

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ
ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ
ΠΛΑΚΑΣ**



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ: ΚΑΤΣΗ ΙΩΑΝΝΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΝΤΙΓΟΝΗ ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ

ΠΑΤΡΑ 2014

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ), αποτελεί μια χρόνια νόσο του νευρικού συστήματος που περιγράφηκε για πρώτη φορά πριν από έναν αιώνα περίπου και ακόμη δεν έχει εξακριβωθεί πλήρως η αιτιολογία της. Η πάθηση αυτή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, όμως οι περισσότεροι πάσχοντες εμφανίζουν τα πρώτα συμπτώματα στην παραγωγική ηλικία του ανθρώπου, δηλαδή 20 - 40.

Πρόκειται για αυτοάνοσο νόσημα, το οποίο χαρακτηρίζεται από αποδόμηση της μυελίνης στη λευκή ουσία του εγκεφάλου. Κύριο χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης ασθένειας είναι η δημιουργία πλακών στο κεντρικό νευρικό σύστημα με αποτέλεσμα την απώλεια της μυελίνης. Η μυελίνη είναι μια ουσία που βοηθά τη μεταφορά μηνυμάτων μεταξύ νευρών. Η απώλεια αυτής της ουσίας οδηγεί στη σκλήρυνση κατά πλάκας.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών εκδηλώνει την νόσο με τη μορφή εξάρσεων και υφέσεων και η συχνότητα των υποτροπών συνήθως ποικίλει. Είναι χρόνια ασθένεια και χρήζει νοσηλευτικής παρέμβασης κατά τη διάρκεια εκδήλωσης της νόσου. Η νοσηλευτική παρέμβαση και η νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή σε αυτή τη φάση είναι ιδιαίτερα σημαντικά στοιχεία.

Σήμερα παρατηρείται ένα συγκεκριμένο πλάνο ψυχικών διαταραχών όπου σύμφωνα με τους ψυχολόγους είναι μια μορφή αντίκτυπου της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας. Η ανάγκη του ασθενή να καλύψει ανάγκες που σχετίζονται με το ψυχολογικό υπόβαθρο είναι αυξημένη. Σημαντικός παράγοντας της παραπάνω αναφοράς είναι ο κοινωνικός στιγματισμός που επιδέχεται ο ασθενής υπό την μορφή των προκαταλήψεων όπου διακρίνεται σαν αναπόφευκτη ακολουθία του η απομόνωση του στον προσωπικό χώρο. Ο ασθενής θα πρέπει να αξιολογείται ως προς την συνολική του εικόνα (σωματικά και ψυχικά) προκειμένου να προλαμβάνεται τυχόν εκδήλωση ψυχικής πάθησης.

SUMMARY

Multiple sclerosis (MS) is a chronic disease of the nervous system. It was first described about a century yet its cause is still unknown. This condition can occur at any age, but most patients show symptoms between the ages of 20 and 40 years.

It is an auto-immune disease, characterized by degradation of the myelin in the white brain matter. The main feature of the disease is the plaque formation in the central nervous system resulting in the loss of myelin. Myelin is a substance which helps the transfer of messages between nerves.

The majority of patients develop the disease in the form of crises and remissions with the frequency of relapses usually varying. Multiple sclerosis is a chronic disease requiring nursing intervention during the outbreak. The nursing intervention and nursing care provided at this stage is very important.

Today, there is a specific plan for mental disorders where, according to psychologists is an impact form of Multiple Sclerosis. The need for the patient to meet needs associated with psychological background is increased. A main contributing factor is the social stigma associated to the disease exposing the patient to prejudice which leads to isolation. The patient should be evaluated both physically and mentally in order to prevent the occurrence of mental illness.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	i
SUMMARY	ii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ.....	2
ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ - ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ	2
1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	2
1.2 Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	2
1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	3
1.4 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	4
1.5 Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	6
1.6 ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	7
1.7 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	7
1.8 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	11
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΚΠ.....	11
2.1 ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ.....	11
2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ	11
2.2.1 ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	14
2.2.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΑΙΣΘΗΣΕΩΝ	14
2.2.3 ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	15
2.2.4 ΠΟΝΟΣ (ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΣ)	15
2.2.5 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ	15
2.2.6 ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ.....	16
2.2.7 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΦΙΓΚΤΗΡΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ.....	16
2.2.8 ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	16
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ	16
2.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ.....	19

