Αυτό είναι ένα πρόβλημα για το οποίο θα μιλήσω αργότερα, δηλαδή πως επιδρά η κόπωση στη ψυχολογία μας και στις σχέσεις μας). Αν δεν είχα

σκλήρυνση θα μπορούσα να σκάψω τον κήπο για μια ώρα χωρίς να κουραστώ και να χρειαστεί να σταματήσω.

Αλλά και η ανάκαμψη από την κόπωση γίνεται με αργό ρυθμό στη σκλήρυνση. Μετά από έντονη σωματική άσκηση ή ζεστό μπάνιο πρέπει να ξαπλώσω μιάμιση ώρα μέχρι ν' αντλήσω τις δυνάμεις μου ξανά. Μερικών ασθενών η ομιλία χειροτερεύει ή μουδιάζουν τα χέρια και τα πόδια τους μετά από μεγάλη κούραση ή ζέστη. Τα συμπτώματα ποικίλουν από ασθενή σε ασθενή και γι' αυτό κάποιος μπορεί να αισθάνεται πολύ λιγότερο κουρασμένος από κάποιον άλλο μετά από άθληση ή ζεστό μπάνιο.

- **Τα προβλήματα που παρουσιάζονται από την κόπωση στη σκλήρυνση.**

Οι ασθενείς με σκλήρυνση που έλαβαν μέρος σε μια Καναδική έρευνα είπαν σε ποσοστό 40% ότι το σύμπτωμα που τους ενοχλεί περισσότερο είναι η κόπωση.

Δυστυχώς η κόπωση μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα – σωματικά, ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά. Τα σωματικά προβλήματα είναι τα πιο εμφανή στην αρχή. Δεν μπορούμε να συνεχίσουμε να κάνουμε την ίδια δουλειά αν π.χ. είμαστε εργάτες, γιατί κουραζόμαστε αφάνταστα. Όμως η κόπωση μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα και σ' άλλους τομείς της ζωής μας,

Ίσως είναι δυσκολότερο να φροντίζουμε τα παιδιά μας τώρα, ιδίως όταν είναι μικρά και δραστήρια ή να συνεχίσουμε τη σεξουαλική μας ζωή όπως και πριν.

Πολλές φορές δημιουργούνται ψυχολογικά προβλήματα, γιατί δεν έχει γίνει έγκαιρα η διάγνωση. Ανησυχούμε για το τι να μας συμβαίνει και αισθανόμαστε έτσι περίεργα που είμαστε τόσο κουρασμένοι, γιατί ο γιατρός επιμένει ότι δεν έχουμε τίποτα και γιατί όταν επιμένουμε, μας λένε ότι μάλλον είμαστε νευρωτικοί! Πολλές φορές, πριν να γίνει η διάγνωση για σκλήρυνση, μας χαρακτηρίζουν ανθρώπους με ψυχολογικά προβλήματα.

Υπάρχει περίπτωση τα συμπτώματα της σκλήρυνσης να μην προχωρήσουν πέρα από το αίσθημα της κούρασης ή της θαμπής όρασης και τότε να μη γίνει ποτέ διάγνωση για σκλήρυνση.

Ακόμη και όταν έχει γίνει η διάγνωση, είναι δύσκολο οι γιατροί, ειδικά οι γενικοί παθολόγοι, αλλά ακόμη και οι νευρολόγοι που δε βλέπουν ασθενείς με σκλήρυνση να κατανοήσουν τα συμπτώματα που έχουμε και που δεν ανιχνεύονται

στη σωματική εξέταση, γιατί δε μας βλέπουν παρά μόνο στο ιατρείο τους ή στο νοσοκομείο και όχι σε κοινωνικές εκδηλώσεις.

Έτσι για διάφορους λόγους ακόμη και οι νευρολόγοι μπορεί να μη μπορέσουν να αντιληφθούν τι σημαίνει κόπωση για έναν ασθενή και ότι η μελαγχολία και το άγχος είναι η αντίδρασή μας σε μια χρόνια αρρώστια σαν τη σκλήρυνση.

Οι άνθρωποι με σκλήρυνση παθαίνουν συχνά μελαγχολία και ανησυχούν γι' αυτό που τους συμβαίνει. Είναι μια φυσιολογική αντίδραση. Δυστυχώς όμως τα συμπτώματα της μελαγχολίας και του άγχους είναι παρόμοια με αυτά της κόπωσης. Αισθανόμαστε βαρείς και κουρασμένοι και δεν έχουμε ενεργητικότητα.

- **Ποιος λοιπόν μπορεί να πει αν αυτά είναι συμπτώματα κατάθλιψης;**

Από προσωπική μου εμπειρία σας λέω ότι είναι πάρα πολύ δύσκολα να κάνεις το διαχωρισμό. Το αποτέλεσμα είναι να αισθάνεσαι όλο και περισσότερο μελαγχολικός και να αναρωτιέσαι ακόμη περισσότερο για το τι σου συμβαίνει. Μέχρι που να δούμε το θέμα κατάματα –μιλώντας σε κάποιο ειδικό ή σε άλλον ασθενή με σκλήρυνση– θα πρέπει να καταλάβουμε ότι έχουμε ν' αντιμετωπίσουμε μεγάλο άγχος και ανησυχία.

Νομίζω ότι οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι πολύ χρήσιμες γιατί εκεί μοιραζόμαστε τις εμπειρίες μας και μιλάμε με ανθρώπους που η κόπωση γι' αυτούς και τα άλλα συμπτώματα είναι κάτι το «φυσιολογικό». Επομένως δεν είμαστε οι «ψυχιατρικές περιπτώσεις» που νομίζαμε ότι είμαστε.

Σας είπα παραπάνω, ότι η κόπωση μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα και στις σχέσεις μας. Στην περίπτωση μου η γυναίκα μου παραπονιόταν ότι απέφευγα να κάνω τις δουλειές του κήπου. Αισθανόμουν κουρασμένος και δεν καταλάβαινα το γιατί ούτε ήθελα να το παραδεχτώ. Επέμενα λοιπόν να φροντίζω τον κήπο με αποτέλεσμα να κουράζομαι και να πρέπει να σταματήσω. Όταν μίλησα με άλλους ανθρώπους με σκλήρυνση κατάλαβα ότι αυτό ήταν κάτι το «φυσιολογικό» για μας. Τώρα λοιπόν είμαστε περισσότερο ελαστικοί. Η γυναίκα μου κάνει τις πρακτικές, τις περισσότερο χειρωνακτικές δουλειές και εγώ διεκπεραιώνω τις γραφειοκρατικές δουλειές και αυτές που απαιτούν λιγότερη σωματική προσπάθεια. Έχουμε προσαρμοστεί, άλλαξα το ρόλο μου και αυτή το δικό της. Πιστεύω ότι η αλλαγή του ρόλου πρέπει να αντιμετωπίζεται «κατακούτελα» και να ενθαρρύνεται ο ρεαλισμός. Αυτό προϋποθέτει κατανόηση και αφορά όλα τα μέλη της οικογένειας και όχι μόνο αυτόν που έχει σκλήρυνση.

Η αλλαγή ρόλων μπορεί να είναι αναγκαία και στο σεξουαλικό τομέα. Αν στο ζευγάρι το πιο δραστήριο μέλος ήταν ο σύντροφος που έπαθε σκλήρυνση, ίσως χρειαστεί να επωμιστεί αυτόν το ρόλο ο άλλος σύντροφος. Αν δε γίνει αυτό ίσως οι σεξουαλικές σχέσεις να δυσκολέψουν ή και να σταματήσουν τελείως. Μπορεί ακόμη και να διαλυθεί η σχέση από παρεξήγηση: ο σύντροφος που δεν έχει σκλήρυνση μπορεί να νομίσει ότι ο σύντροφος του έχασε το ενδιαφέρον του γι' αυτόν. Και τα «κανονικά» ζευγάρια έχουν προβλήματα που ξεκινάνε από το σεξουαλικό τομέα, επομένως είναι λογικό να παρουσιάζονται τέτοια προβλήματα και σε μας. Σ' αυτό το άρθρο ασχολούμαι μόνο με την κόπωση αλλά βεβαίως η σκλήρυνση μπορεί να προκαλέσει και άλλα σεξουαλικά προβλήματα που πρέπει ν' αντιμετωπιστούν ανάλογα.

- **Τι μπορούμε να κάνουμε;**

Για να απαλύνουμε την επίδραση της κόπωσης, νομίζω ότι το πιο σπουδαίο πράγμα είναι να καταλάβουμε δηλαδή να συνειδητοποιήσουμε ότι η κόπωση είναι αναπόσπαστο στοιχείο της σκλήρυνσης. Είναι αναγκαίο να το καταλάβουν αυτό και η οικογένειά μας και οι συγγενείς και οι φίλοι μας για να μας βοηθήσουν να προσαρμοστούμε στα καινούργια δεδομένα. Είναι απαραίτητο να εκφράσουμε ανοιχτά τα συναισθήματά μας και να μιλήσουμε με άλλους ανθρώπους με σκλήρυνση για να μάθουμε πώς η κόπωση επηρεάζει τη ζωή μας. Επίσης θεωρώ απαραίτητο να καταλάβουν τι σημαίνει κόπωση για μας και όλοι όσοι έχουν σχέση με την υγεία: γιατροί, νοσοκόμοι, ψυχολόγοι και εργοθεραπευτές. Πρέπει να καταλάβουν ότι η κόπωση σε ασθενής με σκλήρυνση είναι διαφορετικής έντασης για τον καθένα μας και γι' αυτό νομίζω ότι θα πρέπει να συνεχιστεί η εκπαίδευση αυτών των ανθρώπων στον τομέα αυτό.

Πιστεύω ακόμη, ότι είναι ζωτικής σημασίας να βρισκόμαστε σε καλή φυσική κατάσταση. Δεν μπορούμε να κάνουμε τίποτα για τα νευρολογικής φύσεως συμπτώματα εκτός από το να αποφεύγουμε να κάνουμε ζεστό μπάνιο, αλλά όμως μπορούμε να διατηρήσουμε τη φυσική μας κατάσταση στα ανωτέρα πλαίσια που επιτρέπεται στον καθένα. Κανείς δεν περιμένει να γίνουμε αθλητές στίβου αλλά μπορούμε όμως να αθλούμαστε με άλλους τρόπους. Η άσκηση δε θα πρέπει να είναι εξαντλητική αλλά ικανή να διατηρήσει τη φυσική μας κατάσταση σε καλή φόρμα. Να προσπαθήσουμε να φτιάξουμε ένα πρόγραμμα άσκησης που να ταιριάζει στις

ικανότητες του καθένα, που να μας αρέσει όπως π.χ. κολύμπι, γιόγκα ή οτιδήποτε άλλο .

Άλλα πράγματα που πρέπει να προσέξετε: κόψτε το κάπνισμα, χάστε βάρος αν είστε υπέρβαροι, προσέξτε τη διατροφή σας.

Πρέπει να καταστρώσετε ένα πρόγραμμα δουλειάς, κοινωνικής ζωής και εξόδων έτσι ώστε να μη πέφτουν όλα μαζί. Δυστυχώς αυτό δεν είναι πάντοτε εφικτό στην πράξη. Μερικές φορές καταντάω να βγαίνω και να ξενυχτάω κάθε βράδυ. Ξέρω ότι έτσι μπορεί και να πάθω ώση όμως δεν είναι πάντοτε δυνατόν να προγραμματίζω από πριν με απόλυτη ακρίβεια. Όμως χρειαζόμαστε δύναμη θέλησης και αυτοπειθαρχία για να μπορούμε να λέμε και κανένα «όχι». Όλα να γίνονται με μέτρο –αυτή να είναι η θέση ζωής- για να μην το παρακάνουμε αλλά ούτε και να αποσυρθούμε.

Οι πιο πολλοί λένε ότι η κόπωση είναι εντονότερη αργά το απόγευμα όταν η θερμοκρασία του σώματος είναι υψηλότερη που έτσι κι αλλιώς η κούραση στο τέλος της ημέρας είναι κάτι το φυσιολογικό για όλους. Έχω παρατηρήσει ότι έχω τη μεγαλύτερη διαύγεια το πρωί και έτσι κάνω τότε όλες τις δουλειές μου που απαιτούν συγκέντρωση και προσπάθεια.

Όταν έχω ώρα, ξεκουράζομαι το απόγευμα και όταν σηκωθώ κάνω ένα χλιαρό μπάνιο και μετά είμαι πανέτοιμος για να κάνω ότι καλύτερο μπορώ το βράδυ. Ίσως ένα τέτοιο πρόγραμμα να σας βοηθήσει και σας όμως το καλύτερο είναι να πειραματιστείτε μόνοι σας για να βρείτε την καθημερινή ρουτίνα που σας ταιριάζει σαν άτομα.

Υπάρχουν και κάποιες άλλες δραστηριότητες που βοηθάνε στο θέμα της κόπωσης. Η φυσιοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει στο να επανέλθουν οι μύες μετά από κάποια ώση. Οι ασκήσεις συγχρονισμού έχουν πολύ μεγάλη σημασία.

Η γιόγκα είναι μια μορφή φυσιοθεραπείας αλλά και άσκηση στη πειθαρχία και στην εξάσκηση. Το καλό με τη γιόγκα είναι ότι ποτέ δεν κάνεις κάτι πέρα από τις δυνάμεις σου γιατί δεν υπάρχει καθόλου ανταγωνισμός και γι' αυτό ταιριάζει ιδιαίτερα στους πάσχοντες από σκλήρυνση.

Μια γυναίκα μου είπε κάποτε για τη γιόγκα:

-Ξέρω βέβαια ότι η γιόγκα δε θα μου θεραπεύσει τα νεύρα και τους μυς που έχουν υποστεί βλάβες από τη σκλήρυνση, όμως πραγματικά με βοηθάει να διατηρώ την υγεία μου σε καλύτερη κατάσταση από πριν και οι ασκήσεις αναπνοής και χαλάρωσης με έχουν ηρεμήσει και έτσι βλέπω τον κόσμο με περισσότερη χαρά. Η

γιόγκα μου έδωσε ένα καινούριο ενδιαφέρον για τη ζωή, άσε που γνώρισα και καινούρια πρόσωπα και φιλικούς ανθρώπους.

Αυτό είναι ακριβώς. Η γιόγκα δεν επηρεάζει τα νεύρα που έχουν πειραχτεί, αλλά είναι μία μέθοδος για να διατηρηθούμε ακμαίοι. Αν λοιπόν αποφασίσουμε να κάνουμε γιόγκα πρέπει να γίνουμε μέλη κάποιου κέντρου έτσι ώστε ν' ασκούμεθα σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Η γιόγκα σε συνδυασμό με ελαφριά γυμναστική μπορεί να γίνει ένα μέρος της καθημερινής μας ρουτίνας. Για μένα έχουν γίνει μέρος της ζωής μου. Δεν υποκρίνομαι ότι είμαι πρότυπο της αρετής αλλά κάθε πρωί κάνω για πέντε λεπτά γιόγκα και πούσ άπς και το ίδιο κάνω και το απόγευμα, δηλαδή μόνο δέκα λεπτά την ημέρα. Όμως το κάνω κάθε μέρα και το μηνιαίο άθροισμα είναι αρκετά σημαντικό. Δεν έχει σημασία πόση ώρα κάνουμε γυμναστική αλλά πόσο συχνά.

Ένα ακόμη πλεονέκτημα της τακτικής εξάσκησης είναι ότι πολλοί άνθρωποι λένε ότι μειώνει τους σπασμούς. Όταν μύες συσπώνται και μετά δε χαλαρώνουν ή μερικές φορές πονάνε, έχουμε σπασμούς. Μερικοί άνθρωποι έχουν σπασμούς μετά από κούραση. Με τακτική άσκηση και ξεκούραση μετά μπορούν να αποφύγουν αυτή την επιπλοκή της νόσου. Επίσης δίνονται σπασμολυτικά φάρμακα όταν χρειαστεί.

Τι είναι η κόπωση;

Η κόπωση είναι μια επιπλοκή της σκλήρυνσης που όμως αντιμετωπίζετε εφόσον κατανοήσουμε τι ακριβώς είναι. Η κόπωση μπορεί να φέρει εξάντληση ή δυσλειτουργία των αισθήσεων θάμπωμα στην όραση, δυσκολία στην ομιλία, μούδιασμα και έλλειψη αφής.

Κόπωση προκαλείται από κουραστική δουλειά, ζέστη, λοίμωξη ή πού φαγητό.

Όταν υπάρχει κόπωση τα συμπτώματα της σκλήρυνσης γίνονται περισσότερο εμφανή.

Αν τα συμπτώματα της κόπωσης δε διαγνωστούν είναι δυνατόν οι συγγενείς, οι φίλοι ή οι εργοδότες των ανθρώπων με σκλήρυνση να τα θεωρήσουν ψυχολογικά προβλήματα.

Το μοίρασμα των εμπειριών μας με άλλους ανθρώπους που έχουν σκλήρυνση θα μας βοηθήσει να καταλάβουμε και να βρούμε τρόπους ν' αντιμετωπίσουμε την κόπωση.

Η τακτική άσκηση βοηθάει να παραμένουμε σωματικά ακμαίοι.

«Παν μέτρον άριστον» είναι το κλειδί για μια γεμάτη και ευτυχισμένη ζωή, αλλά και κάποια παρασπονδία είναι το «αλάτι της ζωής».

Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Μέχρι πριν από λίγο καιρό, όλοι πίστευαν ακόμη και οι γιατροί ότι οι ΑμΣΚΠ δεν βιώνουν πόνους σαν πρωταρχικό σύμπτωμα. Τώρα όμως έχει γίνει αποδεκτό, ότι οι ΑμΣΚΠ υποφέρουν συχνά από πόνους, συνεχείς ή μικρής διάρκειας, γιατί η επαφή των συνάψεων των νεύρων δεν είναι φυσιολογική. Γενικά πιστεύεται ότι το 55% των ΑμΣΚΠ θα βιώσουν κάποιο πόνο ενώ το 15% θα βιώσει μακροχρόνιο πόνο. Ο πόνος είναι δύσκολο να μελετηθεί, γιατί σε αυτόν υπεισέρχονται διάφοροι φυσικοί, ψυχολογικοί και πνευματικοί παράγοντες. Επίσης είναι δύσκολο να μετρηθεί. Για παράδειγμα, ένας άνθρωπος μπορεί να αντέχει να περπατάει με σπασμένο πόδι ενώ κάποιος άλλος να υποφέρει αφόρητα από ένα μώλωπα στο γόνατο.

Νευρογενείς Πόνοι

Νευρολογικοί ή νευρογενείς πόνοι είναι ευρέως φάσματος και μπορεί να είναι από κάτι μικρό και παροδικό μέχρι αφόρητοι πόνοι διαφορετικής χροιάς ? οξείς, σαν κάψιμο, «σφάχτες» κτλ. Οι νευρογενείς πόνοι θεωρείται ότι είναι «πρωτογενείς», δηλαδή ότι είναι άμεσο αποτέλεσμα του διαφορετικού τρόπου που γίνεται η επαφή των συνάψεων του κεντρικού νευρικού συστήματος στους ΑμΣΚΠ.

Φυσιολογικά, το κεντρικό νευρικό σύστημα του οργανισμού φιλτράρει τους ασήμαντους θορύβους του περιβάλλοντος χωρίς εμείς να καταλαβαίνουμε τίποτα, έτσι ώστε να μπορούμε να συγκεντρωθούμε στις δραστηριότητές μας, στη δουλειά μας, στο άκουσμα μουσικής, διάβασμα κ.τ.λ.

Μια από τις επιπτώσεις της ΣΚΠ, είναι η ανικανότητα να απομονώσουμε αυτούς τους θορύβους, επειδή η μεταφορά των μηνυμάτων και της πληροφόρησης είναι ελλιπείς, λόγω της καταστροφής της μυελίνης. Η μυελίνη, που περιβάλλει τους νευρικούς ιστούς του κεντρικού νευρικού συστήματος, δρα σαν μονωτικό που κρατάει τις ηλεκτρικές διεγέρσεις στο εσωτερικό της καθώς αυτές μεταφέρονται στα διάφορα μέρη του σώματος. Όταν υπάρχει απομυελίνωση, οι ηλεκτρικές διεγέρσεις

μπορούν να διαφύγουν από τα σημεία αυτά, και να μεταπηδήσουν από νευρική ίνα σε νευρική ίνα, όπως ακριβώς γίνεται με το βραχυκύκλωμα ηλεκτρικών καλωδίων. Θεωρητικά, αυτή η κατάσταση μπορεί να προκαλέσει «μακελειό».

Αυτό που γίνεται λοιπόν, είναι ότι μερικές φορές ασήμαντα και αποπλανητικά ερεθίσματα διαφεύγουν από το μηχανισμό φιλτραρίσματος. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τον βομβαρδισμό από πληροφορίες και θορύβους, που δεν θέλουμε και δεν μπορούμε να εμποδίσουμε. Αυτή την ελλιπή διαδικασία βιώνουμε σαν πόνο μούδιασμα, γαργάλημα, φαγούρα, κάψιμο. Αυτές οι παραισθησίες, όπως ονομάζονται, για μερικούς ανθρώπους μπορεί, να είναι κάτι υποφερτό αλλά για άλλους να είναι αφόρητος πόνος. Οι οξείς πόνοι στη ΣΚΠ, όπως για παράδειγμα η νευραλγία του τριδύμου, μπορεί να προκαλούνται από αυτή ακριβώς τη ?χαοτική? συμπεριφορά των ηλεκτρικών διεγέρσεων που μεταπηδούν συνεχώς ανάμεσα στα αισθητήρια και στα κινητήρια νεύρα. Πάντως, οι επιστήμονες δεν έχουν ακόμη καταλάβει τον μηχανισμό της προέλευσης των περισσότερων από τους οξείς πόνους.

Μυοσκελετικοί πόνοι

Οι μυοσκελετικοί πόνοι είναι συνήθως δευτερογενούς αιτιολογίας δηλαδή δεν είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την απομυελίνωση, αλλά μάλλον προέρχονται από τις επιπτώσεις της ΣΚΠ στο σώμα (κακή στάση σώματος ή βαδίσματος). Η απώλεια δύναμης των μυών ή η πλημμελής χρησιμοποίησή τους έχουν κάποιες επιπτώσεις. Ο πόνος στο κάτω μέρος της πλάτης, στο ιερό οστό, είναι, συνήθως, χρόνιος και προκαλείται από υπερβολική ένταση των αρθρώσεων, των συνδέσμων ή των μυών. Σπαστικότητα σημαίνει δυσκαμψία που προέρχεται από «σφίξιμο» των μυών και μπορεί να προκαλέσει δυνατές κράμπες. Οι μύες «σφίγγουν» όταν υπάρχει απομυελίνωση στα νεύρα που ρυθμίζουν τον μυϊκό τόνο ή την κίνηση. Ο καλύτερος τρόπος για τη διαχείριση των δευτερογενών μυοσκελετικών πόνων είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων παρά η λήψη αναλγητικών φαρμάκων.

Ανακούφιση του πόνου στη ΣΚΠ

Οι περισσότεροι πόνοι στη ΣΚΠ δεν προέρχονται από τη διέγερση των «παραδοσιακών» αλγοϋποδοχέων του κεντρικού νευρικού συστήματος (των υποδοχέων που διεγείρονται από κακώσεις) και γι αυτό οι ασπιρίνες ή άλλα «παραδοσιακά» αναλγητικά δεν βοηθάνε πολύ.

Οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν το νευρικό σύστημα σαν ένα σύστημα που κάνει πράγματα. Στην πραγματικότητα ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός εμποδίζουν πράγματα από το να γίνουν.

Οι «οδοί» του πόνου κατά μήκος του νωτιαίου μυελού παρουσιάζουν συνεχή αμφίδρομη πορεία από τον εγκέφαλο στα μέρη του σώματος και το αντίθετο, δεν είναι δηλαδή ένας μονόδρομος, όπου ένας εγκέφαλος περιμένει παθητικά τα αισθητήρια μηνύματα να έρθουν προς αυτόν. Τουναντίον, υπάρχει μεγάλη δραστηριότητα, με τον εγκέφαλο να στέλνει συνεχή ροή ανταποκριτικών μηνυμάτων, που διατρέχουν το νωτιαίο μυελό με σκοπό να μειώσουν, να αυξήσουν ή να αγνοήσουν τα σήματα που λαμβάνει ο εγκέφαλος.

Υπάρχουν πολλά φάρμακα που μπορούν να βοηθήσουν αυτές τις «οδούς». Τα γνωστότερα και αυτά που χρησιμοποιούνται ευρύτερα είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά σε μικρές δόσεις. Επομένως, αν ο γιατρός σας δώσει κάποιο αντικαταθλιπτικό, αυτό δεν σημαίνει ότι έχετε κατάθλιψη αλλά μάλλον ότι έχετε ένα πόνο που μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη. Είναι γνωστό ότι οι άνθρωποι που βιώνουν πόνο περισσότερο από τέσσερις εβδομάδες συνήθως παθαίνουν κατάθλιψη. Το πρόβλημα με αυτά τα αντικαταθλιπτικά είναι ότι φέρνουν υπνηλία, πράγμα που όμως βοηθάει την ποιότητα του ύπνου και τη χαλάρωση.

Οι οξείς πόνοι, όπως η νευραλγία του τριδύμου και οι μυϊκοί σπασμοί, αντιμετωπίζονται κυρίως με αντισπαστικά φάρμακα, τα οποία καταστέλλουν την έντονη δραστηριότητα των ηλεκτρικών διεγέρσεων. Ο δυνατός πόνος της οπτικής νευρίτιδας συνήθως αντιμετωπίζεται με κορτικοειδή, τα οποία μειώνουν τη φλεγμονή.

Οι χρόνια μυϊκοί σπασμοί και η σπαστικότητα των άκρων, όταν προέρχονται από κακή στάση σώματος, μπορούν να βοηθηθούν με κατάλληλες τακτικές ασκήσεις τεντώματος, με φυσιοθεραπεία ή με τη χρήση κατάλληλων βοηθημάτων.

Για τους μυϊκούς πόνους, η καλύτερη αντιμετώπιση, είναι η κίνηση και η αλλαγή στάσης ή θέσης. Μερικοί γιατροί συστήνουν την αντικατάσταση του πόνου με μια άλλη αίσθηση όπως είναι η πίεση, η ζέστη, το κρύο ή το μασάζ. Αν και φαίνεται απίστευτο εντούτοις το βύθισμα ενός μέλους που αισθανόμαστε ότι «καίει» σε χλιαρό νερό μπορεί να μετατρέψει την «καυτή» παραισθησία σε μια ευχάριστη

αίσθηση!! Η φυσιοθεραπεία και η συμβουλή ειδικών για τη στάση σώματος και βαδίσματος μπορούν να βοηθήσουν τους πόνους που προέρχονται από μια «αφύσικη» στάση σώματος.

Αν όμως ο πόνος δεν περνάει με αυτούς τους τρόπους τότε είναι αναγκαία η φαρμακευτική αγωγή. Τα μυοσκελετικά χαλαρωτικά φάρμακα επιδρούν κατευθείαν στις διεργασίες του κεντρικού νευρικού συστήματος (baclofen=Lioresal, tizanidine=Zanaflex) και καταπραΰνουν τον πόνο. Ο μυοσκελετικός πόνος μπορεί επίσης να ανταποκριθεί σε αντιφλεγμονώδη που δεν έχουν κορτιζόνη.

Ο Διαδερμικός Ηλεκτρικός Ερεθισμός, μπορεί επίσης να βοηθήσει να ελεγχθεί ο πόνος αν και πάλι αυτό είναι ένα θέμα αντίδρασης του κάθε οργανισμού. Οι συσκευές του Διαδερμικού Ηλεκτρικού Ερεθισμού είναι μικρές και φορητές με ηλεκτρόδια που τοποθετούνται στο κατάλληλο μέρος του σώματος και παρέχουν χαμηλής τάσης ρεύμα, για να διεγείρουν μια συγκεκριμένη νευρική ίνα στον νωτιαίο μυελό. Αυτό μειώνει τη ροή των νευρικών ερεθισμάτων προς τον εγκέφαλο με τελικό αποτέλεσμα να καταπραΰνεται ο πόνος. Μερικές φορές όμως ο Διαδερμικός Ηλεκτρικός Ερεθισμός έχει τα αντίθετα αποτελέσματα.

Η άλλη όψη του πόνου

Παρόλες αυτές τις θεραπευτικές αγωγές, η διαχείριση του χρόνιου πόνου δεν είναι εύκολη ούτε πάντοτε επιτυχής. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του πόνου στη ΣΚΠ έγκειται πολλές φορές σε πειραματισμούς με διαφορετικές αγωγές, κυρίως όταν υπάρχει χρόνιος πόνος.

Υπάρχουν όμως φυσικοί και ψυχολογικοί παράγοντες που συνδέονται με μια χρόνια νόσο και μπορούν να προκαλέσουν πόνο ή να τον χειροτερεύσουν.

Ένα πρόβλημα είναι, ότι οι ΑμΣΚΠ έχουν την τάση να συνδέουν κάθε πόνο με σύμπτωμα της νόσου. Όμως οι ΑμΣΚΠ, όπως και όλος ο άλλος κόσμος, μπορεί να έχουν πόνους από άλλες αιτίες, όπως για παράδειγμα αρθρικά, ημικρανίες ή πόνους στην πλάτη.

Ο Patrick Wall είναι ένας επιστήμονας, γνωστός διεθνώς για τις έρευνές του πάνω στον πόνο και συν-εφευρέτης της συσκευής του Διαδερμικού Ηλεκτρικού Ερεθισμού. Ο ίδιος, διηγείται συναρπαστικές περιπτώσεις, όπου άνθρωποι με τρομερά τραύματα που προήλθαν από ατυχήματα ή στον πόλεμο δεν ένοιωσαν κανένα πόνο αλλά όμως ότι, ανίσχυρα θύματα κακοποιήσεων αισθάνονται περισσότερο τον πόνο των βασανιστηρίων από τους παραπάνω. Όταν λοιπόν ο πόνος επιμένει, υπεισέρχονται και άλλοι παράγοντες όπως ο φόβος, το άγχος και η κατάθλιψη που επιδεινώνουν και δυσκολεύουν την κατάσταση.

Ο Patrick Wall επισημαίνει ότι ο πόνος ποτέ δεν έρχεται μόνος του αλλά πάντοτε συνοδεύεται από ένα συναίσθημα ή μια σημασία. Για αυτό και ο κάθε πόνος είναι ιδιαίτερος για τον κάθε άνθρωπο. Αν προσέξουμε τον τρόπο που οι άνθρωποι περιγράφουν τον πόνο τους εκτός από λέξεις όπως ?σφάχτης?, «σουβλερός», κτλ χρησιμοποιούν και επίθετα που περιγράφουν τον βαθμό που υποφέρουν όπως τρομερός, ανυπόφορος, βουβός, ενοχλητικός καθώς επίσης και λέξεις που δείχνουν τί προξενεί το πόνο - μου φέρνει αηδία, με φοβίζει, με κουράζει, με έλυσσε κρύος ιδρώτας. «Ο άνθρωπος που πονάει, είναι εγκλωβισμένος σε ένα σύνδρομο, και η θεραπευτική αγωγή πρέπει να στοχεύει σε κάθε πλευρά αυτού του συνδρόμου», λέει ο Patrick Wall.

Συχνά, όταν ο γιατρός μπορεί να εξηγήσει την αιτία του πόνου, η συναισθηματική πλευρά μειώνεται και η οξύτητα τα πόνου καταλαγιάζει. Δεν γνωρίζουμε ακριβώς το μηχανισμό δράσης των μεθόδων ελέγχου του πόνου, αλλά το καλύτερο συστατικό για οποιαδήποτε θεραπεία, είναι η πεποίθηση του ασθενούς, ότι η μέθοδος θα είναι αποτελεσματική.

Με την πάροδο των χρόνων έχουν δημιουργηθεί στα νοσοκομεία Ιατρεία Πόνου, όπου ο ασθενής μπορεί να απευθυνθεί για εξατομικευμένη αγωγή.

Μπορεί επίσης να διδαχτεί τρόπους αντιμετώπισής του. Για παράδειγμα μπορεί να μάθει πως να αναπνέει, να χαλαρώνει, έτσι ώστε να μειώνει το άγχος και την υπερδιέγερση που προέρχονται από το φόβο του πόνου και με αυτόν τον τρόπο να μειώσει την οξύτητα και την έντασή του. Επίσης μπορεί να βοηθηθεί από έναν καινούργιο τρόπο σκέψης για να μη φοβάται τον πόνο όπως: «Δεν υπάρχει κίνδυνος

από αυτόν τον πόνο, το έχω ξαναπεράσει». Έχει αποδειχτεί ότι όταν κάποιος βρίσκει θετικούς τρόπους για την διαχείριση του πόνου του, μπορεί να τον ελέγχει καλύτερα.

Για μερικούς ΑμΣΚΠ η εκπαίδευση στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου με θετικό τρόπο είναι επιτακτική ανάγκη της καθημερινής τους ζωής. Ο πόνος στη ΣΚΠ είναι τόσο πραγματικός όσο ο πόνος οποιουδήποτε άλλου ανθρώπου. Δυστυχώς όμως δεν δίνεται η πρέπουσα σημασία και υποστήριξη.

Στοιχεία του πόνου στη ΣΚΠ

- Καινούργιος πόνος ή εμφάνιση παλαιότερου πόνου δεν σημαίνει ώση
- Δεν έχουν σχέση με τη ΣΚΠ όλοι οι πόνοι. Συχνά είναι πόνοι που περνάνε όλοι οι άνθρωποι π.χ. αρθρικών, πονοκέφαλος κτλ
- Ούτε η ηλικία, ούτε το φύλο, ούτε τα συμπτώματα της ΣΚΠ φαίνεται να έχουν σχέση με το είδος του πόνου που μπορεί να έχει κάποιος
- Το άγχος, η κούραση και η ζέστη μπορούν να προκαλέσουν ή να μεγαλώσουν τον πόνο. Είναι ανάγκη να μάθουμε να σεβόμαστε τα όριά μας.
- Ένας υγιεινός τρόπος ζωής, η διατήρηση του φυσιολογικού βάρους και η τακτική άσκηση -η σωστή για τον καθένα- μπορούν να μειώσουν τον πόνο που προέρχεται από κινητικά προβλήματα.

Σημεία Πόνων στη ΣΚΠ

1. Νευρογενείς (Οξείς, σφοδροί, διαπεραστικοί πόνοι, που φτάνουν σε ένα αποκορύφωμα και μετά καταλαγιάζουν)

Γιατί : Ελλιπής σύναψη των νεύρων στον νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο

Που: παραισθησίες : γαργάλημα, μούδιασμα, τρέμουλο, κάψιμο

τσιμπήματα στα άκρα ή πόνος σαν κάποιος να σε σφίγγει ή να σε «βάζει σε πρέσα», ένας πόνος σφιξίματος γύρω από τον κορμό του σώματος

Τι βοηθάει:

- Μια ελαστική κάλτσα ή γάντια μπορούν να αλλάξουν τον πόνο σε μια αίσθηση πίεσης
- Ζεστές κομπρέσες στο δέρμα μπορούν να απαλύνουν την αίσθηση καψίματος
- Ασπιρίνη ή Tylenol (acetaminaphen) καθημερινά

- Αντικαταθλιπτικά (amitriptyline) γιατί μετριάζουν την αντίδραση του κεντρικού νευρικού συστήματος

Που: Λαιμός, το σημείο Lehrmitte :Μια ξαφνική ηλεκτρική εκκένωση που επεκτείνεται από το σώμα στα πόδια και στα χέρια μετά από σκύψιμο του κεφαλιού, φτέρνισμα ή βήξιμο.

Τι βοηθάει:

- Μαλακό κολάρο γιατί μειώνει την κάμψη του λαιμού (η φαρμακευτική αγωγή δεν βοηθάει μιάς και αυτός ο πόνος εμφανίζεται ξαφνικά)

Που: Νευραλγία του τριδύμου = οξύς πόνος στο πρόσωπο, ?σφάχτης?, σαν στιγμιαία μαχαιριά. Είναι σπάνιος και προσβάλλει μόνο το 1% των ΑμΣΚΠ.

Τι βοηθάει: Lioresal, Tegretol (carbanazepine), Dilantin (diphenylhydantoin).

Χρησιμοποιούνται με επιτυχία όταν η εμφάνιση είναι συχνή ή όταν οι πόνοι κρατάνε για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Που: Οξύς πόνος οπτικής νευρίτιδας, εκδηλώνεται με επίπονες κινήσεις του ματιού. Αυτό είναι ένα από τα πρώτα, κοινά, συμπτώματα της ΣΚΠ.

Τι βοηθάει: Κορτιζόνη που μειώνει τη φλεγμονή

2. Μυοσκελετικοί

Γιατί : πίεση του σώματος από την ακινησία

Που : ιερό οστό

Τι βοηθάει:

- Κουνήστε τα πόδια μπρος πίσω σαν να περπατάγατε, αν μπορείτε
- Αλλάζετε θέση καθίσματος συχνά
- Ξαπλώστε κάπου αναπαυτικά

Που : μύες, τένοντες και συνδέσμους..

Γιατί : Η ακινησία ενός άκρου και η διατήρηση του στην ίδια θέση αναγκάζει τους μύες να προσαρμοστούν έτσι που μετά είναι δύσκολο να αλλάξει κάποιος θέση.

Τι βοηθάει:

- Λίγη ώρα φυσικοθεραπείας κάθε μέρα
- Καθίστε σε μια κουνιστή πολυθρόνα με τα πόδια σε θέση 90 μοιρών από το σώμα, πιέστε το σώμα σας στην πλάτη της καρέκλας και κινηθείτε μπρος πίσω.

Που : Μυϊκοί σπασμοί. Τονικοί σπασμοί των μυών : τα πόδια και τα χέρια συσπώνται με ένα ιδιαίτερα αγωνιώδη τρόπο και τεντώνονται προς τα έξω ή γυρίζουν προς τα μέσα με βία. Κρατούν δευτερόλεπτα μόνον.

Γιατί : Όταν εμπλέκεται ο νωτιαίος μυελός, προκαλούνται αντανακλαστικοί σπασμοί. Η ξαφνική μείωση του μήκους ενός μεγάλου μυός μπορεί να προκαλέσει κράμπες.

Τι βοηθάει:

- Ibuprofen ή αντιφλεγμονώδη που δεν περιέχουν κορτιζόνη
- Lioresal (baclofen) κάνει πολύ καλό
- Ασκήσεις τεντώματος δύο φορές την ημέρα
- Συχνή κίνηση μειώνει τη σοβαρότητα των σπασμών και των κραμπών
- Πιέστε την πατούσα σας στο κάτω μέρος του κρεβατιού μόλις σας εμφανιστεί κράμπα
- Προσοχή στη λήψη υγρών : πολύ νερό σε σχέση με το κάλιο και το νάτριο του οργανισμού και μπορεί να προκαλέσει κράμπες.

Τι γίνεται όμως με τους πόνους που μας «τρώνε» και επιμένουν:

Έχετε πραγματικά κάνει τα πάντα; Ελέγξτε την παρακάτω λίστα:

1. Έχετε δει το νευρολόγο σας για να προσδιορίσετε αν ο πόνος προέρχεται από τη ΣΚΠ ή κάποιο άλλο παράγοντα;
2. Έχετε δει ένα φυσίατρο για να δείτε αν ο πόνος προέρχεται από κάτι άλλο, ακόμη και αν η ΣΚΠ είναι άμεσα συνδεδεμένη με αυτόν;
3. Δοκιμάσατε φυσιοθεραπεία ή κάποιες άλλες συμπληρωματικές θεραπείες όπως τη βιοανάδραση, γιόγκα, αυτοσυγκέντρωση ή βελονισμό; Όλες αυτές οι λύσεις είναι περισσότερο αποδεκτές από τους γιατρούς σήμερα από ότι παλαιότερα.
4. Έχετε επισκεφτεί κάποιο Ιατρείο Πόνου των Νοσοκομείων μας;
5. Έχετε πάει σε άλλους νευρολόγους, φυσίατρους ή φυσικοθεραπευτές αν οι πρώτοι δεν σας ικανοποίησαν; (η δεύτερη γνώμη είναι υπόθεση ρουτίνας στην εποχή μας)
6. Έχετε εξετάσει προσεκτικά την προσωπική συναισθηματική αντίληψη και θέση απέναντι στο πόνο; Μήπως σκεπτόσαστε συνέχεια πόσο πονάτε; Παραμένετε όσο περισσότερο δραστήριος/α σας επιτρέπει η κατάστασή σας; Συμμετέχετε στην κοινωνική ζωή της οικογένειάς σας και των ανθρώπων γύρω σας; Έχετε θετική στάση ζωής; Έχετε ζητήσει ψυχολογική υποστήριξη για την αντιμετώπιση των

προβλημάτων που σας αγχώνουν ή σας ανησυχούν ; Όλα αυτά μπορεί να επιδράσουν καταπραϋντικά στον πόνο.