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΤΗΣ ΣΚΠ	19
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ	19
3.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	19
3.3 ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ.....	19
3.4 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	20
3.6 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΟΣΟΥ	23
Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	24
4.1 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	24
4.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	24
4.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	29
4.4 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	31
5.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	31
5.2 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ.....	32
5.3 ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ	33
5.3.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	34
5.3.2 ΔΥΣΘΥΜΙΑ	35
5.3.3 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	36
5.3.4 ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ	37
5.3.4 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, ΕΝΤΟΝΟ ΣΤΡΕΣ.....	38
5.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ.....	41
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΠ.....	41
6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	41
6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	41
6.3 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΚΠ.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ	49
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	49
7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1.....	49
7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2.....	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	65
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	66

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πρώτη περιγραφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας (ΣΚΠ) έγινε από τον γάλλο ιατρό Jean Martin Charcot το 19^{οο} αιώνα στο Παρίσι. Κατά τη διάρκεια του 20^{οο} αιώνα υλοποιήθηκε πληθώρα ερευνών για να καθοριστεί η παθοφυσιολογία της εξεταζόμενης νόσου. Σημαντική βοήθεια στην έρευνα πρόσφερε η τεχνολογική εξέλιξη που υπάρχει.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας εκδηλώνεται σε χώρες με μεσογειακό κλίμα κυρίως και θεωρείται η πιο κοινή νευρολογική ασθένεια. Προσβάλλει περίπου 80.000 ανθρώπους στη Βρετανία και 250.000 στην Αμερική. Στην χώρα μας νοσούν πάνω από 8.000 άτομα. Τα συμπτώματα προκαλούνται από την απομυελίνωση, ουλές που εμφανίζονται στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Η καταστροφή στα νεύρα επέρχεται μετά από εκφυλισμό του μυελώδους ελύτρου του νευρίτου. Το μυελώδες έλυτρο είναι η λιπώδης ουσία που μονώνει τις νευρικές ίνες του νευρικού συστήματος. Ο ασθενής καταλήγει σε αναπηρική πολυθρόνα ή πεθαίνει.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται η νόσος, κάποια ιστορικά στοιχεία εμφάνισής της, η αιτιολογία, τα συμπτώματα, η παθοφυσιολογία, καθώς και η θεραπευτική αντιμετώπιση. Πρόκειται για χρόνια ασθένεια και αυτός είναι ο λόγος που χρειάζεται νοσηλευτική φροντίδα. Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται αναλυτικά η νοσηλευτική παρέμβαση και ο ρόλος του νοσηλευτή σε ξεχωριστό κεφάλαιο. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς χρόνιων παθήσεων, είναι καταλυτικός κυρίως όσον αφορά την ψυχολογία και την γενικότερη φροντίδα των ασθενών.

Διαβάζοντας την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας θα διαπιστώσουμε πώς μπορεί μια νευρολογική κατά βάση νόσος να επηρεάζει σταδιακά, σχεδόν τα περισσότερα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, κάνοντας τον ασθενή ανίκανο να συνεχίσει την ζωή του μη έχοντας αποκτήσει την πλήρη ίαση. Αυτός άλλωστε είναι και ο κύριος άξονας που επικεντρώνει το ενδιαφέρον του αναγνώστη, μέσα από την κατανόηση της φυσικής υπόστασης μιας νόσου να αναδείξουμε με πόση αμεσότητα βλάπτεται η ψυχική ισορροπία του ασθενή. Η Νοσηλευτική επιστήμη άλλωστε έχει υιοθετήσει επακριβώς τις αλληλοσύνδεες έννοιες του σώματος και της ψυχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ - ΓΕΝΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ

1.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣΚΠ) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης απομυελινωτική νόσος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ), αυτοάνοση νόσος, που χαρακτηρίζεται από την πολλαπλότητα των συμπτωμάτων της, τη διακύμανση της σοβαρότητας και της διάρκειάς τους και την απρόβλεπτη πορεία και εξέλιξή της και είναι πλήρως εξατομικευμένη. Τα άτομα που προσβάλλει βρίσκονται κυρίως στην πιο παραγωγική τους ηλικία, μεταξύ 20 έως 40 χρόνων. Βασικά στοιχεία της νόσου είναι ότι δεν είναι μεταδοτική ασθένεια, δεν είναι ψυχική ή νευρική διαταραχή, δεν είναι κληρονομική και προσβάλλει περισσότερο τη λευκή φυλή και τις γυναίκες. Η σκλήρυνση προκαλεί στους ασθενείς αρκετές λειτουργικές διαταραχές και αναπηρία με αποτέλεσμα οργανικό, ψυχολογικό, οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό κόστος στους ασθενείς.