ΝΕΥΡΟΕΞΕΛΙΚΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ - ΜΕΘΟΔΟΣ BOBATH

Η μέθοδος Bobath - N.D.T. (Neurodevelopmental Treatment) αναπτύχθηκε μετά το 1950 από τον Karel και την Berta Bobath, γιατρός και φυσικοθεραπεύτρια αντίστοιχα. Οι δύο τους εισήγαγαν μια νέα μέθοδο κινησιοθεραπείας, αρχικά για ενήλικες και μετέπειτα για παιδιά με εγκεφαλική παράλυση.

Η μέθοδος βρήκε γρήγορα απήχηση και εφαρμόστηκε στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών με νευρομυϊκή δυσλειτουργία, καθιστώντας τη σήμερα ως την πιο διαδεδομένη μέθοδο.

Στη δεκαετία του 1970 η Dr E. Kohn παιδονευρολόγος κι η M. Quinton φυσιοθεραπεύτρια, πρόσθεσαν την εμπειρία τους με βρέφη έως 12 μηνών και τόνισαν τη σημασία της πρώιμης παρέμβασης της NDT σε νεογνά και βρέφη.

Οι Θεραπευτές NDT

Ο *φυσικοθεραπευτής NDT* αξιολογεί τις αποκλίσεις και την ποιότητα της κινητικής λειτουργικής δραστηριότητας. Εντοπίζει τα προβλήματα της αδρής και της λεπτής κινητικότητας με γνώση την φυσιολογική ανάπτυξη.

Προετοιμάζει και ενσωματώνει κινητικά χαρακτηριστικά που λείπουν ή εκφράζονται μη φυσιολογικά. Καταstrώνει και εφαρμόζει, εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα και προτείνει ειδικά βοηθήματα σε συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας αποκατάστασης.

Ο *εργοθεραπευτής NDT* αξιολογεί, πώς η αισθητικοκινητική διαταραχή εμπλέκεται στις ικανότητες τους παιδιού στο παιχνίδι, στο σχολείο, στην αυτοϋπηρέτιση και στις κοινωνικές σχέσεις.

Ο στόχος της εργοθεραπείας είναι να εντοπίζει και να αξιολογεί δεξιότητες που σχετίζονται με την λειτουργικότητα του χεριού, την αυτοϋπηρέτιση, την ψυχαγωγία, το παιχνίδι και τις προεπαγγελματικές δεξιότητες.

Ο εργοθεραπευτής NDT καταstrώνει και εφαρμόζει θεραπευτική παρέμβαση μελετώντας αναλυτικά ποιοι τομείς μιας δραστηριότητας δυσχεραίνουν το παιδί.

Ο λογοπεδικός *NDT* αξιολογεί και αναλύει τις αισθητικοκινητικές διαταραχές στις πρωτογενείς λειτουργίες του στόματος (λειτουργίες που σχετίζονται με τη σίτιση) και στην επικοινωνία του παιδιού. Οι διαταραχές στάσης- κίνησης συνδέονται άμεσα με τις διαταραχές σίτισης και ομιλίας, συνεπώς λογοπεδικός *NDT* προτείνει μια θεραπευτική παρέμβαση, που προετοιμάζει το παιδί ολιστικά αισθητικο-κινητικά για δραστηριότητες που σχετίζονται με τη σίτιση, την άρθρωση και την φώνηση. Όπου προκύπτει ανάγκη προτείνει εναλλακτικές λύσεις επικοινωνίας.

Βασικές αρχές της Νευροεξελικτικής Αγωγής

- Έμφαση δίνεται στην ποιότητα της κίνησης.
- Στόχος είναι η λειτουργία με σεβασμό στην ποιότητα.
- Στους μακροπρόθεσμους στόχους πάντοτε κυριαρχεί η πρόληψη των αντισταθμίσεων που οδηγούν σε ορθοπεδικές παραμορφώσεις.
- Η θεραπευτική στρατηγική είναι απόλυτα εξατομικευμένη.
- Αντιμετωπίζεται το άτομο ως σύνολο (ολιστική προσέγγιση).
- Η εκπαίδευση και η συνεργασία των γονέων είναι απαραίτητη προϋπόθεση επιτυχίας των θεραπευτικών στόχων.
- Η συνεργασία των μελών της ομάδας θα εξασφαλίσει το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης.

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Ο φυσιοθεραπευτικός τρόπος αντιμετώπισης χρησιμοποιείται στους ασθενείς με ΣΚΠ. Παρ' όλα αυτά, τα αποδεικτικά στοιχεία βάσει επίσημων ερευνών, για τη χρησιμότητά της είναι πολύ περιορισμένα. Η πλειοψηφία των μεθόδων που χρησιμοποιούνται έχουν προκύψει από την εμπειρία παρά από επιστημονική έρευνα.

Δύο βασικά ερωτήματα τίθενται κατά τον προγραμματισμό της θεραπείας.

1. Χρονική έναρξη (Timing) – Πότε θα πρέπει να ξεκινήσει η θεραπεία;
2. Περιεχόμενο – Τι είδους θεραπεία απαιτείται;

Timing

Αναφέρεται στο πότε η θεραπεία θα πρέπει να δίνεται κατά την πορεία της ασθένειας, ποια διάρκεια θα πρέπει να έχει και πόσο συχνά να παρέχεται.

Πρώιμη παρέμβαση αναφέρεται ως επιθυμητή, αλλά όχι πάντα εφικτή. Συνήθως, οι ασθενείς παραπέμπονται για φυσικοθεραπεία όταν η ΣΚΠ έχει καταλήξει σε αξιοσημείωτη ανικανότητα και όχι όταν έχει διαγνωσθεί.

Δεν έχει διευκρινιστεί ακόμη εάν η ανάπαυση ή η άσκηση είναι περισσότερο κατάλληλη κατά τη διάρκεια μιας υποτροπής και η έλλειψη έρευνας σ' αυτόν τον τομέα οφείλεται στην τυχαία φύση της κάθε προσβολής και την τεράστια διακύμανση των συμπτωμάτων στους υποτροπιάζοντες ασθενείς.

Κάποιοι συγγραφείς προτείνουν θεραπεία κατά την ανάρρωση από μια προσβολή, ως αποτελεσματική (Alexander & Costello 1987), αλλά απόδειξη δεν υπάρχει. Μια άλλη άποψη υποστηρίζει ότι η διατήρηση της ικανότητας κατά την διάρκεια μιας υποτροπής, δυνατό να καταστήσει ικανό τον ασθενή να μεγιστοποιήσει το κέρδος που έχει κατά την υποχώρηση της έξαρσης.

Όσον αφορά τη συχνότητα της θεραπείας, αρκετά μελετητές υποστηρίζουν τη μακρόχρονη παρέμβαση χωρίς όμως να δίνουν συγκεκριμένα στοιχεία για τη συχνότητά της. Σε έρευνα που έγινε σε ομάδα ασθενών που δέχονταν θεραπεία 8 ώρες το μήνα για 18 συνεχόμενους μήνες φάνηκε ότι οι ασθενείς που δέχονταν λιγότερο συχνά θεραπεία παρουσίασαν μικρότερη λειτουργική βελτίωση.

ΚΑΤΑ ΒΟΒΑΤΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

ο Από γονάτισμα προς πλάγιο κάθισμα και επαναφορά.

Στόχος: Εναλλαγή πλειομετρικής και μειομετρικής δραστηριοποίησης των μυών του κορμού, των ισχίων και των κάτω άκρων, απόκτηση ελέγχου στη μεταφορά των θέσεων και αύξηση της ταχύτητας.

Ασθενής: Γονυπετής θέση.

Φυσικοθεραπευτής:

- Τα χέρια του είναι πλάγια επάνω στις αρθρώσεις των ισχίων, τα δάχτυλα του επάνω από τους απαγωγούς και οι αντίχειρες πιέζουν τους μεγάλους γλουτιαίους.
- Τα χέρια του φυσικοθεραπευτή οδηγούν τη λεκάνη του ασθενή διαγώνια προς τα πίσω και κάτω.

- Με τα δύο χέρια ωθεί τη λεκάνη ελαφρά προς τα πίσω για να διευκολύνει αντίδραση ισορροπίας στον κορμό του ασθενούς και στους καμπτήρες ισχίου.
- Δίνεται παράγγελμα στον ασθενή να φέρει τα πόδια του στ μέση γραμμή.
- Ο ασθενής μεταφέρει τα πόδια στο αντίθετο πλάγιο κάθισμα.
- Τα χέρια του φυσικοθεραπευτή οδηγούν τη λεκάνη του ασθενή διαγώνια προς τα εμπρός και πάνω σε γονάτισμα.

Επιμέρους στόχοι: Ενεργοποίηση εκτεινόντων κορμού και κοιλιακών.

- Διαγώνια μεταφορά βάρους στη λεκάνη και τα ισχία, πλειομετρική σύσπαση των απαγωγών και εκτεινόντων του ισχίου,
- Βαθμιαίος πλειομετρικός έλεγχος τετρακεφάλων.
- Πλειομετρική δραστηριοποίηση των πλάγιων μυών του κορμού: κοιλιακών και πλατύ ραχιαίου.

Λειτουργικός Στόχος: Μεταφορά από γονάτισμα προς πλάγιο κάθισμα και αντίστροφα.

ο Από τετραποδική σε στήριξη τριών σημείων μεταφορές βάρους.

Στόχος: Ενίσχυση πλειομετρικού/μειομετρικού μυϊκού ελέγχου στα άνω και κάτω άκρα, ελέγχου στις μεταφορές προς και από την τετραποδική.

A. Πρόσθια μεταφορά.

Ασθενής: Σε τετραποδική θέση.

Φυσικοθεραπευτής: Σηκώνει το πόδι του ασθενούς προς τα πίσω και εκτείνει το ισχίο και το γόνατο. Ταυτόχρονα διευκολύνει την πρόσθια μεταφορά βάρους στα χέρια, οδηγώντας αργά το εκτεταμένο πόδι προς τα εμπρός. Το άλλο χέρι του διατηρεί σε δραστηριότητα τους πλάγιους θωρακικούς.

Ο ασθενής αντιδρά στην πρόσθια μεταφορά του βάρους με:

- Έκταση κεφαλής.
- Ουδέτερη ευθυγράμμιση κορμού και λεκάνης.
- Έκταση ώμου και αγκώνα.
- Έκταση καρπού και δακτύλων και φόρτιση όλης της άκρας χείρας.
- Επιμήκυνση των καμπτήρων του καρπού και των δακτύλων.
- Έκταση ισχίου και γόνατος και πελματιαία κάμψη ποδοκυνημικής στο φορτιζόμενο μέλος.

B. Οπίσθια μεταφορά

Φυσικοθεραπευτής: Διευκολύνει την οπίσθια μεταφορά βάρους, εφαρμόζοντας έλξη στο εκτεταμένο πόδι προς τα πίσω. Με το άλλο χέρι ενεργοποιεί τους μύες του ώμου και του κορμού.

Ο ασθενής αντιδρά στην οπίσθια μεταφορά βάρους με:

- Έκταση κεφαλής.
- Ευθυγράμμιση κορμού και λεκάνης.
- Κάμψη ώμου και έκταση αγκώνα.
- Δεν φορτίζει τα δάκτυλα, τα οποία είναι ελεύθερα να κινηθούν σε κάμψη-έκταση.
- Κάμψη ισχίου και γόνατος και πελματιαία κάμψη ποδοκνημικής στο φορτιζόμενο μέλος.

Γ. Πλάγια μεταφορά.

Φυσικοθεραπευτής:

- Κάνει έσω στροφή στο εκτεταμένο μέλος του ασθενή και μεταφέρει προς σ' αυτό το μέλος.
- Έξω στροφή και μεταφέρει το βάρος προς το πόδι της στήριξης.

Ο ασθενής αντιδρά στη μετατόπιση αυτή με:

- Πλάγια έκταση κεφαλής και κορμού αντίθετα από την πλευρά που μεταφέρεται το βάρος.
- Μικρή επιμήκυνση του κορμού στην πλευρά που φορτίζεται, ελεγχόμενη από πλειομετρική μυϊκή σύσπαση του πλάγιου κορμού και του ισχίου.
- Προσαγωγή στον ώμο που φορτίζεται, με μικρή έξω στροφή του χεριού.
- Φόρτιση στην ωλένια πλευρά του χεριού, αυτό σταθεροποιεί τα ωλένια δάκτυλα και ελευθερώνει τα τρία κερκιδικά για λειτουργία (π.χ. πιάσιμο).
- Προσαγωγή, με μικρή έκταση στο ισχίο, ελεγχόμενη πλειομετρικά από τους απαγωγούς του ισχίου.
- Αντίδραση ισορροπίας (απαγωγή-έξω στροφή) στο μη φορτιζόμενο χέρι και πόδι (προσέχουμε να μην πέσει ο ασθενής).

ο Ανεξάρτητη μεταφορά από καθιστή με μπάλα προς πρηνή και αντίστροφα.

Ασθενής:

- Σε καθιστή θέση επάνω στη μπάλα «προσοχή»: η κάμψη των ισχίων και γονάτων να είναι ίση με 90° .
- Στρέφει τον κορμό επάνω στο μηριαίο και τοποθετεί τα δύο χέρια στο πάτωμα πλάγια της μπάλας.
- Περπατά με τα χέρια ενώ ο κορμός και η λεκάνη συνεχίζουν να στρέφονται γύρω από το μηριαίο. Το πόδι που δεν δέχεται βάρος εκτείνεται και απαγεται για να βοηθήσει στην ισορροπία.
- Ο κορμός και τα ισχία είναι σε έκταση και η λεκάνη ολοκλήρωσε τη στροφή προς τη πρηνή.
- Συνεχίζει να περπατά με τα χέρια και η λεκάνη στρέφεται έτσι ώστε το αντίθετο ισχίο να φορτιστεί και το πόδι που δεν φορτίζεται να έρθει σε έκταση και απαγωγή.
- Περπατά με τα χέρια κοντά στην μπάλα ενώ έρχονται σε κάμψη το ισχίο και το γόνατο του φορτιζόμενου μέλους. Το άλλο εξακολουθεί να εκτείνεται για να διατηρεί την ισορροπία.

Επιμέρους Στόχος:

- Στροφή κορμού και λεκάνης.
- Στροφή γύρω από τον άξονα του σώματος.
- Μεταφορά και μετατόπιση βάρους στο άνω άκρο.
- Προστατευτικές αντιδράσεις άνω άκρου.
- Κάμψη ώμου.
- Κινητικότητα λεκάνης-μηριαίου.
- Έκταση και απαγωγή ισχίου.

Λειτουργικοί Στόχοι:

- Μεταφορές από και προς την καθιστή.
- Κίνηση χεριών για δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης.
- Αιθουσαίος ερεθισμός με την κίνηση γύρω από τον άξονα του σώματος.

○ Από τετραποδική σε γονάτισμα

Στόχος: Αύξηση εύρους ισχίου και κινητικότητας κάτω άκρων, αύξηση πλειομετρικού ελέγχου στα ισχία, συνεργικής δράσης εκτεινόντων του ισχίου και κοιλιακών, αύξηση ελέγχου στις μεταφορές από τετραποδική σε γονάτισμα.

Φυσικοθεραπευτής: Το ένα του χέρι ευθυγραμμίζει λεκάνη και πλευρά του ασθενή, ενώ το άλλο τοποθετείται επάνω στο μεγάλο γλουτιαίο.

Ασθενής:

* Ο ασθενής ωθείται προς τα πίσω.

* Εμφανίζει αντίδραση ανορθώσεως και αρχίζει να σηκώνει το κεφάλι, τα χέρια και τον κορμό. Ο φυσικοθεραπευτής διευκολύνει την έκταση του ισχίου ενώ διατηρείται η ευθυγράμμιση πλευρών-λεκάνης.

* Έρχεται στο γονάτισμα προσοχή ο ασθενής, να μην προκληθεί οσφυϊκή έκταση και ανισορροπία.

Επιμέρους στόχοι:

- Ενεργοποίηση κοιλιακών.

- Έκταση ισχίου και κορμού.

- Πρόσθιο-οπίσθιες μεταφορές βάρους.

Λειτουργικός στόχος: Προετοιμασία για τη μεταφορά στην όρθια.

○ Από γονάτισμα σε ημιγονάτισμα

Στόχος: Πλειομετρικός έλεγχος απαγωγών και εκτεινόντων ισχίου μονόπλευρος μειομετρικός έλεγχος απαγωγών και καμπτήρων της άλλης πλευράς, εκμάθηση της έγερσης από γονάτισμα μέσω του ημιγονατίσματος.

Φυσικοθεραπευτής:

- Τα χέρια τοποθετούνται πρόσθιο πλάγια στα ισχία για να βοηθήσουν στον έλεγχο των βαθμών ελευθερίας των ισχίων.

- Η λεκάνη κινείται πλάγια, το κέντρο βάρους μεταφέρεται στο ένα γόνατο και το άλλο πόδι αποφορτίζεται.

- Εφόσον χρειάζεται, ο φυσικοθεραπευτής μετακινεί το χέρι της και φέρει το ελεύθερο πόδι εμπρός.

- το χέρι του φυσικοθεραπευτή επιστρέφει στη λεκάνη του ασθενούς, ενώ με το αντιβράχιο ελέγχεται το εμπρός πόδι.

- Όμοια, με διευκόλυνση από το χέρι. Το χέρι του ασθενούς ωθείται σε κάμψη και έξω στροφή.

- Ασκεί έξω στροφή και έλξη για επιμήκυνση πλατύ ραχιαίου που διευκολύνει την πλάγια μεταφορά βάρους σ' αυτήν την πλευρά.

○ Από ημιγονάτισμα προς όρθια στάση

Φυσικοθεραπευτής:

- Το ένα του χέρι τοποθετείται στον κατώτερο θωρακικό κλωβό ενώ το άλλο συμμετρικά επάνω στους εκτεινόντες τα ισχία.
- Τα χέρια και το σώμα του φυσικοθεραπευτή οδηγούν τον ασθενή διαγώνια προς τα εμπρός και πάνω από το πρόσθιο πόδι.
- Και οι δύο κινούνται σε μια θέση βηματισμού.
- Ο ασθενής έρχεται σε όρθια θέση.

○ Από καθιστή θέση σε όρθια

A. Διευκόλυνση από τα άνω άκρα

Ασθενής:

- * Τα χέρια του ανασηκώνονται, στρέφονται έξω και κάμπτονται 90° στους ώμους.
- * Ασκείται διαγώνια προς τα επάνω και εμπρός έλξη στα χέρια του φυσικοθεραπευτή. Ο κορμός και η λεκάνη εκτείνονται και κινούνται πρόσθια από το ισχίο.
- * Καθώς το βάρος φέρεται εμπρός και επάνω από τα πόδια του, ανορθώνεται.
- * Ο φυσικοθεραπευτής συνεχίζει να έλκει τα χέρια του ασθενή εμπρός για να τον βοηθήσει να διατηρήσει την έκταση του κορμού και την όρθια στάση.

B. Διευκόλυνση από τα κάτω άκρα

Φυσικοθεραπευτής:

- * Αγκαλιάζει κεντρικά το μηριαίο ενώ με τα αντιβράχια συμπιέζει το άκρο πόδι.
- * Με σταθερές λαβές μετακινείται προς τα εμπρός πάνω από τα πόδια.
- * Τα αντιβράχιά του μπορούν να ξεκινήσουν, να σταματήσουν και να περιορίσουν το εύρος κίνησης στα γόνατα του ασθενή.

Ασθενής:

- * Έρχεται στην όρθια στάση ενώ ο φυσικοθεραπευτής ελέγχει τις κινήσεις των ποδιών.

ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΒΑΔΙΣΗΣ

Για να είναι αποτελεσματικές οι παρακάτω τεχνικές, ο ασθενής πρέπει να συμμετέχει ενεργά στη διαδικασία και να ενδιαφέρεται για την επίτευξη του στόχου. Ο φυσικοθεραπευτής δεν μπορεί να «κάνει» τον ασθενή να περπατήσει, μπορεί μονάχα να διευκολύνει τον τρόπο με τον οποίο περπατά.

Απαραίτητο στοιχείο είναι η ουδέτερη ευθυγράμμιση όλων των τμημάτων του σώματος. Η κακή ευθυγράμμιση πρέπει να αντιμετωπίζεται σε προγενέστερο στάδιο, η τοποθέτηση των χεριών καθορίζεται από τον έλεγχο του ασθενή, την ευθυγράμμιση του και την ύπαρξη άλλων προβλημάτων. Μερικά τέτοια προβλήματα στα τρία επίπεδα είναι:

Οβελιαίο επίπεδο.

- Υπερβολική πρόσθια ή οπίσθια κλίση της λεκάνης.
- Σαφής καμπτική ή εκτατική θέση του κορμού.
- Περιορισμένο εύρος κάμψης και/ή έκτασης του ισχίου.

Μετωπιαίο επίπεδο.

- Περιορισμένη ή υπερβολική πλάγια κίνηση της λεκάνης.
- Αυξημένη πλάγια κάμψη του κορμού ως προς τη λεκάνη.
- Αλλαγή της θέσης του θωρακικού κλωβού ως προς τη λεκάνη.
- Φτωχός έλεγχος των απαγωγών και προσαγωγών του ισχίου στις πλάγιες μεταφορές βάρους.
- Μειωμένος πλειομετρικός έλεγχος των απαγωγέων του ισχίου.
- Περιορισμένη κινητικότητα στους προσαγωγούς ισχίου.

Εγκάρσιο επίπεδο.

- Περιορισμένη ή υπερβολική αντίθετη στροφή του άνω κορμού προς τον κάτω κορμό.
- Περιορισμένη ή υπερβολική στροφή της λεκάνης επάνω στο φορτιζόμενο κάτω άκρο.
- Περιορισμένη ή υπερβολική στροφή της λεκάνης με το κινούμενο μηριαίο οστό.

* Διευκόλυνση από το θώρακα και τη λεκάνη.

Σκοπός: Επίτευξη ευθυγράμμισης και διατήρησης της ευθυγράμμισης του κορμού και της λεκάνης κατά τη βάρδια προς τα εμπρός.

A. Έλεγχος από πλάγια του ασθενή.

Φυσικοθεραπευτής:

- Διευκόλυνση από το θώρακα και τη λεκάνη, έλεγχος από τα πλάγια. Ο αντίχειρας και ο δείκτης του «οδηγού» του χεριού του φυσικοθεραπευτή ευθυγραμμίζει το θώρακα και τη λεκάνη. Το «βοηθητικό» χέρι του τοποθετείται στο μεγάλο γλουτιαίο στις δύο αρθρώσεις των ισχίων (όχι πάνω από το ιερό οστό), για διευκόλυνση της έκτασης του ισχίου.
- Τα δύο χέρια του συνεργάζονται για να μετατοπίσουν ελαφρά το βάρος πλάγια επάνω στο αριστερό πόδι. Έτσι ελευθερώνεται το δεξιό πόδι και κινείται εμπρός. Τα χέρια του ασθενή αιωρούνται αντίστοιχα με τα πόδια.
- Αντίθετη στροφή. Ο αντίχειρας και ο δείκτης του φυσικοθεραπευτή τοποθετούνται στις κατώτερες πλευρές ενώ τα άλλα δάκτυλα στους κοιλιακούς. Όταν ο ασθενής αιωρεί το αριστερό πόδι, ο δείκτης του φυσικοθεραπευτή στρέφει το αριστερό ημιθώρακιο προς τα πίσω.
- Όταν έχει φορτιστεί το αριστερό ενώ το δεξί πόδι θεωρείται προς τα εμπρός, ο αντίχειρας του φυσικοθεραπευτή διευκολύνει την οπίσθια κίνηση του αριστερού ημιθώρακιου.

Προφυλάξεις:

- Να μην προκληθεί κάμψη του κορμού από τη μεγάλη πίεση στις κατώτερες πλευρές.
- Να μην προκληθεί υπερέκταση ισχίου από μεγάλη πίεση προς τα εμπρός.
- Να στρέφονται προς τα πίσω οι πλευρές στην πλευρά του αιωρούμενου ποδιού.

Επιμέρους στόχοι:

- Ευθυγράμμιση θώρακα – λεκάνης.
- Ουδέτερη θέση λεκάνης.
- Έκταση ισχίου με συνέργεια της δραστηριότητας των κοιλιακών.
- Ελεγχόμενη πλάγια μεταφορά του κορμού και της λεκάνης, επάνω στο μηριαίο.
- Αντίθετη στροφή άνω και κάτω κορμού.
- Εναλλαγή αιώρησης χεριών.

Λειτουργικός στόχος:

- Προς τα εμπρός βάδιση με ουδέτερη ευθυγράμμιση θώρακα, λεκάνης και ισχίων στο οβελιαίο επίπεδο.

* Διευκόλυνση από τη λεκάνη και τα ισχία.

Στόχος: Ευθυγράμμιση και έλεγχος μεταξύ λεκάνης και ισχίων στην πρόσθια βάδιση.
Διαφοροποιήσεις γίνονται με τις ανάγκες του ασθενή.

Φυσικοθεραπευτής:

- Τα χέρια του στην πλάγια όψη των ισχίων δουλεύουν ταυτόχρονα για να διευκολύνουν την πλάγια μεταφορά βάρους στη λεκάνη και του κορμού επάνω σε ένα μηριαίο. Οι αντίχειρες πιέζουν στο μεγάλο γλουτιαίο για να διευκολύνουν την έκταση του ισχίου.
- Καθώς ο ασθενής φορτίζεται προς τα αριστερά ο φυσικοθεραπευτής πιέζει τον αριστερό μεγάλο γλουτιαίο για διευκόλυνση της έκτασης του ισχίου και προς τα εμπρός κίνηση της λεκάνης.
- Με την έναρξη της φάσης στήριξης για το δεξί πόδι, ο φυσικοθεραπευτής με τον ίδιο τρόπο διευκολύνει την έκταση του δεξιού ισχίου.

Προφυλάξεις:

- Να μην τοποθετούνται τα χέρια στη λαγόνια άκανθα ή στη λεκάνη επάνω από την άρθρωση του ισχίου (το τελευταίο προκαλεί αστάθεια στο ισχίο).
- Να μην τοποθετούνται τα χέρια στα μηριαία ακριβώς κάτω από την άρθρωση του ισχίου (οδηγεί σε αστάθεια του ισχίου) και ο ασθενής κάνει υπερβολική προσαγωγή και χάνει την ισορροπία).

Επιμέρους στόχοι:

- Δυναμικός έλεγχος μυών λεκάνης – μηρού κατά την πλάγια μεταφορά βάρους στη στήριξη.
- Πλειομετρικός έλεγχος απαγωγών ισχίου στη βάδιση.
- Εκτατικός έλεγχος ισχίου στη φάση στήριξης.

Λειτουργικός στόχος:

- Ελεγχόμενη πλάγια μεταφορά βάρους του κορμού και της λεκάνης στο πόδι της στήριξης.

* Διευκόλυνση από τα κάτω άκρα.

Στόχος: Ευθυγράμμιση και έλεγχος των κινήσεων των κάτω άκρων κατά τη βάδιση.

Φυσικοθεραπευτής:

- Τα χέρια του τοποθετούνται στους μηρούς, κοντά στα γόνατα, τα δάκτυλα κάθετα στο μηριαίο, οι αντίχειρες παράλληλοι, δείχνοντας προς τα επάνω.
- Διευκολύνει την πλάγια μεταφορά βάρους στο αριστερό πόδι. Αμέσως μετά διατηρεί με το αριστερό του χέρι την έκταση και τη φόρτιση στο αριστερό κάτω

άκρο, ενώ με το άλλο χέρι κάμπτει και οδηγεί προς τα εμπρός το αιωρούμενο δεξί πόδι, τοποθετώντας στο πάτωμα τη φτέρνα.

- Διατηρεί το πίσω πόδι του ασθενή σε έκταση, ενώ το βάρος του μεταφέρεται στο πρόσθιο πόδι. Το πίσω εκτείνεται συνεχώς, η φτέρνα σηκώνεται και επαφή με το πάτωμα έχουν μόνο τα δάκτυλα (φάση στήριξης).

Προφυλάξεις:

- Η πλάγια μετατόπιση βάρους και η έκταση του ισχίου πρέπει να διατηρηθεί στο πόδι της στήριξης καθώς το άλλο πόδι προωθείται εμπρός.
- Ο ασθενής πρέπει να συμμετέχει ενεργά στην κάμψη του ισχίου και την έκταση του γόνατος του αιωρούμενου μέλους.

Επιμέρους στόχοι:

- Δυναμικός έλεγχος των μυών λεκάνης – μηρού στην πλάγια μεταφορά κατά τη στήριξη.
- Πλειομετρικός έλεγχος των απαγωγών του ισχίου.
- Εκτατικός έλεγχος ισχίου κατά τη φάση στήριξης.
- Έκταση γόνατος με κάμψη ισχίου επιμήκυνση των ισchioχνημιαίων μυών.

Λειτουργικός στόχος:

- Ελεγχόμενη πλάγια μεταφορά βάρους του κορμού επάνω στο πόδι της στήριξης.
- Προώθηση του αιωρούμενο μέλους με κάμψη ισχίου και έκταση γόνατος.

* Διευκόλυνση από τα άνω άκρα.

Στόχος: Ευθυγράμμιση και έλεγχος του κορμού κατά τη βάδιση, ενώ τα άκρα κινούνται.

Ασθενής:

- Τα χέρια του είναι σε έξω στροφή και έκταση. Τα δάκτυλα του φυσικοθεραπευτή αγκαλιάζουν τα αντιβράχια ενώ οι αντίχειρες είναι παράλληλοι με τα βραχιόνια. Ο φυσικοθεραπευτής ταυτόχρονα στρέφει προς τα έξω τα βραχιόνια και εφαρμόζει προς τα κάτω έλξη για να επιμηκύνει τους θωρακικούς και να κατασπάσει τις ωμοπλάτες.
- Καθώς το δεξί πόδι αιωρείται εμπρός, ο φυσικοθεραπευτής ταυτόχρονα στρέφει το δεξί χέρι και το δεξιό άνω κορμό προς τα πίσω, ενώ το αριστερό χέρι και τον αριστερό άνω κορμό προς τα εμπρός.

- Ο φυσικοθεραπευτής με την εναλλαγή των ποδιών του ασθενούς, στρέφει το αριστερό χέρι και αριστερό άνω κορμό προς τα πίσω ενώ το δεξί χέρι και τον δεξί άνω κορμό προς τα εμπρός.

Προφυλάξεις:

- Να μην υπερεκταθούν οι αγκώνες.
- Να μην υπερεκταθεί η οσφυϊκή χώρα.
- Να μην εφαρμοσθεί έλξη με τα βραχιόνια σε έσω στροφή.
- Διατήρηση της έλξης και έξω στροφής στα βραχιόνια, καθώς στρέφεται ο κορμός κατά τη βάδιση.

Επιμέρους στόχοι:

- Επιμήκυνση των θωρακικών μυών.
- Θωρακική έκταση.
- Επιμήκυνση των έσω στροφέων του ώμου.
- Επιμήκυνση της άνω μοίρας του τραπεζοειδή.
- Αντίθετη στροφή άνω κορμού.

Λειτουργικός στόχος:

- Έκταση κορμού στη βάδιση.
- Αντίθετη στροφή άνω κορμού στη βάδιση με αμοιβαία αιώρηση χεριών.

* Διευκόλυνση αμοιβαίας αιώρησης χεριών.

Στόχος: Να βοηθήσει τον ασθενή που μπορεί να περπατήσει να αναπτύξει συμμετρική και αμοιβαία αιώρηση των χεριών κατά τη βάδιση.

Φυσικοθεραπευτής:

- Μαζί με τον ασθενή κρατάνε τις άκρες δύο μακρυνών ράβδων. Καθώς βαδίζει ο ασθενής με το αριστερό πόδι εμπρός, εκτείνει το αριστερό χέρι και σπρώχνει πίσω τη ράβδο. Ταυτόχρονα, η δεξιά ράβδος έρχεται εμπρός.
- Παρέχει μέσω της ράβδου μια μικρή μεταφορά βάρους προς τα αριστερά ενώ και οι δύο στηρίζονται στο αριστερό πόδι.

Ο ρόλος του Αναπηρικού Καθίσματος στις Μεταφορές

Η ανάγκη για αναπηρικό κάθισμα είναι μία φυσιολογική ανάγκη μεγάλης ομάδας του πληθυσμού που δεν ανήκει στις τυπικές κατηγορίες των ανθρώπων με αναπηρίες. Οι Έλληνες γιατροί, εργοθεραπευτές και φυσικοθεραπευτές δε συστήνουν με ευκολία τη χρήση του.

Η αξία χρήσης του αναπηρικού καθίσματος πνίγεται από τις προκαταλήψεις, τη ντροπή και τη ΘΕΡΑΠΕΙΟΜΑΝΕΙΑ τόσο των “ασθενών” όσο και των θεραπευτών. Παρά τα προβλήματα το αναπηρικό κάθισμα αντικειμενικά είναι ένα ΕΡΓΑΛΕΙΟ και ένα μέσο για τη δημιουργία αξιοπρεπών καθημερινών συνθηκών ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ και ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ.

Επειδή πολλοί επαγγελματίες στην Αποκατάσταση και πολλοί καταστηματάρχες ορθοπεδικών δε γνωρίζουν στοιχειώδη ζητήματα ανεξαρτησίας ΓΡΑΥΤΟ αδυνατούν να ενσωματώσουν τη χρήση του αναπηρικού καθίσματος ή βοηθητικού συστήματος βάδισης ή εναλλακτικού μέσου (ή τρόπου) μεταφοράς στις καθημερινές δραστηριότητες. Αρκετές φορές οι ασθενείς ταλαιπωρούνται σε ΑΔΙΕΞΟΔΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ή αδικούνται από τα ασφαλιστικά τους ταμεία. Για να μπορέσουν να εντάξουν την ανάγκη για προμήθεια και τη χρήση του συστήματος μετακίνησης στη καθημερινή ρουτίνα θα πρέπει να κατανοήσουν σε βάθος το τρόπο που λειτουργεί και την οργανική του ενσωμάτωση στο σύστημα των ζωτικών μετακινήσεων.

Στατιστικά στοιχεία:

Σύμφωνα με στατιστικές του National Health Service (NHS) της Βρετανίας το 12% του πληθυσμού έχει κάποιο είδος ανικανότητας. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη το 4% αντιμετωπίζει κάποιους σοβαρούς περιορισμούς στην κίνηση και στη μετακίνηση.

Σε ανάλογη μελέτη που έγινε στο Μόναχο της Γερμανίας, για να αξιολογηθούν οι συνέπειες της γήρανσης του πληθυσμού, βρέθηκε πως το 18% των κατοίκων της πόλης αντιμετωπίζει κάποιο σοβαρό περιορισμό και γιαυτό δεν είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει τα μέσα μαζικών μεταφορών.

Ο σύλλογος προμηθευτών του NHS της Βρετανίας σε μελέτη που αφορά την έρευνα της αγοράς καταλήγει πως

α) τα 3/4 των χειριστών αναπηρικών καθισμάτων είναι ηλικίας 60 και άνω, χωρίς να υπολογίζονται οι βρετανοί που αγοράζουν αναπηρικό κάθισμα ανεξάρτητα από το NHS και δεν έχουν μετρηθεί.

β) το NHS μεσολαβεί με τις υπηρεσίες του για την προμήθεια 160.000 αναπηρικών καθισμάτων ανά έτος.

Προβολή των δεδομένων στην Ελληνική πραγματικότητα

Από την απλή αξιολόγηση αυτών των δεδομένων και εφόσον εμπειρικά τα προβάλλουμε στο επίπεδο της Ελληνικής κοινωνίας μπορούμε να καταλήξουμε στο συμπέρασμα πως εάν το ΕΣΥ λειτουργούσε όπως το NHS και εάν μετρούσαμε και αξιολογούσαμε ως δυτικοευρωπαίοι θα διαπιστώναμε πως

α) το 4% του πληθυσμού αντιμετωπίζει κάποιο μόνιμο και αντικειμενικά μετρήσιμο περιορισμό στη μετακίνηση και στη μεταφορά,

β) το 10% του πληθυσμού βρίσκεται στη θέση που να μη μπορεί να κάνει χρήση του υπάρχοντος συστήματος ή δικτύου μαζικών μεταφορών. Αυτό το ποσοστό αυξάνεται όσο γενικεύεται η γήρανση στον πληθυσμό.

Η διάκριση μεταξύ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΣ και ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ

Οι ειδικές μελέτες που έγιναν από διεθνείς και εθνικούς οργανισμούς σε πολλά δυτικά κράτη για να διαπιστωθεί το ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ καταλήγουν πως το πρόβλημα μετακίνηση είναι

- ζήτημα ελευθερίας σε ότι αφορά την κατοικία και
- ζήτημα ανεξαρτησίας σε ότι αφορά την κίνηση-μετακίνηση σε εξωτερικούς χώρους.

Το πρόβλημα αναλύεται ως εξής:

α) ανάγκη για ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ στον εσωτερικό χώρο της κατοικίας (βάδιση χωρίς βοηθήματα ή με βοηθήματα βάδισης ή με χειροκίνητο ή ηλεκτροκίνητο αναπηρικό κάθισμα)

β) ανάγκη για ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ σε τοπικό επίπεδο και δρομολόγια γειτονιάς για αποστάσεις 1,5 Km ΑΠΟ τη κατοικία (βαδίζοντας ή με τη χρήση κάποιου τροχοφόρου)

γ) η ανάγκη για ολοκληρωμένη δραστηριότητα (life style) απαιτεί μεταφορές (δρομολόγια) μεγάλων αποστάσεων με κάποιο δημόσιο ή ιδιωτικό μεταφορικό μέσο.

Για όλες τις μετακινήσεις ΑΦΕΤΗΡΙΑ είναι αδιαπραγμάτευτα η κατοικία και όλες οι επιλογές συστημάτων μετακίνησης και μεταφορών στηρίζονται στη ζωτική

ΑΡΧΗ ΤΗΣ ΑΛΥΣΙΔΑΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗΣ με ΑΦΕΤΗΡΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΟΙΚΙΑ. Οδηγοί, επιβάτες και χειριστές αναπηρικών καθισμάτων

Οι οδηγοί με αναπηρίες συγκροτούν 3 ομάδες:

1) Η πρώτη και μεγαλύτερη ομάδα αφορά τους οδηγούς της τρίτης ηλικίας και αυτούς που είναι ικανοί να βαδίσουν μικρές αποστάσεις και γιατί θα βελτιωθεί η λειτουργικότητά τους εάν μεταφέρουν με το αυτοκίνητό τους το αναπηρικό κάθισμα ή το scooter για να το χρησιμοποιήσουν όταν φτάσουν στον προορισμό τους.

2) Η δεύτερη ομάδα αφορά τους χειριστές αναπηρικών καθισμάτων οι οποίοι δεν είναι σε θέση να βαδίσουν γύρω από το αυτοκίνητο.