1.2 Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η ιστορία της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας είναι εντυπωσιακή καθώς οι πρώτες ιστορικές αναφορές πάνω σε αυτήν έγιναν κατά το 14^ο αιώνα, ενώ η αναγνώρισή της ως ξεχωριστής ασθένειας έγινε τον 19^ο αιώνα. Η νόσος παρουσιάζεται αιώνες πριν, χωρίς σαφή ορισμό και μόλις πριν δύο αιώνες αναγνωρίστηκε ως ξεχωριστή νόσος, τα αίτια της οποίας δεν έχουν διευκρινιστεί πλήρως μέχρι και σήμερα. Στη συνέχεια παρουσιάζεται μια σύντομη ιστορική αναφορά της νόσου.

Η πρώτη γνωστή περιγραφή περιστατικού της εξεταζόμενης νόσου φαίνεται να είναι αυτή της St. Lidwina of Schiedam, η οποία έζησε το 14^ο αιώνα στη Γερμανία και ιστορικές αναφορές δείχνουν ότι έπασχε από μια ασθένεια με πολλά κοινά στοιχεία της σκλήρυνσης. Μετά από πτώση που είχε σε παγοδρομία, παρουσίασε πονοκεφάλους και περπατούσε με δυσκολία. Μέσα σε τρία χρόνια ήταν παραπληγική με μειωμένη όραση. Τα συμπτώματα, η ηλικία έναρξης (16 ετών) και η εξέλιξη της νόσου παραπέμπουν στην ΣΚΠ.

Επόμενη γνωστή αναφορά στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας παρουσιάζεται στο ημερολόγιο του Augustu D' Este, εγγονού του Γεωργίου του Γ', το 1822. Η νόσος του εκδηλώθηκε σε ηλικία 28 ετών μετά από ιλαρά με πρώτο σύμπτωμά το θάμβος όρασης. Η όρασή του επέστρεψε αλλά παρουσιάστηκαν συμπτώματα, όπως αδυναμία, μούδιασμα, δυσκολία στο περπάτημα, παραλυσία, κατάθλιψη, σπασμοί. Πέθανε σε ηλικία 54 χρονών, αναζητώντας μάταια θεραπεία.

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα υπάρχουν περιγραφές ασθενών που σίγουρα έπασχαν από τη νόσο. Οι γιατροί δεν αναγνώριζαν τι ακριβώς παρατηρούσαν και κατέγραφαν, αλλά τα στοιχεία, οι περιγραφές, οι αυτοψίες που έγιναν, «φωτογραφίζουν» τη ΣΚΠ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό του σκοτσέζου παθολόγου Robert Carswell, που το 1883, παρουσίασε μια σπονδυλική στήλη που είχε δει κατά την διάρκεια μιας αυτοψίας, σε υδατογραφία. Από τη μια πλευρά της, στον υγιή μυελό, υπήρχαν διασκορπισμένες κηλίδες σκληρυντικού και αποχρωματισμένου ιστού και χαρακτηριστικό είναι ότι ο ασθενής ήταν παράλυτος. Την ίδια χρονική περίοδο, ο Γάλλος γιατρός Jean Cruveilhier δημοσίευσε μια εικόνα με βλάβες στην σπονδυλική στήλη και στον εγκέφαλο 4 ασθενών.