3) Η τρίτη και μικρότερη ομάδα είναι αυτοί που δεν είναι σε θέση να “σπρώξουν” το αναπηρικό κάθισμα. Αυτοί χρειάζονται να “φορτώσουν” το αναπηρικό κάθισμα στο αυτοκίνητο και έχουν τις εξής δυνατότητες:

- Χειροκίνητο αναπηρικό κάθισμα που μεταφέρεται μέσα στο αυτοκίνητο από την πόρτα του οδηγού ή από πόρτα επιβάτη ή στο πορτμπαγκάζ.

- Χειροκίνητο ή ηλεκτροκίνητο αναπηρικό κάθισμα που μεταφέρεται μέσα στο αυτοκίνητο ή στο πορτμπαγκάζ με ή χωρίς ειδικό γερανάκι.

- Ηλεκτροκίνητο αναπηρικό κάθισμα ή scooter που μεταφέρεται στο πίσω μέρος caravan αυτοκινήτου με ράμπες.

- Χειροκίνητο αναπηρικό κάθισμα που μεταφέρεται στην οροφή του αυτοκινήτου με ηλεκτρικό γερανάκι.

- Το σύστημα CarChair, που κατασκευάζεται από πολλές εταιρείες στο εξωτερικό αλλά δεν αντιπροσωπεύεται στην Ελλάδα

- Επιβίβαση με lift που μεταφέρει το ηλεκτροκίνητο ή χειροκίνητο αναπηρικό κάθισμα δίπλα από τη θέση του οδηγού.

- Επιβίβαση με lift που μεταφέρει το ηλεκτροκίνητο αναπηρικό κάθισμα στη θέση του οδηγού, χωρίς αλλαγή καθίσματος.

Επιβάτες αυτοκινήτου

Η επιλογή αυτοκινήτου είναι ζωτική για τον επιβάτη με αναπηρία ή το γέροντα. Σημαντικός παράγοντας είναι η ικανότητα του βοηθού να φορτώσει το αναπηρικό κάθισμα ή το scooter ή την οποιαδήποτε συσκευή βάρδισης. Σε περιπτώσεις που ο βοηθός δυσκολεύεται να μεταφέρει βάρος τα αναπηρικά καθίσματα μπορούν να φορτωθούν ακόμη και με ηλεκτρικό γερανάκι.

Χειριστές αναπηρικών καθισμάτων

Με τη χρήση ηλεκτροκίνητων αναπηρικών καθισμάτων είναι δυνατές οι μετακινήσεις των χειριστών για μεγαλύτερες αποστάσεις. Γίνεται επίσης δυνατή και η μετακίνηση ανθρώπων με επιδεινούμενες ανικανότητες που πρακτικά δεν είναι σε θέση να χειριστούν τυποποιημένες διατάξεις χειροκίνητων αναπηρικών καθισμάτων και εξαναγκάζονται σε συχνές αλλαγές αξεσουάρ και αναπηρικών καθισμάτων. Οι επιλογές που υπάρχουν στα ηλεκτροκίνητα αναπηρικά καθίσματα ή scooter είναι σχεδόν γνωστές αφού κυκλοφορούν στο ελεύθερο εμπόριο.

Μειονεκτήματα στην επιλογή

Βασικό μειονέκτημα είναι το οικονομικό κόστος της αγοράς. Τα ασφαλιστικά ταμεία δε συμμετέχουν πάντα στη δαπάνη αγοράς αναπηρικού καθίσματος, εάν δε διαπιστωθεί κάποια μόνιμη αναπηρία. Το ποσό με το οποίο συμμετέχουν τα ασφαλιστικά ταμεία, είναι ασαφές και ακαθόριστο.

Το ΕΣΥ δε λειτουργεί όπως λειτουργούν τα δυτικά συστήματα. Στην Ελλάδα τόσο οι “ασθενείς” όσο και οι θεραπευτές προτιμούν τη θεραπεία από την αποκατάσταση. Οι επαγγελματίες θεραπευτές δεν υιοθετούν με ευκολία απλό τρόπο πωλήσεων θεραπευτικών υπηρεσιών και πολύ δύσκολα κάνουν συστάσεις όπως “Πάρε κάθισμα και μη ξανάρθεις για θεραπεία”.

Πλεονεκτήματα ανεξάρτητης επιλογής

Με βάση την ασφαλιστική νομοθεσία τα ασφαλιστικά ταμεία υποχρεούνται να συμμετέχουν στη δαπάνη για την αγορά αναπηρικού καθίσματος. Η διαδικασία ωστόσο είναι χρονοβόρα και πολλοί έλληνες ίσως συναντήσουν δυσκολίες μέχρι να την ολοκληρώσουν.

Τα πλεονεκτήματα της ανεξάρτητης επιλογής αναπηρικού καθίσματος είναι σαφή:

- ❖ γρήγορη και ορθολογική επίλυση των προβλημάτων της μετακίνησης και της μεταφοράς.
- ❖ δίνεται η δυνατότητα να γίνει προγραμματισμός για επιδεινούμενες ή εξελισσόμενες αναπηρίες σε βάθος αρκετών ετών.

- ❖ παρέχει τη δυνατότητα για συνδυασμένη επιλογή για “ολοκληρωμένο σύστημα μετακίνησης”, δηλαδή για επιλογή αναπηρικού καθίσματος, αυτοκινήτου, συστήματος φόρτωσης-εκφόρτωσης και αξεσουάρ.

ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΚΠ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μια φλεγμονή των νεύρων. Η φλεγμονή είναι άνιση και απρόβλεπτη. Είναι αδύνατον να ξέρει κανείς εκ των προτέρων ποια νεύρα θα προσβάλει. Ωστόσο, το ένα τέταρτο των ανδρών που πάσχουν από την ασθένεια, έχουν πιθανότατα δυσκολίες στη στύση από τη φλεγμονή στα νεύρα του πέους. Το ίδιο περίπου ποσοστό γυναικών αντιμετωπίζει το πιο συνηθισμένο σεξουαλικό πρόβλημα, τη μείωση της ευαισθησίας στη κλειτορίδα. Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες η σεξουαλική επιθυμία υποχωρεί περιοδικά. Δια τους ασθενείς, λοιπόν, με σκλήρυνση κατά πλάκας η αδιάκοπη ενθάρρυνση από τους ερωτικούς τους συντρόφους για σεξουαλική δραστηριότητα είναι ζωτική. Ο ερωτικός πόθος και οι άλλες σεξουαλικές λειτουργίες είναι πολύ πιθανόν να επανέλθουν. Είναι απαραίτητο να διατηρηθεί η στενή σωματική επαφή.

ΚΙΝΗΣΗ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

* Πριν ξεκινήσετε οποιαδήποτε άσκηση, διαβάστε το εγχειρίδιο προσεκτικά.

Διαιρείται σε 4 τομείς.

1. Παθητικές ασκήσεις:

Ασκήσεις που απαιτούν την ύπαρξη άλλου προσώπου.

2. Ενεργητικές ασκήσεις και ασκήσεις υπό αντίσταση:

Ασκήσεις που θα κάνουμε μόνοι μας ή με αντίσταση από άλλο πρόσωπο ή βάρος.

3. Ασκήσεις ισορροπίας και συντονισμού:

Ασκήσεις που θα βοηθήσουν άτομα με προβλήματα ισορροπίας και συντονισμού στις κινήσεις τους.

4. Ασκήσεις για την σπαστικότητα:

Τεχνικές που έχουν σχεδιαστεί να μειώσουν την σπαστικότητα.

*** Γιατί χρειάζεται να ασκούμε;**

Όλοι όσοι πάσχουν από ΣΚΠ, άσχετα από το βαθμό αναπηρίας, μπορούν να ωφεληθούν από την άσκηση. Στην εποχή μας που όλοι ασχολούνται με την φυσική τους κατάσταση, η άσκηση αναγνωρίζεται σαν ένα αναπόσπαστο μέρος ενός ολιστικού προγράμματος αποκατάστασης.

Ένα πρόγραμμα άσκησης με την επίβλεψη του ειδικού μπορεί

1. Να αυξήσει τη μυϊκή δύναμη
2. Να διατηρήσει ή να αυξήσει την αντοχή
3. Να διατηρήσει ή να αυξήσει το εύρος κίνησης και την ελαστικότητα των αρθρώσεων
4. Να μειώσει την σπαστικότητα
5. Να δυναμώσει τη λειτουργία της καρδιάς και των αγγείων.
6. Να προλάβει προβλήματα από τις κατακλίσεις
7. Να προλάβει δευτερογενή συμπτώματα της ΣΚΠ, π.χ.: Μυϊκή ατροφία, συσπάσεις των μυών
8. Να βοηθήσει στον έλεγχο του βάρους
9. Να μειώσει την τάση για δυσκοιλιότητα
10. Να προάγει μια εσωτερική αίσθηση επιτεύγματος και ευεξίας

Συμβουλευτείτε το γιατρό σας να σας συστήσει ένα φυσίατρο και μαζί του να σχεδιάσετε ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα ασκήσεων που θα κάνετε μόνοι σας ή με τη βοήθεια του φυσιοθεραπευτή σας.

*** Μερικές συμβουλές πριν ξεκινήσετε:**

Επειδή οι ΑμΣΚΠ παρουσιάζουν διαφορετικά συμπτώματα που ποικίλουν αρκετά από καιρό σε καιρό, δεν είναι δυνατό να κάνουμε ένα πρόγραμμα ασκήσεων κατάλληλο για όλους. Έτσι μια άσκηση που είναι σωστή για κάποιο διάστημα μπορεί να αποδειχτεί ακατάλληλη για κάποιο άλλο. Επομένως ένα πρόγραμμα ασκήσεων για τη ΣΚΠ πρέπει να είναι εξατομικευμένο και μπορεί να χρειαστεί να τροποποιηθεί εάν αλλάξουν οι επιπτώσεις της ασθένειας.

Σας συστήνουμε να συμβουλευέστε το γιατρό για οποιοδήποτε πρόγραμμα

άσκησης θέλετε να κάνετε. Μπορείτε να δείξετε αυτό το εγχειρίδιο στον γιατρό σας και τον φυσίατρο ή τον φυσιοθεραπευτή σας. Ζητήστε οδηγίες, για το ποιες ασκήσεις είναι πιο κατάλληλες για εσάς. Μην ξεκινήσετε κάποιο πρόγραμμα ασκήσεων κατά την διάρκεια μιας ώσης, εκτός και εάν ο γιατρός σας συμβουλέψει διαφορετικά.

Η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος κατά την διάρκεια της άσκησης μπορεί να αυξήσει την σπαστικότητα και/ ή την κούραση. Η ενεργητική άσκηση με μικρή αντίσταση και αργό ρυθμό προκαλεί μικρότερη αύξηση της θερμοκρασίας από ότι ασκήσεις με μεγάλη αντίσταση. Ανεπαρκείς περίοδοι ξεκούρασης μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα την υπερκόπωση. Μάθετε τα όρια σας και να στοχεύετε σε ένα αργό αλλά σταθερό κέρδος. Όταν ασκήσετε, να φοράτε ρούχα που δεν εμποδίζουν την κίνηση.

Πειραματιστείτε σε διαφορετικές ώρες της ημέρας ώστε να βρείτε το χρονικό διάστημα που είναι περισσότερο άνετο/ ξεκούραστο για σας. Μερικοί ΑμΣΚΠ προτιμούν να χωρίζουν το πρόγραμμα άσκησης τους σε δύο μέρη: ένα το πρωί και ένα το βράδυ. Εάν αισθανθείτε πόνο ή δυσφορία κατά τη διάρκεια της άσκησης, σταματήστε αμέσως. Μετά συμβουλευτείτε το γιατρό σας πριν ξανακάνετε αυτή την άσκηση. Ξεκινήστε με αργό ρυθμό το πρόγραμμα των ασκήσεων. Μη ζορίζετε οποιοδήποτε μέρος του σώματος ή μην ξεπερνάτε τα όριά σας.

***Επεξήγηση Ειδικών Όρων**

Ο γιατρός ή φυσιοθεραπευτής σας, μπορεί να χρησιμοποιήσει τους παρακάτω τεχνικούς όρους, όταν σχεδιάζει ένα πρόγραμμα ασκήσεων για σας.

1. Εύρος κίνησης:

Το μέγεθος της κίνηση που μπορούμε να κάνουμε σε μία άρθρωση.

2. Παθητικό εύρος κίνησης:

Το μέγεθος της κίνηση που μπορεί να γίνει με βοήθεια (π.χ. από τον θεραπευτή ή από κάποιο μηχάνημα)

3. Ενεργητικό εύρος κίνησης:

Το μέγεθος κίνησης που μπορούμε να κάνουμε σε μία άρθρωση χωρίς βοήθεια

4. Σπαστικότητα:

"Σφίξιμο" των μυών λόγω αυξημένου μυϊκού τόνου και υπερβολική αντίδραση

στο "τέντωμα" (=στην διάταση) των μυών.

5. Σύγκαμψη:

Ένα συγκεκριμένο όριο στο εύρος κίνησης μιας άρθρωσης

6. Μυϊκή ατροφία:

Οι μυϊκές ίνες που δεν έχουν κινηθεί για κάποιο χρονικό διάστημα, χάνουν δύναμη και μέγεθος

7. Βασικές κινήσεις ασκήσεων

Κάμψη

Είναι η κίνηση που κάνει η άρθρωση όταν διπλώνει

Έκταση

Είναι η κίνηση που κάνει η άρθρωση όταν τεντώνει

Προσαγωγή

Είναι η κίνηση που απομακρύνει τα άκρα από το σώμα

Απαγωγή

Είναι η κίνηση που φέρνει τα άκρα κοντά στο σώμα.

ΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΣΕΙΣ

Προδιαγραφές

Αυτές οι ασκήσεις είναι κατάλληλες για εκείνους που δεν μπορούν να κινήσουν τα χέρια ή τα πόδια λόγω περιορισμού των κινήσεων στις αρθρώσεις ή αδυναμίας των μυών από τη ΣΚΠ ή από μακροχρόνια αδράνεια.

Σκοπός

Αυτές οι ασκήσεις στοχεύουν στη διατήρηση της κινητικότητας σας. Βοηθούν δηλαδή τις αρθρώσεις σας να παραμείνουν χαλαρές, ή να μην γίνουν πιο σφικτές από ότι είναι. Μπορεί να χρειάζεστε παθητικές ασκήσεις κίνησης μόνο για μερικές αρθρώσεις του σώματος σας.

Για παράδειγμα αν το "σφίξιμο" είναι εμφανές στον ώμο σας και έχετε πλήρη

κινητικότητα στα άλλα μέρη , απλά ακολουθήστε το μέρος του προγράμματος που είναι σχεδιασμένο για τον ώμο.

Προφυλάξεις

- * Μη βάζετε δύναμη σε κανένα μέρος του σώματος σας.
- * Όλες οι παθητικές κινήσεις πρέπει να γίνονται αργά έτσι ώστε οι μύες να μπορούν να ανταποκρίνονται στην διάταση χαλαρώνοντας.
- * Η γρήγορη κίνηση μπορεί να αυξήσει την σπαστικότητα . Αν πονάτε, μπορείτε να αποφύγετε τον πόνο δουλεύοντας την κίνηση στα ανεκτά της όρια. Όμως, πρέπει να γίνει προσπάθεια να αυξηθεί το εύρος κίνησης χωρίς πόνο. Είναι σημαντικό να ξεχωρίζετε το αίσθημα του πόνου από την παροδική δυσφορία της διάτασης. Η δυσφορία της διάτασης είναι φυσιολογική, ο πόνος όμως όχι. Παρακαλούμε σημειώστε: εάν έχετε αδυναμία από την μία πλευρά μόνο, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τα δυνατά μέλη ώστε να μετακινήσετε τα αδύναμα.

Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας για περαιτέρω οδηγίες στο να προσαρμόσετε αυτές τις ασκήσεις στις ειδικές ανάγκες σας.

Αρχή ασκήσεων: Οι παρακάτω ασκήσεις απαιτούν βοήθεια από άλλο άτομο (ένα θεραπευτή ή κάποιον από το οικογενειακό περιβάλλον). Οι περισσότεροι άνθρωποι προτιμούν να κάνουν αυτές τις ασκήσεις το πρωί, όταν ακόμα βρίσκονται στο κρεβάτι, μια και οι περισσότερες ασκήσεις γίνονται ξαπλωμένοι ανάσκελα. Όμως οι ασκήσεις εύρους κινήσεων μπορούν να προσαρμοστούν και να γίνουν σχεδόν από οποιαδήποτε θέση. Ο αριθμός των επαναλήψεων ανά κίνηση ποικίλει, αλλά δυο η τρεις φορές είναι αρκετές. Κρατήστε κάθε θέση διάτασης για περίπου 60 δευτέρα πριν επιστρέψετε στη θέση εκκίνησης.

Ασκήσεις για τον ώμο (Α)

Οδηγίες για τον βοηθό

Θέση εκκίνησης:

Ο ΑμΣΚΠ ξαπλώνει ανάσκελα με τα χέρια στο πλάι. Τοποθετήστε το ένα σας χέρι κάτω από τον ώμο βάζοντας τον αντίχειρα του ίδιου χεριού πάνω στον ώμο, ώστε να ελέγχετε την κίνηση της άρθρωσης. Με το άλλο χέρι κρατήστε τον καρπό.

Βήμα 1

Κρατήστε τον αγκώνα τεντωμένο και σηκώστε το μπράτσο μέχρι το χέρι να δείχνει το ταβάνι με την παλάμη προς το κέντρο του σώματος.

Βήμα 2

Συνεχίστε να κινείτε το μπράτσο προς τα πίσω μέχρι να ακουμπήσει στο κρεβάτι δίπλα στο κεφάλι, ή μέχρι να συναντήσετε αντίσταση. Το μπράτσο μπορεί να λυγίσει στον αγκώνα εάν το κεφαλάρι του κρεβατιού δεν επιτρέπει στο μπράτσο να ακουμπήσει πίσω μέχρι τέλους. Κρατήστε το χέρι στη θέση αυτή για 60 δεύτερα. Επιτρέψτε στη θέση εκκίνησης, ξεκουραστείτε, και επαναλάβετε την άσκηση 2-3 φορές και στα δύο χέρια..

Άσκήσεις για τον ώμο (B)

Οδηγίες για το βοηθό

Θέση εκκίνησης:

Ο ΑμΣΚΠ είναι ξαπλωμένος ανάσκελα με τα χέρια στο πλάι. Τοποθετήστε το ένα σας χέρι κάτω από τον ώμο βάζοντας τον αντίχειρα του ίδιου χεριού πάνω στον ώμο του ώστε να ελέγχετε την κίνηση της άρθρωσης. Με το άλλο χέρι κρατήστε τον αγκώνα

Βήμα 1

Κρατήστε τον αγκώνα τεντωμένο και κινήστε το μπράτσο στο πλάι μακριά από το σώμα.

Βήμα 2

Περιστρέψτε το μπράτσο έτσι ώστε η παλάμη να κοιτάει προς τα επάνω.

Βήμα 3

Συνεχίστε κινώντας το μπράτσο προς τα πίσω μέχρι να ακουμπήσει στο κρεβάτι δίπλα στο κεφάλι του ΑμΣΚΠ ή μέχρι να συναντήσετε αντίσταση. Το μπράτσο μπορεί να λυγίσει στον αγκώνα εάν το κεφαλάρι του κρεβατιού δεν επιτρέπει στον αγκώνα να φθάσει τελείως πίσω. Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης, ξεκουραστείτε και επαναλάβετε 2-3 φορές και στα δύο χέρια.

Ασκήσεις για τον ώμο (Γ)

Οδηγίες για τον βοηθό

Θέση εκκίνησης:

Ο ΑμΣΚΠ είναι ξαπλωμένος ανάσκελα. Τοποθετήστε το ένα χέρι κάτω από τον ώμο με τον αντίχειρα του ίδιου χεριού πάνω στον ώμο. Με το άλλο χέρι κρατήστε τον καρπό. Ο αγκώνας να είναι λυγισμένος και να ακουμπάει στο κρεβάτι και ο βραχίονας να δείχνει προς τα πάνω.

Βήμα 1

Με το χέρι σας στον καρπό κρατήστε τον αγκώνα λυγισμένο και αργά, αργά κινήστε το βραχίονα με την παλάμη προς τα κάτω, μέχρι να ακουμπήσει στο κρεβάτι ή να συναντήσετε αντίσταση.