Σημαντική προσπάθεια επιστημονικής περιγραφής της νόσου, είναι αυτή του γάλλου νευρολόγου Jean-Martin Charcot, καθηγητή παθολογικής ανατομίας στο Παρίσι, το 1868. Ο ιατρός αυτός, εξέτασε προσεκτικά μια νεαρή γυναίκα και συνέκρινε τα νευρολογικά της προβλήματα, στην ομιλία και στις κινήσεις των οφθαλμών της, με άλλους ασθενείς του. Όταν αυτή πέθανε, εξέτασε τον εγκέφαλό της και βρήκε τις χαρακτηριστικές πλάκες της ΣΚΠ. Ο καθηγητής κατέγραψε μια πλήρη περιγραφή της νόσου και των αλλαγών που προκαλεί στον εγκέφαλο του ασθενή και είναι αυτός που χρησιμοποίησε για πρώτη φορά τον όρο «σκλήρυνση κατά πλάκας».

Μεταγενέστερα, λίγο πριν τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, ένας τύπος ΣΚΠ αναπτύχθηκε σε ζώο από μελέτες εμβολίων. Το 1935 ο Thomas Rivers στη Νέα Υόρκη, ενίοντας μυελίνη σε πειραματόζωα του εργαστηρίου του προήγαγε το ανοσοποιητικό τους σύστημα να επιτεθεί στη δική του μυελίνη, προκαλώντας μια νόσο παρόμοια με την ΣΚΠ.

Σημαντικό γεγονός εξέλιξης της νόσου είναι η ίδρυση εταιρειών για τη ΣΚΠ σε όλο τον κόσμο. Η ίδρυσή τους ξεκίνησε στη δεκαετία του 1940. Οι σύλλογοι αυτοί είναι υπεύθυνοι για την ενημέρωση, τη διευκόλυνση, την προσφορά υπηρεσιών στους πάσχοντες αλλά και σε όσους ενδιαφέρονται για τη ΣΚΠ. Η Διεθνής Ομοσπονδία των Εταιρειών για τη ΣΚΠ δημιουργήθηκε το 1967 με σκοπό τον παγκόσμιο συντονισμό της έρευνας και της πληροφόρησης (<http://homepages.Pathfinder.gr>).

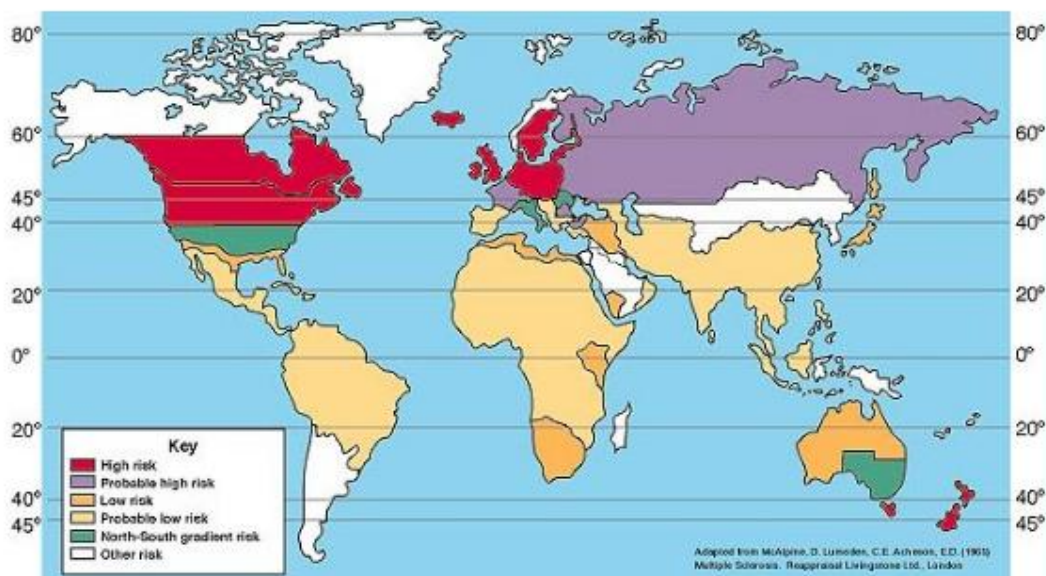
Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια ταξινόμησης της ΣΚΠ, με διαγνωστικά εργαλεία όπως αυτό του Schumacher το 1962 και του Poser το 1983. Το 1978 γίνεται λόγος για τις παθολογοανατομικές - παθοφυσιολογικές διεργασίες της νόσου και τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του '90 χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά η Μαγνητική Τομογραφία σε ασθενή με ΣΚΠ. Το 1993 εγκρίθηκε η βήτα - ιντερφερόνη σαν το πρώτο φάρμακο που μπορεί να μεταβάλει την πορεία της νόσου. Αργότερα, ο Mc Donald και συνεργάτες του πρότειναν νέα διαγνωστικά κριτήρια, τα οποία και ίσχυαν μέχρι πρότινος. Το 2005 διενεργήθηκε μια αναθεώρηση των κριτηρίων του 2001 από την διεθνή επιτροπή για τη διάγνωση της ΣΚΠ (International Panel on the Diagnosis of Multiple Sclerosis).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας είναι χρόνια ασθένεια του κεντρικού νευρικού συστήματος. Πρόκειται για μία αυτοάνοση νόσο κατά την οποία ο οργανισμός δεν αναγνωρίζει τη μυελίνη, μία ουσία των νευρικών κυττάρων, και προσπαθεί να την καταπολεμήσει. Αποτελεί την επεισοδιακή εμφάνιση νευρολογικών συμπτωμάτων σε νεαρούς ενήλικες, εφήβους και λιγότερο στη μέση ηλικία. Το υπόστρωμά της χαρακτηρίζεται από απώλεια της μυελίνης, του περιβλήματος του νευρικού κυττάρου, γλοίωση στη λευκή ουσία του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, που δημιουργούν χαρακτηριστικές πλάκες απομυελίνωσης.

Σύμφωνα με έναν άλλον ορισμό, σκλήρυνση κατά πλάκας είναι μία χρόνια νευρολογική πάθηση που ανήκει στην κατηγορία των απομυελινωτικών νόσων. Παρατηρείται σταδιακή καταστροφή της μυελίνης και πιο συγκεκριμένα του περιβλήματος των νευρών που βοηθά στην προστασία καθώς και στη μετάδοση των νευρικών ώσεων. Αυτό προκαλεί διαταραχή στη μετάδοση των ερεθισμάτων κατά μήκος ενός νευρού. Η ονομασία της νόσου αυτής προκύπτει από τις πολλαπλές ουλές πάνω στην μυελίνη που προκαλεί η ΣΚΠ.

Σύμφωνα με έρευνες παρατηρείται μια ιδιαίτερη γεωγραφική κατανομή της πάθησης ανά τον κόσμο. Η επίπτωσή της αυξάνεται με την αύξηση του γεωγραφικού πλάτους όπως φαίνεται αναλυτικά στην παρακάτω εικόνα.



Εικόνα 1 Παγκόσμια διασπορά της ΣΚΠ

McAlpine D., Lumsden C.E., Acheson E.D. (Eds). Multiple sclerosis. A Reappraisal (2nd edition) Edinburgh, Churchill Livingstone (101-103), 1972

1.4 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η ακριβής αιτιολογία της σκλήρυνσης κατά πλάκας δεν είναι γνωστή. Η κληρονομικότητα συμμετέχει σε έναν βαθμό και πιο συγκεκριμένα ο κίνδυνος σε πρώτου βαθμού συγγενή ασθενούς είναι 2 έως 4 φορές μεγαλύτερος από αυτό του γενικού πληθυσμού. Επίσης υπάρχει τάση συσχέτισης με τα αντιγόνα HLA DR2 και DW2. Οι έρευνες σχετικά με την ανοσιακή αιτιολογία της ΣΚΠ δεν έχουν αποδώσει καρπούς, προς το παρόν.

Αρκετοί περιβαλλοντικοί παράγοντες ενεργοποιούν μία αυτοάνοση διαδικασία σε άτομα με γενετική προδιάθεση. Ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου εξαρτάται από τον τόπο διαμονής και πιο συγκεκριμένα από τον τόπο που οι άνθρωποι έζησαν τα πρώτα 15 χρόνια της ζωής τους. Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου είναι η φυλή, το επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, οι ώρες ηλιοφάνειας και η συγγένεια προς τους πάσχοντες από τη νόσο.