Βήμα 2

Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης

Βήμα 3

Με το χέρι σας ακόμα πάνω στον καρπό και τον αγκώνα λυγισμένο, αργά-αργά μετακινήστε το βραχίονα προς τα πίσω, με την παλάμη προς τα επάνω, μέχρι να ακουμπήσει στο κρεβάτι ή να συναντήσετε αντίσταση. Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης, ξεκουραστείτε και επαναλάβετε 2-3 φορές και στα δύο χέρια.

Ασκήσεις για τον αγκώνα και το αντιβράχιο (Α)

Οδηγίες για το βοηθό

Θέση εκκίνησης

Ο ΑμΣΚΠ είναι ξαπλωμένος ανάσκελα με τα χέρια στο πλάι με τις παλάμες προς το σώμα. Τοποθετήστε το ένα χέρι πάνω από τον αγκώνα και κρατήστε την παλάμη με το άλλο σας χέρι.

Βήματα 1-2

Λυγίστε τον αγκώνα του ασθενή και φέρτε το βραχίονα όσο το δυνατόν πιο κοντά στον ώμο.. Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης ξεκουραστείτε και επαναλάβετε 2-3

φορές και στα δύο χέρια..

Ασκήσεις για τον αγκώνα και το βραχίονα (B)

Οδηγίες για το βοηθό

Θέση εκκίνησης

Ο ΑμΣΚΠ είναι ξαπλωμένος ανάσκελα με το μπράτσο μακριά από το σώμα στο ύψος του ώμου, τον αγκώνα λυγισμένο και το χέρι να δείχνει προς το ταβάνι. Κρατήστε με το ένα χέρι σας τον καρπό και με το άλλο την παλάμη, με τον αντίχειρα να δείχνει προς το πρόσωπο του.

Βήμα 1

Περιστρέψτε το βραχίονα έτσι ώστε η παλάμη να δείχνει στην αντίθετη κατεύθυνση από το σώμα.

Βήμα 2

Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης.

Βήμα 3

Περιστρέψτε το βραχίονα έτσι ώστε η παλάμη να βλέπει προς το σώμα. Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης, ξεκουραστείτε και επαναλάβετε την άσκηση 2-3 φορές και στα δύο χέρια.

Ασκήσεις για τον καρπό

Οδηγίες για το βοηθό

Θέση εκκίνησης

Ο ΑμΣΚΠ είναι ξαπλωμένος ανάσκελα με το μπράτσο μακριά από το σώμα στο ύψος του ώμου, τον αγκώνα λυγισμένο και το βραχίονα προς το ταβάνι. Κρατήστε την παλάμη του με το ένα σας χέρι και τον καρπό με το άλλο.

Βήμα 1

Λυγίστε τον καρπό προς τα εμπρός όσο το δυνατό πιο πολύ.

Βήμα 2

Λυγίστε τον καρπό προς τα πίσω όσο το δυνατό πιο πολύ.

Βήμα 3

Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης.

Βήμα 4

Λυγίστε τον καρπό στο πλάι στην κατεύθυνση του μικρού δακτύλου, όσο το δυνατόν πιο πολύ.

Βήμα 5

Λυγίστε τον καρπό στο πλάι στην κατεύθυνση του αντίχειρα, όσο το δυνατό πιο πολύ. Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης, ξεκουραστείτε και επαναλάβετε την άσκηση 2-3 φορές και στα δύο χέρια.

Ασκήσεις για το ισχίο (Α)

Οδηγίες για το βοηθό

Θέση εκκίνησης

Ο ΑμΣΚΠ είναι ξαπλωμένος ανάσκελα. Τοποθετήστε τη μία παλάμη σας κάτω από το γόνατο του και κρατήστε την φτέρνα του στην παλάμη του άλλου χεριού .

Βήμα 1

Κρατώντας το γόνατο σηκώνετε το πόδι του έτσι ώστε η φτέρνα να απέχει 10 εκατοστά από το κρεβάτι.

Βήμα 2

Μετακινήστε το πόδι προς το μέρος σας. Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης, ξεκουραστείτε και επαναλάβετε την άσκηση 2-3 φορές και στα δύο πόδια.

Ασκήσεις για το ισχίο (Β)

Οδηγίες για το βοηθό

Θέση εκκίνησης

Ο ΑμΣΚΠ είναι ξαπλωμένος μπρούμυτα με τα πόδια ίσια. Βάλτε την παλάμη σας κάτω από το πόδι του, ακριβώς επάνω από το γόνατο και την άλλη κάτω από τον αστράγαλο.

Βήμα 1

Κρατήστε ίσια το γόνατο και σηκώστε το πόδι, χωρίς να λυγίσει, έτσι ώστε το γόνατο να είναι περίπου 10 εκατοστά πάνω από το στρώμα. Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης, ξεκουραστείτε και επαναλάβετε την άσκηση 2-3 φορές και στα δύο πόδια.

Ασκήσεις για το γόνατο

Οδηγίες για το βοηθό

Θέση εκκίνησης

Ο ΑμΣΚΠ είναι ξαπλωμένος ανάσκελα. Τοποθετήστε τη μια παλάμη σας κάτω από το γόνατο του και την άλλη στη φτέρνα του.

Βήμα 1

Σηκώστε το πόδι και λυγίστε το, στο γόνατο και το ισχίο.

Βήμα 2

Συνεχίστε να κινείτε το πόδι, φέρνοντας το γόνατο προς το στήθος έτσι ώστε το γόνατο και το ισχίο να είναι λυγισμένα όσο το δυνατό πιο πολύ. Το άλλο πόδι πρέπει να μείνει τεντωμένο στο κρεβάτι.

Βήματα 3 και 4

Χαμηλώστε το πόδι και μετά τεντώστε το γόνατο σηκώνοντας το πόδι προς τα επάνω. Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης, ξεκουραστείτε και επαναλάβετε την άσκηση 2-3 φορές και στα δύο πόδια.

Ασκήσεις για την ποδοκνημική άρθρωση και τον άκρο πόδα (Α)

Οδηγίες για το βοηθό

Θέση εκκίνησης

Ο ΑμΣΚΠ είναι ξαπλωμένος ανάσκελα. Βάλτε την παλάμη του ενός χεριού σας στη φτέρνα του ενώ ο βραχίονας του ίδιου χεριού ακουμπάει στο πέλμα του ποδιού του. Σταθεροποιείτε τον αστράγαλο του κρατώντας τον σταθερό με το

άλλο σας χέρι.

Βήμα 1

Πιέστε με το βραχίονα σας το πέλμα του ποδιού (όχι τα δάκτυλα) τεντώνοντας το προς τα μέσα και συγχρόνως τραβήξτε τη φτέρνα του προς τα έξω..

Βήμα 2

Ξεκουράστε το βραχίονα και το χέρι σας και επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης.

Βήμα 3

Μετακινήστε το ένα χέρι σας από τον αστράγαλο στο πάνω μέρος του ποδιού (ακριβώς κάτω από τα δάκτυλα)

Βήμα 4

Πιέστε το πόδι προς τα κάτω και συγχρόνως σπρώξτε τη φτέρνα με την παλάμη σας προς τα μέσα. Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης Ξεκουραστείτε και επαναλάβετε την άσκηση 2-3 φορές και στα δύο πόδια. .

Παρακαλούμε σημειώστε: Κατά τη διάρκεια των ποδοκνημικών ασκήσεων, είναι σημαντικό να κρατάτε το γόνατο ελαφρά λυγισμένο για να μην γίνεται υπερέκταση. Αυτό μπορεί να γίνει τοποθετώντας μια πετσέτα τυλιγμένη σε ρολό ή ένα μικρό μαξιλάρι κάτω από το γόνατο του ποδιού που ασκείται.

Άσκήσεις για την ποδοκνημική άρθρωση και τον άκρο πόδα (B)

Οδηγίες για το βοηθό

Θέση εκκίνησης

Ο ΑμΣΚΠ είναι ξαπλωμένος ανάσκελα. Κρατήστε με την παλάμη του ενός χεριού σας το πέλμα του ποδιού του. Κρατήστε σταθερά τον αστράγαλό του με το άλλο χέρι.

Βήμα 1

Περιστρέψτε το πέλμα προς τα μέσα έτσι ώστε να βλέπει προς το άλλο πόδι.

Βήμα 2

Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης.

Βήμα 3

Γυρίστε το πέλμα προς τα έξω έτσι ώστε να βλέπει αντίθετα από το άλλο πόδι.

Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης. Επαναλάβετε την άσκηση 2-3 φορές στο κάθε πόδι.

Ασκήσεις για την ποδοκνημική άρθρωση και τον άκρο πόδα (Γ)

Οδηγίες για το βοηθό

Θέση εκκίνησης

Ο ΑμΣΚΠ είναι ξαπλωμένος ανάσκελα. Κρατήστε τα δάκτυλα του ποδιού του με το ένα σας χέρι και το πέλμα του με το άλλο.

Βήμα 1

Λυγίστε τα δάκτυλα προς τα κάτω.

Βήμα 2

Τεντώστε τα δάκτυλα απαλά προς τα πίσω. Επιστρέψτε στη θέση εκκίνησης.

Επαναλάβετε την άσκηση 2-3 φορές στο κάθε πόδι.

ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΕΣ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΥΠΟ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ

Προδιαγραφές

Αυτές οι ασκήσεις είναι κατάλληλες για εκείνους, που μπορούν να κινηθούν τα άκρα μόνοι τους. Αυτός το μέρος καλύπτει ασκήσεις για όλες τις κινήσεις του λαιμού, του κορμού, των χεριών και των ποδιών. Δείτε όλο το πρόγραμμα και διαλέξτε τις ασκήσεις που είναι κατάλληλες, για το δικό σας βαθμό λειτουργικότητας.

Σκοπός

Αν και δεν μπορούμε να πούμε με σιγουριά ότι η κίνηση των μυών θα εμποδίσει την εμφάνιση όσεων, ή την εξέλιξη της νόσου, ωστόσο η άσκηση βοηθάει

- * Στην αύξηση της αιμάτωσης στο σημείο εκείνο,
- * Στην αποφυγή της παραμόρφωσης των αρθρώσεων,
- * Στην ενδυνάμωση του μυϊκού συστήματος (που μπορεί να μην επηρεάζεται άμεσα από την ΣΚΠ)
- * Στην καλλίτερη ευλυγισία.

Οι ασκήσεις, μπορούν να γίνονται με αργή και ελεγχόμενη κίνηση. Η γρήγορη κίνηση μπορεί να αυξήσει την σπαστικότητα και τη δυσκαμψία. Κάνετε το εύρος της κίνησης που σας επιτρέπει η κατάσταση σας. Αυτό σημαίνει να τεντώνεστε μέχρι να αισθάνεστε τη διάταση του μυός, αλλά χωρίς να πονάτε. Ένας μεγάλος καθρέφτης, μπορεί να σας βοηθήσει να παρακολουθείτε την πρόοδο σας. Δείτε πρώτα όλες τις ασκήσεις αυτού του μέρους, για τα διαφορετικά μέρη του σώματος. Ξεκινήστε κάνοντας 5 επαναλήψεις για την κάθε άσκηση σε μέτριο ρυθμό. Αργότερα αυξήστε τον αριθμό των επαναλήψεων. Παρακαλούμε σημειώστε: Πολλοί άνθρωποι, βρίσκουν βολικότερο, να κάνουν τις ασκήσεις στο κρεβάτι. Οι ασκήσεις όμως, μπορούν να γίνουν πιο εύκολα και σωστά, πάνω σε μια σκληρή επιφάνεια (στο πάτωμα) σε στρωματάκι γυμναστικής.

Προφυλάξεις

1. Μην βιάζεστε. Μην καταπονείτε τον εαυτό σας. Μπορείτε να χωρίσετε το πρόγραμμα των ασκήσεων σε δυο χρονικές περιόδους - τις μισές ασκήσεις το πρωί και τις υπόλοιπες το απόγευμα
2. Φοράτε φαρδιά ρούχα όταν ασκήσετε και βεβαιωθείτε ότι η θερμοκρασία του δωματίου είναι μέτρια προς χαμηλή
3. Μην επιχειρήσετε να αυξήσετε το βαθμό δυσκολίας των ασκήσεων, όπως περιγράφεται παρακάτω, αν δεν φτάσετε στις 10 επαναλήψεις χωρίς αρνητικές επιπτώσεις

Πώς να αυξήσετε την αποτελεσματικότητα των ασκήσεων.

Αν μετά τις 10 επαναλήψεις κάθε άσκησης αισθάνεστε καλά, χωρίς κούραση ή δυσφορία μπορείτε να αυξήσετε την δυσκολία του προγράμματος.

1. Προσπαθήστε να κάνετε την άσκηση κουνώντας και τα δυο μέλη συγχρόνως.
2. Αυξήστε ή μειώστε το ρυθμό με τον οποίο κάνετε την άσκηση. (Η κίνηση που γίνεται σε κανονικό ρυθμό είναι συνήθως ευκολότερη από ότι μια πολύ γρήγορη ή πολύ αργή.)
3. Αυξήστε τον αριθμό των επαναλήψεων και μειώστε τα διαλείμματα ξεκούρασης.
4. Συνδυάστε διάφορες ασκήσεις.
5. Προσθέστε μια αεροβική άσκηση, όπως το κολύμπι ή το στατικό ποδήλατο.

Ασκήσεις για το κεφάλι και το λαιμό

Βήμα 1

Λυγίστε το κεφάλι προς τα πίσω (κοιτώντας προς τα πάνω) Κάντε την άσκηση αργά, μη ρίχνετε γρήγορα το κεφάλι προς τα πίσω. Οι ώμοι πρέπει να είναι χαμηλωμένοι και χαλαροί.

Βήμα 2

Λυγίστε το κεφάλι προς τα εμπρός (κοιτώντας κάτω) Δείτε τις προφυλάξεις παρακάτω.

Βήμα 3

Λυγίστε το κεφάλι στο πλάι, αριστερά και δεξιά, έτσι ώστε το αυτί να φτάνει προς τον ώμο.

Βήμα 4

Γυρίστε το κεφάλι αριστερά - δεξιά, έτσι ώστε να βλέπει πάνω από τον ώμο.

Προσοχή!

Ένα σύμπτωμα της ΣΚΠ, είναι το σημείο του L' Hermitte. Αυτό, είναι σαν μούδιασμα ή μια αίσθηση ηλεκτρικού ρεύματος στην σπονδυλική στήλη ή στα μέλη όταν λυγίζετε τον λαιμό σας. Αν το αισθανθείτε σταματήστε την άσκηση και συμβουλευτείτε το γιατρό σας.

Ασκήσεις για τον ώμο

Βήμα 1

Ξεκινήστε ξαπλωμένοι με τα χέρια στο πλάι. Σηκώστε το ένα χέρι προς τα επάνω μέχρι να φθάσει δίπλα στο κεφάλι (χωρίς να το λυγίζετε)

Βήμα 2

Επιστρέψτε το χέρι στην αρχική θέση (χωρίς να το λυγίζετε)

Βήμα 3

Με το χέρι στην ευθεία του ώμου, προσπαθήστε να φτάσετε το ταβάνι, ανασηκώνοντας τον ώμο από το κρεβάτι.

Βήμα 4

Ακουμπήστε τον ώμο στο κρεβάτι κρατώντας το χέρι ψηλά.

Βήμα 5

Μετακινήστε το χέρι προς τα πίσω, μακριά από το σώμα και πίσω από το κεφάλι. (χωρίς να το λυγίζετε)

Βήμα 6

Επιστρέψτε το χέρι στην αρχική θέση (χωρίς να το λυγίζετε)

Βήμα 7

Με το χέρι τεντωμένο προς τα έξω, στο ύψος του ώμου, κινήστε το χέρι προς τα πίσω, όσο το δυνατόν μακρύτερα. Επιστρέψτε το χέρι στην αρχική θέση.

Βήμα 8

Τεντώστε το χέρι προς τα έξω στο ύψος του ώμου. Κινήστε το χέρι πάνω από το σώμα, σηκώνοντας τον ώμο.

Επαναλάβετε όλα τα παραπάνω με το άλλο χέρι.

Ασκήσεις για τα δάκτυλα (Α)

Βήματα 1 – 2

Λυγίστε τα δάκτυλα προς την παλάμη (κάντε μπουνιά) και τεντώστε τα δάκτυλα.

Βήματα 3-4

Ανοίξτε τα δάκτυλα και κλείστε τα δάκτυλα.

Ασκήσεις για τα δάκτυλα (B)

Βήματα 1-2

Λυγίστε τον αντίχειρα και τεντώστε τον αντίχειρα.

Βήμα 3

Με την παλάμη προς τα πάνω, κινήστε τον αντίχειρα από το δείκτη προς τα επάνω και πάλι στον δείκτη.

Βήμα 4

Κάντε κυκλικές κινήσεις με τον αντίχειρα έτσι ώστε να ακουμπάει στο μικρό δάκτυλο, να περνάει από το δείκτη και να ανοίγει προς τα επάνω πριν επιστρέψει και πάλι στο μικρό δάκτυλο.

Επαναλάβετε τις ασκήσεις και με το άλλο χέρι.

Για να καλυτερεύσετε τον συντονισμό των δακτύλων, προσπαθήστε να παίζετε επιτραπέζια παιχνίδια, να φτιάχνετε μοντέλα ή να κάνετε κάποια χειροτεχνία.

Ασκήσεις για τα δάκτυλα του ποδιού

Βήμα 1

Λυγίστε τα δάκτυλα προς το πέλμα του ποδιού.

Βήμα 2

Ισιώστε τα δάκτυλα του ποδιού και τεντώστε τα προς την κνήμη, όσο το δυνατό περισσότερο.

Βήματα 3-4

Ανοίξτε τα δάκτυλα και κλείστε τα δάκτυλα.

Επαναλάβετε τις ασκήσεις και με το άλλο πέλμα.

Για να καλυτερεύσετε τον συντονισμό των δακτύλων των ποδιών χρησιμοποιήστε τα δάκτυλα σας για να σηκώσετε βόλους και να τους βάλετε σε ένα κουτί.

Ασκήσεις για τον καρπό

Βήματα 1-2

Με την παλάμη να κοιτάζει προς το ταβάνι, λυγίστε τον καρπό προς τα επάνω, έτσι ώστε να βλέπει προς το βραχίονα και γυρίστε στην αρχική θέση.

Βήμα 3

Με την παλάμη να κοιτάζει προς το ταβάνι, λυγίστε τον καρπό προς τα κάτω, ώστε το κάτω μέρος της παλάμης, να μετακινηθεί προς το βραχίονα. Γυρίστε στην αρχική θέση

Βήμα 4

Με το χέρι τεντωμένο και ακίνητο, κινήστε την παλάμη δεξιά και αριστερά.

Ασκήσεις για τους ώμους

Βήμα 1

Με τον αγκώνα λυγισμένο σε ορθή γωνία και ακουμπισμένο στη μέση σας, γυρίστε το χέρι έτσι ώστε η παλάμη να κοιτάει προς τα κάτω.

Βήμα 2

Με τον αγκώνα λυγισμένο σε ορθή γωνία και ακουμπισμένο στη μέση σας, γυρίστε το χέρι έτσι ώστε η παλάμη να κοιτάει προς τα πάνω.

Επαναλάβετε τις ασκήσεις και με το άλλο χέρι.

Ασκήσεις για τον αγκώνα

Βήμα 1

Λυγίστε τον αγκώνα φέρνοντας το βραχίονα και το χέρι προς τον ώμο.

Βήμα 2

Επιστρέψτε το βραχίονα και το χέρι στη φυσική θέση (χέρι τεντωμένο).
Επαναλάβετε τις ασκήσεις και με το άλλο χέρι.

Ασκήσεις για τα ισχία

Βήμα 1

Σε καθιστή θέση, λυγίστε το ισχίο σηκώνοντας το γόνατο προς το στήθος.
Επαναλάβετε και με το άλλο πόδι

Βήμα 2

Ξαπλωμένοι ανάσκελα, γυρίστε το πόδι σας προς τα έξω, έτσι ώστε τα δάκτυλα να βλέπουν μακριά από το άλλο πόδι.

Βήμα 3

Γυρίστε το πόδι προς τα μέσα έτσι ώστε τα δάκτυλα να βλέπουν προς το άλλο πόδι.

Βήμα 4

Με τα πόδια ενωμένα και τεντωμένα, ανοίξτε τα στο πλάι και ξαναφέрте τα στην αρχική τους θέση.

Βήμα 5

Λυγίστε το ένα πόδι στο γόνατο, κρατώντας το πέλμα στο έδαφος. Αργά - αργά σηκώστε το άλλο πόδι από το έδαφος 10-20 εκατοστά κρατώντας το γόνατο τεντωμένο.

Ακουμπήστε και επαναλάβετε.

Επαναλάβετε 2-3 φορές κάθε άσκηση και στα δύο πόδια

Ασκήσεις για τον αστράγαλο

Βήμα 1

Κινήστε το πέλμα προς τα επάνω και προς την κνήμη.

Βήμα 2

Κινήστε το πόδι προς τα κάτω και αντίθετα από την κνήμη.

Βήμα 3

Σε όρθια ή καθιστή θέση κινήστε το πέλμα έτσι ώστε τα δάκτυλα να βλέπουν προ τα έξω.

Βήμα 4

Κινήστε το πέλμα έτσι ώστε τα δάκτυλα να βλέπουν προς τα μέσα. Μετά επαναλάβετε αλλάζοντας κατεύθυνση.

Ασκήσεις για τα γόνατα

Βήμα 1

Σε καθιστή θέση τεντώστε το γόνατο σηκώνοντας το πόδι προς τα επάνω. Επιστρέψτε αργά στην αρχική θέση με λυγισμένο το γόνατο.

Βήμα 2

Ξαπλώστε μπρούμυτα, σηκώστε το πόδι προς τα επάνω με λυγισμένο το γόνατο. Επιστρέψτε στην αρχική θέση.

Επαναλάβετε τις ασκήσεις και με το άλλο πόδι

Ασκήσεις κοιλιακών και ραχιαίων

Βήμα 1

Με το χέρι στην κοιλιά, συσπάστε (σφίξτε) τους κοιλιακούς μύες, σπρώχνοντας προς το πάτωμα. Κρατήστε για λίγο και μετά χαλαρώστε, αργά.

Βήμα 2

Τώρα προσπαθήστε να συσπάσετε τους κοιλιακούς μύες σηκώνοντας τους ώμους από το πάτωμα.

Βήμα 3

Τεντώστε τα ισχία και την πλάτη, σηκώνοντας τους γλουτούς και σπρώχνοντας τα

πόδια προς το πάτωμα. (αν είναι ανάγκη ζητήστε από κάποιον να κρατάει τα πόδια σας.)

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ

Οι ασκήσεις αυτού του μέρους σχεδιάστηκαν για ΑμΣΚΠ που δεν έχουν συντονισμό ή έχουν δυσκολία στην ισορροπία.

Διαιρούνται σε δυο μέρη:

A. Για τα άτομα που μπορούν να περπατήσουν

B. Για τα άτομα που δεν μπορούν να περπατήσουν

Αν η διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων προέρχεται από βλάβη της παρεγκεφαλίδας, οι ασκήσεις ισορροπίας, μπορεί να βοηθήσουν πολύ. Αν αμφιβάλετε για την αιτία της αστάθειας σας, ρωτήστε το γιατρό σας.

Στόχος

Οι ασκήσεις σχεδιάστηκαν, για να πετύχει ο ΑμΣΚΠ καλύτερη ισορροπία -με τη βελτίωση των αυτόματων αντιδράσεων του σώματος- και καλύτερο συντονισμό και ομαλότητα των κινήσεων. Κατά τη διάρκεια των ασκήσεων, το σώμα θα αντιδράσει σαν να αμφισβητεί την ικανότητα σας να πετύχετε ισορροπία. Μην εκπλαγείτε, αν αισθανθείτε σύσπαση των μυών, που παίρνουν μέρος στη διαδικασία της προσπάθειας να σταθείτε όρθιοι. Επίσης, είναι απόλυτα φυσικό, να παρουσιάσει το σώμα σας κάποια ταλάντευση, ενώ προσπαθείτε να σταθείτε όρθιος.

Προετοιμασία

Οι ασκήσεις του πρώτου μέρους, πρέπει να γίνονται σε μέρος που να μην υπάρχει κίνδυνος να χτυπήσετε σε διάφορα αντικείμενα ή άλλα εμπόδια. Είναι καλό, να φοράτε αθλητικά παπούτσια, επειδή προσφέρουν σταθερότητα.

Πρόληψη

- * Κάνετε τις ασκήσεις αργά χωρίς υπερβολική προσπάθεια
- * Για τις ασκήσεις που πρέπει να στέκεστε όρθιος, καλό είναι να υπάρχει και κάποιος άλλος για να σας καθοδηγεί
- * Να φοράτε άνετα ρούχα και η θερμοκρασία του δωματίου να είναι δροσερή.

Ασκήσεις συντονισμού και ισορροπίας για άτομα που βαδίζουν (Α)

Αρχική θέση

Γονατίστε στο πάτωμα με τις παλάμες στο πάτωμα και τα χέρια τεντωμένα (Θέση σκαμνί)

Βήμα 1

Τεντώστε το δεξί σας χέρι μπροστά. Μείνετε στη θέση αυτή μετρώντας μέχρι το 5 και επιστρέψτε στην αρχική θέση.

Βήμα 2

Τεντώστε το αριστερό σας χέρι μπροστά. Μείνετε στη θέση αυτή μετρώντας μέχρι το 5 και επιστρέψτε στην αρχική θέση.

Βήμα 3

Τεντώστε το δεξί σας πόδι προς τα πίσω. Μείνετε στη θέση αυτή μετρώντας μέχρι το 5 και επιστρέψτε στην αρχική θέση.

Βήμα 4

Τεντώστε το αριστερό σας πόδι προς τα πίσω. Μείνετε στη θέση αυτή μετρώντας μέχρι το 5 και επιστρέψτε στην αρχική θέση.

Εάν μπορείτε να κάνετε τις προηγούμενες ασκήσεις χωρίς δυσκολία, δοκιμάστε και τις παρακάτω:

Βήμα 5

Γονατίστε στο πάτωμα. Τεντώστε ταυτόχρονα το δεξί σας χέρι εμπρός και το αριστερό πόδι προς τα πίσω. Μείνετε σε αυτή τη θέση μετρώντας μέχρι το 5 και επιστρέψτε στην αρχική θέση.

Βήμα 6

Τώρα τεντώστε το αριστερό σας χέρι προς τα εμπρός και το δεξί πόδι προς τα πίσω. Μείνετε σε αυτή τη θέση μετρώντας μέχρι το 5 και επιστρέψτε στην αρχική θέση.

Ασκήσεις συντονισμού και ισορροπίας για άτομα που βαδίζουν (B)

Βήμα 1

Γονατίστε στο πάτωμα, με τον κορμό όρθιο και τα χέρια στο πλάι. Φέρτε το δεξί σας πόδι μπροστά έτσι ώστε να πατάει το πέλμα σταθερά στο πάτωμα. Σηκωθείτε. Κρατώντας ισορροπία με τα χέρια σας, προσπαθήστε να ξαναγονατίσετε στηριζόμενος στο δεξί γόνατο.

Επαναλάβετε και με το άλλο πόδι.

Βήμα 2

Μπορείτε να κάνετε αυτή την άσκηση με ένα άλλο άτομο (ή στηριζόμενος στην πλάτη μιας καρέκλας). Σταθείτε πρόσωπο με πρόσωπο, τους αγκώνες λυγισμένους και τις παλάμες να ακουμπούν.

Σηκώστε το δεξί πόδι τουλάχιστον 40 εκατοστά από το πάτωμα και προσπαθήστε να κρατήσετε την ισορροπία σας μετρώντας μέχρι το 10. Κατεβάστε το πόδι και επαναλάβετε με το άλλο πόδι. Να θυμάστε, ότι οι μικρές ταλαντεύσεις είναι φυσιολογικές.

Βήμα 3

Ανασηκωθείτε στις μύτες των ποδιών και ξαναγυρίστε στην αρχική θέση. Επαναλάβετε την άσκηση 10 φορές.

Ασκήσεις ισορροπίας και συντονισμού για άτομα που δεν βαδίζουν.

Γίνονται από την καθιστή θέση

Βήμα 1

Κάντε άσκηση το κάθισμα χωρίς υποστήριξη. Προσπαθήστε να διατηρήσετε την ισορροπία σας με τα χέρια σας να ακουμπάνε στους μηρούς σας. Αν μπορείτε

σηκώστε τα πόδια σας εναλλάξ.

Βήμα 2

Με τα χέρια στο πλάι, τους αγκώνες λυγισμένους σε ορθή γωνία, γυρίστε το χέρι σας έτσι, ώστε η παλάμη να δείχνει προς το ταβάνι. Μετά γυρίστε την παλάμη προς τα κάτω.

Επαναλάβετε 5 φορές

Κάντε το ίδιο και με το άλλο χέρι.

Βήμα 3

Με τα χέρια σας στο πλάι, τους αγκώνες λυγισμένους σε ορθή γωνία, γυρίστε το δεξί χέρι με την παλάμη προς τα επάνω και το αριστερό χέρι με την παλάμη προς τα κάτω. Τώρα κινήστε και τα δυο χέρια συγχρόνως προς την αντίθετη κατεύθυνση (το δεξί προς τα κάτω και το αριστερό προς τα πάνω) Επαναλάβετε 5 φορές σε γρήγορο ρυθμό.

Βήμα 4

Αρχίστε με τα χέρια ακουμπισμένα στο μέσον του στήθους. Τεντώστε το ένα χέρι μπροστά και κατεβάστε το στους μηρούς, ενώ συγχρόνως φέρνετε το άλλο χέρι πίσω στην πλάτη.

Γυρίστε στην αρχική θέση. Τώρα κάντε το αντίθετο. Επαναλάβετε την άσκηση 5 φορές.

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η σπαστικότητα είναι το "σφίξιμο" των μυών, εξ' αιτίας του αυξημένου μυϊκού τόνου. Ο μυϊκός τόνος αυξάνεται συχνά όταν οι μύες τεντώνονται ή κινούνται γρήγορα. Η άσκηση είναι ζωτικής σημασίας στη διαχείριση της σπαστικότητας.

Οι παρακάτω συμβουλές μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμες.

* Αποφύγετε θέσεις που χειροτερεύουν τη σπαστικότητα.

* Ασκήσεις που βοηθάνε είναι αυτές που τεντώνουν τους μύες αργά-αργά σε όλο τους το εύρος.

* Πρέπει να ξέρετε ότι η κίνηση ενός μυός με σπαστικότητα, σε μια καινούργια θέση, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση της σπαστικότητας. Εάν συμβεί αυτό, αφήστε λίγα λεπτά τους μύες να ηρεμήσουν.

* Όταν ασκήσετε, προσπαθήστε να κρατάτε το κεφάλι σας σε ίσια θέση. -χωρίς να γέρνει προς την μια πλευρά.

* Αν χρησιμοποιείτε φάρμακα για τη σπαστικότητα, ξεκινήστε τις ασκήσεις, περίπου μια ώρα, αφού πάρετε το φάρμακο.

* Η δοσολογία του φαρμάκου για τη σπαστικότητα, πρέπει να ελέγχεται συχνά, καθώς ο βαθμός της σπαστικότητας αλλάζει.

* Σημαντικές αλλαγές στην σπαστικότητα μπορεί να εμφανιστούν με την παρουσία μιας μόλυνσης, εκδοράς στο δέρμα ή ακόμα από στενά παπούτσια και ρούχα.

Σπαστικότητα καμπτήρων μυών

Χαρακτηριστικά

Η σπαστικότητα των καμπτήρων μυών είναι συχνή σε άτομα με ΣΚΠ. Τα ισχία και τα γόνατα είναι λυγισμένα (=σε κάμψη) με στροφή των ισχίων προς τα μέσα.

Σπανιότερα τα ισχία και τα γόνατα, είναι στραμμένα προς τα έξω, τα γόνατα είναι λυγισμένα και τα πόδια έχουν τάση να δείχνουν προς τα κάτω.

Σπαστικότητα εκτεινόντων μυών

Χαρακτηριστικά

Η σπαστικότητα των εκτεινόντων μυών είναι σπανιότερη στους ΑμΣΚΠ. Τα ισχία και τα γόνατα, είναι τεντωμένα, τα πέλματα πολύ κοντά το ένα με το άλλο ή σταυρωτά με τις πατούσες προς τα κάτω.

Παρακαλούμε σημειώστε:

Πρέπει να γνωρίζετε ότι, όταν υπάρχει σπαστικότητα σε ένα μυ ή μία ομάδα μυών είναι ανάγκη να αποφεύγετε τις επαναλήψεις ενεργητικών ασκήσεων, που βαρύνουν το είδος της σπαστικότητας που έχετε. Για παράδειγμα, αν έχετε σπαστικότητα των εκτεινόντων μυών αποφεύγετε τις ενεργητικές ασκήσεις που περιλαμβάνουν ασκήσεις έκτασης του ισχίου και των γονάτων. Είναι σημαντικό να θυμάστε ότι οι ασκήσεις αυτού του μέρους του εγχειριδίου,

σχεδιάστηκαν για να μειώσουν την σπαστικότητα. Αν δεν τη μειώσουν συμβουλευθείτε το γιατρό σας.

Θέσεις σώματος που ανακουφίζουν τη σπαστικότητα

Θέση 1

Ξαπλώστε μπρούμυτα Αυτή είναι μια πάρα πολύ καλή θέση, όταν υπάρχει σπαστικότητα των καμπτήρων μυών, του ισχίου και των γονάτων. Να θυμάστε ότι οι μύες χρειάζονται μερικά λεπτά μέχρι να ηρεμήσουν και να χαλαρώσουν στην καινούργια θέση.

Θέση 2

Ξαπλώστε ανάσκελα ή στο πλάι. Αν τα γόνατα σας έχουν την τάση να γυρίζουν προς τα μέσα, δοκιμάστε να τοποθετήσετε ανάμεσα τους ένα μαξιλάρι ή πετσέτα τυλιγμένη σε ρολό.. Μην ξεχνάτε και πάλι ότι οι μύες χρειάζονται μερικά λεπτά για να προσαρμοσθούν και να ηρεμήσουν στην καινούργια θέση. Τα μαξιλάρια πίσω από το γόνατο (στην κλείδωση) ενισχύουν τη σπαστικότητα των καμπτήρων και πρέπει να αποφεύγονται.

Θέση 3

Ξαπλώστε στο πλάι. Αυτή είναι μια πάρα πολύ καλή θέση αν τα ισχία και τα γόνατα σας παρουσιάζουν σπαστικότητα των εκτεινόντων μυών. λυγίστε το γόνατο του ποδιού που βρίσκεται από επάνω και ισιώστε το γόνατο του κάτω ποδιού. Μπορείτε επίσης να βάλτε ένα μαξιλάρι ή μια πετσέτα τυλιγμένη σε ρολό ανάμεσά στα πόδια σας..

Θέση 4

Ξαπλώστε ανάσκελα. Αν τα ισχία σας και τα γόνατα, λόγω σπαστικότητας, έχουν την τάση να παίρνουν μια θέση "βατράχου", βάλτε ένα μαξιλάρι ή μια πετσέτα, τυλιγμένη σε ρολό, στο ισχίο σας. Η λεκάνη και το γόνατο πρέπει να είναι στην ίδια ευθεία και τα γόνατα να κοιτάζουν προς το ταβάνι.

Θέση 5

Αν οι αστράγαλοι και τα πέλματα είναι γυρισμένα σε θέση προς τα κάτω, προσπαθήστε να στρέψετε τους αστραγάλους έτσι, ώστε τα δάκτυλα των ποδιών να κοιτάζουν προς το ταβάνι, δηλ. σε μια πιο φυσική θέση. Ο ευκολότερος τρόπος για να το πετύχετε αυτό, είναι να ακουμπήσετε τα πέλματα σας στο κάτω μέρος του κρεβατιού. Σπρώξτε το στρώμα προς τα επάνω και τοποθετήστε ένα μικρό καδρόνι ανάμεσα στο στρώμα και το κάτω μέρος του κρεβατιού για να μπορούν να χωρέσουν στο κενό οι φτέρνες. Αν το κρεβάτι σας δεν έχει αυτή την δυνατότητα μπορείτε να φτιάξετε κάτι παρόμοιο. Μπορείτε ακόμα να ζητήσετε από το γιατρό σας νάρθηκες ποδοκνημικής.

Θέση 6

Αν οι αγκώνες σας τείνουν να λυγίζουν και οι ώμοι να παραμένουν κοντά στο σώμα προσπαθήστε, όταν ξαπλώνετε στο πλάι, να κρατάτε τα χέρια σας κατά μήκος του σώματος και να τα βάζετε πάνω σε ένα μαξιλάρι, έτσι που οι παλάμες να δείχνουν προς τα κάτω.

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΜΕΣΑ ΣΤΟ ΝΕΡΟ

- Τι χρειάζεται για να γυμναστεί κανείς μέσα στο νερό;
 - ❖ Ένα μαγιό.
 - ❖ Ένα σκουφάκι.
 - ❖ Μία ζώνη υδρογυμναστικής.
 - ❖ Αγάπη για το νερό.
 - ❖ Ένα φυλλάδιο που να δείχνει ασκήσεις που να μπορεί ο ασθενής να τις εφαρμόσει με την καθοδήγηση ενός ειδικού γυμναστή.

- Γιατί άσκηση μέσα στο νερό;
 - ❖ Είναι το κατάλληλο περιβάλλον για άσκηση.
 - ❖ Αναπτύσσει εξίσου αποτελεσματικά τη δύναμη, την αντοχή, την ευλυγισία.
 - ❖ Αποτρέπει ή ελαχιστοποιεί τα συμπτώματα που απασχολούν τα άτομα με ΣΚΠ, όπως μυϊκή κόπωση, αδυναμία, σφίξιμο των μυών.

- ❖ Ελέγχει το στρες και βοηθά να μεγιστοποιηθούν οι αυτόνομες λειτουργίες.
 - ❖ Λόγω της άνωσης, το βάρος του σώματος μειώνεται κατά 90%.
 - ❖ Οι κινήσεις στο νερό γίνονται πιο εύκολα απ' ό τι στην ξηρά χωρίς κίνδυνο τραυματισμού.
 - ❖ Η θερμοκρασία του νερού (συνίσταται 26-28 °C), η οποία ελαχιστοποιεί την αυξανόμενη θερμότητα που προέρχεται από την άσκηση.
- Οδηγίες άσκησης στο νερό.
- ❖ Ακούστε το κορμί σας.
 - ❖ Αν νιώθετε πόνο σταματήστε την άσκηση
(Σημάδια υπερπροπόνησης: Δυσκολία στην αναπνοή, ζαλάδα, πόνος στο στήθος, έλλειψη συντονισμού κινήσεων, τάσεις εμετού, έντονο λαχάνιασμα).
 - ❖ Αν νιώθετε κάποιο σύμπτωμα από τα παραπάνω σταματήστε την άσκηση και βγείτε έξω από το νερό.
 - ❖ Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας πριν να ξαναξεκινήσετε πρόγραμμα γυμναστικής.
 - ❖ Καλύτερα να ασκηθείτε λίγο παρά υπερβολικά.
 - ❖ Ο καθένας γυμνάζεται σύμφωνα με το πώς νιώθει τη συγκεκριμένη μέρα, ανάλογα με τη φυσική του κατάσταση.
 - ❖ Πιείτε νερό πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη άσκηση.
 - ❖ Σωστή στάση σώματος.
 - ❖ Οι ασκήσεις μπορούν να γίνουν σε βαθύ και ρηχό νερό (λίγο πιο πάνω από το στήθος).
[κεφάλι ψηλά (στην προέκταση του κορμού), ανοιχτός θώρακας, ώμοι πάνω από τη λεκάνη, κοιλιά σφιχτή (δεν κρατάμε την αναπνοή), σφιχτά οι γλωτοί μεταξύ τους, πέλματα κάτω από τη λεκάνη].