Είναι σαφές ότι οι αιτίες που προκαλούν την σκλήρυνση κατά πλάκας δεν είναι ξεκάθαρες, αλλά όλα δείχνουν πως πρόκειται για συνδυασμό διαφόρων κληρονομικών και επίκτητων παραγόντων. Οι απόψεις των ερευνητών περί της εξεταζόμενης ασθένειας δίστανται. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι πρόκειται για μια μεταβολική ασθένεια και κάποιοι άλλοι ότι προέρχεται από κάποιο ιό. Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ορισμένα κύρια και σταθερά ευρήματα για τους παράγοντες που σχετίζονται με τη νόσο και παρουσιάζονται αναλυτικά παρακάτω:

Γεωγραφικό πλάτος. Προκύπτει ότι η συχνότητα εμφάνισης μεγαλώνει όσο μεγαλώνει η απόσταση από τον Ισημερινό, τόσο προς το βόρειο όσο και προς το

νότιο ημισφαίριο. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου χαρακτηρίζεται ως υψηλός όταν υπάρχουν 30 έως 80 περιπτώσεις ανά 100.000 κάτοικους, μέτριος όταν υπάρχουν 5 έως 25 περιπτώσεις ανά 100.000 και χαμηλός εάν τα περιστατικά είναι λιγότερα από 5 ανά 100.000. Στην Ελλάδα οι επιδημιολογικές μελέτες είναι λίγες και δεν περιλαμβάνουν πλήρη στοιχεία.

Η νόσος εμφανίζεται πιο συχνά στις εύκρατες κλιματικές ζώνες, σε οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες και είναι πολύ πιο σπάνια στις τροπικές περιοχές. Υψηλό ποσοστό επίπτωσης παρατηρείται σε γεωγραφικό πλάτος 44 και 64 μοιρών (> 30 ασθενείς/100000 πληθυσμού). Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, η επίπτωση της σκλήρυνσης κατά πλάκας αυξάνεται με το γεωγραφικό πλάτος. Στην Ιαπωνία και στις περισσότερες ασιατικές χώρες παρατηρείται χαμηλή επίπτωση. Το ίδιο ισχύει και για την Νότιο Αμερική, το Μεξικό, και την Αφρική. Η επίπτωση στο Ηνωμένο Βασίλειο υπολογίζεται σε 80 - 100 ανά 100.000 κατοίκους και παρουσιάζει αύξηση στη Σκωτία. Το υψηλότερο αναφερόμενο ποσοστό είναι 300 ανά 100.000 κατοίκους και καταγράφηκε στις νήσους Orkney.

Στην Ελλάδα η επίπτωση είναι 1,79 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους και ο επιπολασμός 29,5 ανά 100.000.

Ηλικία. Η συγκεκριμένη νόσος είναι μια κοινή νευρολογική διαταραχή που προσβάλλει κυρίως νεαρά ενήλικα άτομα. Μπορεί όμως να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Περισσότεροι από 2,5 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, ηλικίας μεταξύ 20 έως 40 ετών πάσχουν από ΣΚΠ. Στην Ευρώπη, πάσχουν πάνω από 500.000 άτομα, στις ΗΠΑ 400.000 περίπου και στην Ελλάδα 8.000 ασθενείς.

Το φύλο επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της ΣΚΠ. Παρουσιάζεται συχνότερα στις γυναίκες, σχεδόν διπλάσιες γυναίκες νοσούν έναντι των ανδρών, με μια δραστηριότητα που εξαφανίζεται σχεδόν στη διάρκεια της κύησης και αυξάνει κατά τη λοχεία. Σε αυτό το σημείο αξίζει να αναφερθεί ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση της συχνότητας της νόσου στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, ώστε από την αναλογία 2 προς 1, που ήταν το 1940, το 2000 έφθασε στο 4 προς 1 στις ΗΠΑ. Παρατηρείται μία αύξηση της τάξης του 50% ανά δεκαετία. Δεν είναι ακόμα γνωστοί οι λόγοι αυτής της αύξησης.

Στην βόρεια Ελλάδα, ο μέσος όρος επίπτωσης είναι 1,79 ανά 100.000 κατοίκους, ο επιπολασμός 29,5 ανά 100.000 και ο λόγος μεταξύ γυναικών και ανδρών είναι 1,3 προς 1 (Αθανασιάδης, 2000). Στην νότια Ελλάδα παλαιότερη μελέτη έδειχνε επιπολασμό 10 ανά 100.000. Ο επιπολασμός της ΣΚΠ αυξήθηκε από 10.1 προς 100.000 το 1984 στην βορειοανατολική Ελλάδα, σε 119.61 προς 100.000 το 2006 στη δυτική Ελλάδα. Επίσης η επίπτωση στη δυτική Ελλάδα από 2.71 προς 100.000 στη περίοδο 1984-1989, αυξήθηκε σε 10.73 προ100.000 στην περίοδο 2002-2006 (Αθανασιάδης, 2000). Με αυτά τα δεδομένα, η δυτική Ελλάδα ανήκει σε περιοχή υψηλότερου κινδύνου για την ανάπτυξη ΣΚΠ, σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη.

Μετανάστευση. Έχει διαπιστωθεί ότι η εμφάνιση της νόσου επηρεάζεται και από τον τόπο διαμονής στην παιδική ηλικία. Αν κάποιος διαμένει σε περιοχή υψηλού κινδύνου για σκλήρυνση κατά πλάκας στα παιδικά και εφηβικά του χρόνια, διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσει τη νόσο ακόμη και αν μεταναστεύσει στην συνέχεια σε περιοχή με χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Φαίνεται ότι η μετανάστευση επηρεάζει την επίπτωση και εναρμονίζεται με τον τόπο διαμονής, με βάση τα δεδομένα των Dean και Kurtzke, η ηλικία των 15 ετών φαίνεται να είναι καθοριστική, αφού αν η μετανάστευση γίνει μετά την ηλικία των 15 ετών, ο κίνδυνος ανάπτυξης της νόσου στους μεταναστεύοντες είναι ίσος με εκείνο που επικρατεί στον τόπο γέννησης τους.

Το οικογενειακό ιστορικό φαίνεται επίσης πως παίζει σημαντικό ρόλο στην επίπτωση. Ο μέσος κίνδυνος σε συγγενείς πρώτου, δεύτερου και τρίτου βαθμού υπολογίζεται στο 15% και μειώνεται από τα αδέρφια, προς τα παιδιά, θείες, θείους, και ξαδέλφια. Ο κίνδυνος για τα αδέρφια υπολογίζεται στο 3-5%. Το ίδιο ποσοστό κινδύνου αναφέρεται και για τους διζυγωτικούς διδύμους, ενώ για τους μονοζυγωτικούς ανεβαίνει στο 20% έως και 38% .

Λοιμώξεις. Έχει διαπιστωθεί μια συσχέτιση της εμφάνισης της νόσου με λοιμώξεις από ορισμένους ιούς, όπως ο ιός Epstein Barr που προκαλεί λοιμώδη μονοπυρήνωση.

Η φυλή φαίνεται να παίζει μεγάλο ρόλο στην επίπτωση της νόσου. Μεγαλύτερη συχνότητα απαντάται στην λευκή φυλή σε σχέση με την μαύρη και την κίτρινη φυλή. Ο επιπολασμός της νόσου είναι μικρότερος από 1 στους 100000 στις περιοχές γύρω από τον ισημερινό.

Συνύπαρξη με άλλα νοσήματα. Μπορεί η νόσος να συνυπάρχει με άλλα νοσήματα όπως η ραγοειδίτιδα, η θυρεοειδοπάθεια και άλλα αυτοάνοσα νοσήματα.

Βιταμίνη D. Τελευταία μελέτη από το Πανεπιστήμιο του Harvard έχει δείξει ότι η διαμονή σε χώρες με χαμηλή ηλιοφάνεια, όπου τα επίπεδα της βιταμίνης D στον οργανισμό είναι χαμηλά, αυξάνει το κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Υπάρχει θεραπευτική αγωγή με ενίσχυση της βιταμίνης D στον οργανισμό του ασθενή, με θετικά αποτελέσματα.

Το κάπνισμα ενοχοποιείται για πολλά νοσήματα. Έρευνες δείχνουν ότι η εμφάνιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας επηρεάζεται από το κάπνισμα. Το ερώτημα που τίθεται είναι γιατί το κάπνισμα είναι αιτία αυξημένου κινδύνου για την ΣΚΠ. Το κάπνισμα προκαλεί φλεγμονή στο ενδοθήλιο των αιμοφόρων αγγείων. Η φλεγμονή στα κύτταρα αυτά προκαλεί βλάβες που με την σειρά τους μπορούν να προκαλέσουν άλλες διαταραχές στον οργανισμό. Η φλεγμονή των κυττάρων του ενδοθηλίου μπορεί να προκαλέσει το ανοσολογικό σύστημα του οργανισμού, να παράγει αντισώματα εναντίον του ίδιου του σώματος του ασθενούς. Η παθολογική αυτή κατάσταση είναι αιτία αυτοάνοσων νόσων. Μια άλλη υποψία είναι ότι το κάπνισμα προκαλώντας βλάβη στο ενδοθήλιο των αγγείων καθιστά δυνατή την διέλευση από τα αγγεία προς το νευρικό σύστημα τοξικών ουσιών που προκαλούν βλάβες στον εγκέφαλο.