- Βασικές ασκήσεις στο νερό.

1. Deep Water Running (τρέξιμο)

- ❖ Όρθια θέση.
- ❖ Γόνατο ως το ύψος της λεκάνης λυγισμένο.
- ❖ Το άλλο πόδι τεντώνει προς τα κάτω.
- ❖ Χέρια με λυγισμένους αγκώνες δίπλα και πίσω το κορμί.

2. Cross Country Ski

- ❖ Όρθια θέση.
- ❖ Τεντωμένα γόνατα εναλλαγές εμπρός-πίσω.
- ❖ Συνδυασμός χεριού αντίθετα ποδιού εμπρός-πίσω.

3. Open & Close.

- ❖ Όρθια θέση.
- ❖ Άνοιγμα χεριών – ποδιών στο πλάι.
- ❖ Κλείσιμο ποδιών κάτω από τη λεκάνη με σφιχτά τους γλουτούς.
- ❖ Χέρια κινούνται παράλληλα με την επιφάνεια.

4. Rock Climb

- ❖ Πρηνή θέση (διαγώνια προς τα κάτω).
- ❖ Σκαρφάλωμα.
- ❖ Γόνατα προς την κοιλιά. Έμφαση στην πίσω κίνηση ποδιού αντίθετου χεριού.

5. Cuff Touch (χέρι-φτέρνα)

- ❖ Όρθια θέση.
- ❖ Ανοιχτά τα χέρια στο πλάι.
- ❖ Ανοιχτά τα πόδια.
- ❖ Χέρι αντίθετο πόδι (φτέρνα).
- ❖ Τα γόνατα κοιτάνε έξω.
- ❖ Σταθερό κορμί.
- ❖ Ίσια πλάτη.

6. Deep Water Double Knee Lift.

- ❖ Όρθια θέση.
- ❖ Λυγισμένα γόνατα προς τα πάνω (εκπνοή).
- ❖ Επιστροφή τα πόδια κάτω από τη λεκάνη (εισπνοή).
- ❖ Συνδυασμός χέρια αντίθετα από τα πόδια.
- ❖ Σταθερός κορμός.

7.Wall Strides (βήματα στο τοίχωμα)

- ❖ Όρθια θέση.
- ❖ Σταθερό κορμί και λεκάνη, χαλαροί ώμοι.
- ❖ Ανέβασμα λυγισμένου ποδιού στο τοίχωμα.
- ❖ Το κάτω πόδι τεντώνει προς τα κάτω.

8.Bicycles (ποδήλατο)

- ❖ Όρθια θέση ή θέση στο πλάι.
- ❖ Κυκλική κίνηση των ποδιών όπως η κίνηση σε ποδήλατο.
- ❖ Έμφαση στην κάτω και πίσω κίνηση του ποδιού.
- ❖ Συνδυασμός χεριών (πόδι αντίθετο χέρι).

➤ Ασκήσεις χεριών.

1.Deep Water bent arm pull

- ❖ Χέρια παράλληλα με την επιφάνεια.
- ❖ Σπρώχνω μπροστά / τραβάω πίσω εναλλάξ.
- ❖ Πόδια ski ή jogging.

2.Deep Water shoulder circles

- ❖ Ανοιχτά χέρια στο πλάι μέσα στο νερό.
- ❖ Κυκλάκια με ελαφρώς λυγισμένους αγκώνες.
- ❖ Αρχίζοντας με μικρά κυκλάκια, συνεχίστε αλλάζοντας τα μέγεθος της κίνησης.

3.Deep Water breast stroke

- ❖ Άνοιγμα χεριών προς τα πίσω παράλληλα με την επιφάνεια.

- ❖ Πόδια ή ποδήλατο ή jogging.

4. Deep Water elbow press

- ❖ Εναλλάξ πίεση των χεριών προς τα κάτω μπροστά από το κορμί.
- ❖ Πόδια jogging.

➤ Διατάσεις

Γιατί:

- Αυξάνει την ευλυγισία και ζεσταίνει τους μυς. Αυτό μειώνει την πιθανότητα τραυματισμών κατά τη διάρκεια της άσκησης.
- Αυξάνει το εύρος κίνησης των αρθρώσεων.
- Βοηθά στη βελτίωση στάσης σώματος.
- Χαλαρώνει τους μυς στο τέλος της άσκησης.
- Τονώνουν την καλή κυκλοφορία του αίματος.
- Συντελούν στη γνώση του σώματός μας.

Πώς:

- Διάταση για 10''-30'' μέχρι το σημείο που νιώθετε μικρή ένταση (τέντωμα).
- Δεν θα πρέπει να νιώθετε πόνο ή ενόχληση.
- Η προσοχή στραμμένη στους μύες που διατείνονται.
- Αναπνεύστε φυσιολογικά κατά τη διάρκεια της διάτασης, δηλαδή να μην κρατάτε την αναπνοή σας.
(Χρειάζεται χρόνος για να ξεπεραστεί η σκληρότητα των μυών, αλλά ο χρόνος είναι το λιγότερο που σκεπτόμαστε όταν αρχίζουμε να νιώθουμε καλά).

Πότε:

- Στην αρχή της άσκησης για να ζεσταθούν οι μυς.
- Κατά τη διάρκεια της άσκησης αν νιώσατε ενόχληση σε κάποια κίνηση.
- Σε περίπτωση που σας έπιασε κράμπα.
- Στο τέλος της άσκησης για να επαναφέρουμε τους μυς στο φυσιολογικό τους μήκος και να χαλαρώσουμε.

- Οποιαδήποτε ώρα της ημέρας οι διατάσεις μπορούν να γίνουν όχι μόνο μέσα στο νερό αλλά και έξω από αυτό.
- Όταν νιώθετε δύσκαμπτοι.
- Το πρωί πριν αρχίσει η μέρα σας.
- Μετά από κάθισμα ή ορθοστασία πολλών ωρών.

1. Τέντωμα θώρακα και δικεφάλου

- Πλέξτε τα δάχτυλα πίσω από το κορμί.
- Απλά πιέστε τους ώμους προς τα πίσω και τα χέρια μακριά από το κορμί.
- Οι ωμοπλάτες έρχονται κοντά και ο θώρακας ανοίγει.

2. Τέντωμα το πάνω μέρος της πλάτης (τραπεζοειδής)

- Πλέξτε τα δάχτυλα και τεντώστε τα χέρια μπροστά, πιέζοντας τις παλάμες μακριά από το κορμί.
- Πιέστε τους ώμους προς τα κάτω, και το πηγούνι προς το στήρνο.
- Η λεκάνη παραμένει κάτω από τους ώμους.

3. Τέντωμα του αυχένα

- Το πηγούνι προς το στήρνο.
- Επιμένουμε να έχουμε ανοιχτό θώρακα και χαλαρούς ώμους.

4. Τέντωμα του αυχένα

- Τραβήξτε το ένα χέρι από τον καρπό στο πόδι.
- Απαλά πλάγια κάμψη του κεφαλιού (το αυτί κοντά στον ώμο).

5. Διάταση τρικεφάλου

- Τοποθετήστε το ένα χέρι πίσω από το κεφάλι με την παλάμη να αγγίζει το πίσω μέρος του αυχένα.
- Βοηθείστε τη διάταση με το άλλο χέρι να πιέζει απλά τον αγκώνα προς τα κάτω.

6. Διάταση δικεφάλου μηριαίου

- Τοποθετήστε τη φτέρνα στο έδαφος ή κρατήστε το πόδι μπροστά με τα δύο χέρια παράλληλα με την επιφάνεια του νερού.
- Τα δάχτυλα του ποσιού κατευθύνονται προς το κορμί (το πέλμα τσαρούχι ή flex).
- Σταδιακά προσπαθήστε να τεντώσετε όσο γίνεται το πόδι χωρίς να κλειδώνει η άρθρωση του γόνατου.
- Επιμείνετε να έχετε ίσια πλάτη δίνοντας μήκος στο κορμί σαν να θέλει το στήθος να αγγίζει το γόνατο (δηλαδή να μην καμπουριάζει η πλάτη).

7. Διάταση τετρακεφάλου μηριαίου

- Πιάνουμε με το χέρι το ίδιο πόδι.
- Τραβάμε το μηρό προς τα πίσω με τη λεκάνη σταθερή κάτω από τους ώμους 'έως ότου να νιώσουμε τέντωμα στο μπροστινό μέρος του μηρού.
- Η λεκάνη παραμένει κάτω από τους ώμους.

➤ Πρόγραμμα γυμναστικής στο νερό.

- Ζέσταμα (5' – 10'): Ξεκινήστε με μικρές ήρεμες κινήσεις. Επιλέξτε: Cross country ski, jogging, ποδήλατο, open-close, Rock-climb, cuff touch. Σταδιακά αυξάνεται το εύρος κίνησης και η ταχύτητα. Διάταση όλων των μυικών ομάδων.
- Κυρίως μέρος (15' – 30'): Εναλλαγή των ασκήσεων για να επιβαρύνονται συνέχεια οι ίδιες μυϊκές ομάδες. Επιλέξτε το δικό σας ρυθμό, εύρος κίνησης, απόσταση μετακίνησης τόσο ώστε να μην νιώθετε ότι λαχανιάζετε έντονα, να μπρείτε να μιλήσετε, να μη νιώθετε πόνο σε κάποιο μύ ή άρθρωση. Δεν πρέπει να φτάσετε στο σημείο να αισθάνεστε κόπωση. Ορίστε εσείς τον αριθμό των επαναλήψεων. Ελέγξτε την αναπνοή σας να είναι φυσιολογική (μην κρατάτε την αναπνοή σας). Αν κρυνετε σημαίνει ότι πρέπει να επιταχύνετε το ρυθμό της άσκησης, να αυξήσετε το εύρος της κίνησης και τη μετακίνηση.

- Χαλάρωμα (5'): Σταδιακή μείωση της ταχύτητας των ασκήσεων.
Διατάσεις όλων των μυϊκών ομάδων.

ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

-Τι είναι η εργοθεραπεία:

“Εργοθεραπεία είναι η επιστήμη, η οποία μέσα από κατάλληλα επιλεγμένες και στοχο- κατευθυνόμενες δραστηριότητες, αποσκοπεί στη βελτίωση των παραγωγικών δραστηριοτήτων με την ευρεία έννοια του όρου. Τα ειδικά εργοθεραπευτικά προγράμματα περιλαμβάνουν: διδασκαλία δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, ανάπτυξη αντιληπτικο-κινητικών δεξιοτήτων, ανάπτυξη δεξιοτήτων παιχνιδιού, προεπαγγελματικών και ψυχαγωγικών δεξιοτήτων” (American Occupational Therapy Association, 1981).

-Τί σημαίνει Α.ΜΕ.Α.

Α.με.Α. σημαίνει Άτομα με Αναπηρία, όχι Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (εκείνο γράφεται Α.μ.Ε.Α.). Και ως αναπηρία μπορούμε να θεωρήσουμε κάθε κινητική και γνωστική δυσλειτουργία, τόσο σοβαρή, όσο ικανή στο να προκαλέσει αποτυχία στη συνέχιση ή επίτευξη προσωπικών τε και κοινωνικών στόχων στις καθημερινές δραστηριότητες. (Π.Ο.Υ.)

-Ρόλος της εργοθεραπείας στα Α.ΜΕ.Α

Ο Εργοθεραπευτής, κατανοώντας την σημασία των έργων και των δραστηριοτήτων στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων, δουλεύει με άτομα κάθε ηλικίας που εμφανίζουν δυσλειτουργίες ή και αναπηρίες, περιορισμούς στην εκτέλεση των έργων και των δραστηριοτήτων της καθημερινής τους ζωής, ή και δυσκολίες στην ισότιμη κοινωνική συμμετοχή, δηλαδή με άτομα με κινητικές, νευρολογικές, αισθητηριακές και γνωστικές διαταραχές επίκτητες και μη.

-Μεθοδολογία Εργοθεραπευτή

- Εκτίμηση ικανοτήτων και δυσκολιών του Α.με.Α. στις καθημερινές δραστηριότητες (a.d.l.)
- Σχεδιασμός της παρέμβασης σε συνεργασία με τον πελάτη ασθενή και την οικογένεια του, αξιοποιώντας τα αποτελέσματα της αξιολόγησης.
- Επιλογή, ανάλυση, διαβάθμιση, προσαρμογή θεραπευτικών μέσων, μεθόδων και τεχνικών ανά ασθενή
- Σχεδιασμός, κατασκευή και εφαρμογή ειδικών βοηθημάτων για τον ασθενή
- Εκτίμηση και τροποποίηση του περιβάλλοντος του

-Ανεξάρτητη διαβίωση

“Αυτόνομη ή ανεξάρτητη διαβίωση δεν είναι το να ζεις μόνος σου, να εργάζεσαι σε ένα πόστο ανάλογο με τις δυνατότητες και τα ενδιαφέροντά σου, ή να έχεις έντονη κοινωνική ζωή, αν κι αυτά είναι παράμετροι της αυτόνομης διαβίωσης. Η αυτόνομη διαβίωση έχει να κάνει με το δικαίωμα αυτο-διάθεσης και αυτο-καθορισμού. Είναι το δικαίωμα και η δυνατότητα να ακολουθήσεις μία πορεία δράσης. Είναι η δυνατότητα για να πετύχεις κάτι ή να αποτύχεις.”

-Συμβολή της Εργοθεραπείας στην ανεξαρτησία των Α.ΜΕ.Α

...Ο στόχος του εργοθεραπευτή είναι η προσαρμογή στο μέγιστο δυνατό βαθμό του Α.με.Α. στις δραστηριότητες της καθημερινότητας (Activities of daily living A.D.L.), αφού από μόνες τους αποτελούν ένα σίγουρο τρόπο να αξιολογήσει ο ειδικός αλλά και να αποκαταστήσει τη λειτουργικότητα του ασθενούς...

Τομείς αξιολόγησης και επέμβασης θεμελιωδών Δ.Κ.Ζ. στα Α.ΜΕ.Α.

- Κινητικές δεξιότητες
- Γνωστικές δεξιότητες
- Επικοινωνία
- Σίτιση πρώτου σταδίου κατάποσης
- Προσωπική καθαριότητα και φροντίδα
- Ένδυση και απόδυση
- Φροντίδα προσωπικών αντικειμένων

- Εργασία
- Διασκέδαση
- Ύπνος

Τομείς αξιολόγησης και επέμβασης πιο σύνθετων Δ.Κ.Ζ. στα Α.ΜΕ.Α

- Μαγείρεμα
- Ψώνια
- Δουλειές σπιτιού, νοικοκυριό
- Χρήση μεταφορικών μέσων
- Φροντίδα κατοικιδίων
- Εκμάθηση διαδικασιών ασφαλείας και εκτάκτων αναγκών
- Διαχείριση φαρμάκων
- Διαχείριση οικονομικών

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΣΚΠ ή Πολλαπλή Σκλήρυνση είναι η πιο συχνή πάθηση που προσβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα σε νέους ανθρώπους. Η εξέλιξη της νόσου διαφέρει σε κάθε ασθενή. Σε άλλους υπάρχει μια σταθερή πορεία επιδείνωσης και σε άλλους εξελίσσεται με επεισόδια έντονης νευρολογικής αναπηρίας και όταν το επεισόδιο υποχωρήσει ο ασθενής φαίνεται σχεδόν φυσιολογικός.

Η διάγνωση της νόσου δεν είναι εύκολη υπόθεση, και αυτό γιατί δεν υπάρχει κάποιο διαγνωστικό τεστ.

Η αντιμετώπιση της νόσου επιβάλλει τη συνεργασία μιας ομάδας ειδικών επιστημών, την ομάδα αποκατάστασης που αποτελείται από τον νευρολόγο, τον φυσίατρο, έναν ειδικό για την ακράτεια, τον φυσιοθεραπευτή, τον εργοθεραπευτή, τον λογοθεραπευτή, τον ψυχολόγο και έναν κοινωνικό λειτουργό.

Ένα βασικό πρόβλημα που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε είναι η σπαστικότητα, η οποία είναι σοβαρή στα προχωρημένα στάδια και δημιουργεί δυσκολία στη βάδιση, στις δραστηριότητες και στην αυτοεξηγηρέτηση. Η αντιμετώπισή της γίνεται με φάρμακα, με σωστές θέσεις στο κρεβάτι, με φυσικά μέσα, με ειδικές τεχνικές κινησιοθεραπείας, με θεραπευτικό πρόγραμμα σε

πισίνα.

Άλλο πρόβλημα είναι η αδυναμία. Το 70% παρουσιάζει αδυναμία, η οποία εμφανίζεται νωρίτερα στα κάτω άκρα και η προσβολή είναι σοβαρότερη σε σχέση με τα άνω άκρα.

Οι θεραπευτικοί στόχοι είναι η ανεξάρτητη και ασφαλής βάρδιση με ελάχιστη ενεργειακή κατανάλωση, η βελτίωση αντοχής και η βελτίωση του ρθμού και του προτύπου βάρδισης.

Οι ασκήσεις που ενδείκνυται για τη ΣΚΠ είναι οι διατάσεις, οι ασκήσεις όλου του εύρους κίνησης των αρθρώσεων, οι νευροαναπτυξιακές τεχνικές, η εκπαίδευση βάρδισης και οι λειτουργικές δραστηριότητες.

Τελικός στόχος των θεραπειών με τη κινητοποίηση-κινησιοθεραπεία των ατόμων με κινητικά ελλείμματα είναι να αποκτήσει το άτομο το υψηλότερο δυνατό επίπεδο αυτονομίας και να μπορεί να απολαμβάνει ξανά την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.

Παρόλο που η νόσος είναι γνωστή πάνω από 100 χρόνια δεν έχει βρεθεί ακόμη θεραπεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αναπηρία τώρα: Περιοδικό για μια απελευθερωτική και αξιοβίωτη αναπηρία (Τεύχη 12,15 1996-1997).
- Γυναικολογία και Μαιευτική – Δ. Λώλη (κεφ Νευρολογικές Παθήσεις και κύησης), Τόμος II 1998.
- Disabled – Άγχος και ΣΚΠ.
- Disabled – Αντιμετώπιση σπαστικότητας.
- Disabled – Η πάλη μου ενάντια στη ΣΚΠ.
- Disabled – Τι είναι η ΣΚΠ (2007).
- Disabled – Ο ρόλος του αναπηρικού καθίσματος στις μεταφορές.
- Disabled – Τοκετός, Λοχεία και ΣΚΠ.
- Ελληνική Εταιρεία Νευροεξελικτικής Αγωγής (Noesi.gr).
- Επιστημονικά θέματα – Η χρήση του ηλεκτρικού ερεθισμού.
- Health News: Πολλαπλή σκλήρυνση – Στην αναζήτηση της θεραπείας.
- Κένταυρος – Κέντρο φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης.
- Κινησιοθεραπεία – Σοφία Ιωάννου – Παπαδοπούλου (2006).
- In gr.health – Σεκι και ασθένεια.
- Μέθοδος Λειτουργικού Ερεθισμού (FES) – Αλέξανδρος Φαλκονάκης (2007).
- Ms Matter και Inside Ms, Επιστημονική Επιμέλεια ιατρός Μισέλ Αμμάρι, Μετάφραση χαρά Παπαδοπούλου.
- ΝΕΥΡΟΜΥΪΚΕΣ ΔΙΕΥΚΟΛΥΝΣΕΙΣ Σοφία Ιωάννου – Παπαδοπούλου (2005).
- New page 25. Kairis – Υδροθεραπεία.
- Pathfinder News – Υδροθεραπεία.
- Solution Medical Care. Σύγχρονες ιατρικές λύσεις (2007).
- Special Education – Συναισθηματικές Διαταραχές σε Ασθενείς με ΣΚΠ.
- Σύλλογος προστασίας αγέννητου παιδιού / προγεννητική φροντίδα – κύηση.
- Τεχνικές Νευρομυϊκής επανεκπαίδευσης / Στυλιανή Γ. Μηλιώτη (2004).
- Untitled Documents: Στρατηγικές αντιμετώπισης της ΣΚΠ.
- Φυσικοθεραπεία σε παθήσεις – κακώσεις ΚΝΣ (2002) Στυλιανός Κ. Ρόσμπογλου.