1.5 Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣΚΠ) είναι μια χρόνια, αυτοάνοση, φλεγμονώδης και νευροεκφυλιστική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος, η οποία εκτιμάται ότι προσβάλλει έως 2,5 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως. Συνιστά την κύρια αιτία αναπηρίας σε άτομα νεαρής και μέσης ηλικίας στον αναπτυγμένο κόσμο.

Το 2008, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) εκτίμησε ότι ο διάμεσος παγκόσμιος επιπολασμός της σκλήρυνσης κατά πλάκας ήταν 30 περιστατικά ανά 100.000 άτομα (εύρος: 5–80). Ο επιπολασμός ποικίλλει σημαντικά και εκτείνεται σε περιοχές με χαμηλό επιπολασμό στην κεντρική Ασία (<5 περιστατικά ανά 100.000 άτομα) σε περιοχές με υψηλό επιπολασμό στην Αυστραλία, τον Καναδά, τις Η.Π.Α. και την Ευρώπη (>60 περιστατικά ανά 100.000 άτομα). Η σκλήρυνση κατά πλάκας συνήθως εκδηλώνεται στη νεαρή ενήλικη ζωή και προσβάλλει σχεδόν διπλάσιο αριθμό γυναικών συγκριτικά με τους άνδρες.

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η μέση ηλικία εκδήλωσης της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι τα 29 έτη. Κατά την αρχική εκδήλωση, οι περισσότεροι ασθενείς σε ποσοστό

85%, εμφανίζουν υποτροπιάζουσα διαλείπουσα σκλήρυνση κατά πλάκας. Η υποτροπιάζουσα διαλείπουσα σκλήρυνση κατά πλάκας χαρακτηρίζεται από απρόβλεπτα οξέα επεισόδια νευρολογικών συμπτωμάτων, τα οποία ακολουθούνται από περιόδους ύφεσης, κατά τη διάρκεια των οποίων εμφανίζεται πλήρης ή μερική αποκατάσταση των ελλειμμάτων που προκλήθηκαν κατά τη διάρκεια της υποτροπής. Τα δύο τρίτα περίπου των ασθενών αυτών θα εμφανίσουν δευτεροπαθώς προϊούσα σκλήρυνση κατά πλάκας σε διάστημα 25 ετών, η οποία χαρακτηρίζεται από σταδιακή αύξηση της αναπηρίας στο μεσοδιάστημα των υποτροπών και ακολουθείται από επιδείνωση της αναπηρίας απουσία υποτροπών.

1.6 ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η ΣΚΠ είναι μια φλεγμονώδης διαταραχή, στην οποία η αυτοάνοση απάντηση με στόχο τις πρωτεΐνες της μυελίνης στο κεντρικό νευρικό σύστημα οδηγεί στην καταστροφή του ελύτρου της μυελίνης που περιβάλλει τους άξονες των νευρώνων. Οι αυτοάνοσες διεργασίες διαμεσολαβούνται από αυτοαντιδρώντα λεμφοκύτταρα, τα οποία ενεργοποιούνται, πολλαπλασιάζονται και ωριμάζουν στους λεμφαδένες. Στη συνέχεια, τα λεμφοκύτταρα αυτά εξέρχονται στο αίμα και διαπερνούν τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό στο κεντρικό νευρικό σύστημα, όπου προκαλούν εντοπισμένη φλεγμονή, απομυελίνωση, γλοίωση και απώλεια των αξόνων.

Οι παθολογικές μεταβολές που αποτυπώνονται στη μαγνητική τομογραφία ως βλάβες του κεντρικού νευρικού συστήματος είναι τα «σημεία αναφοράς» της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Η ιστική βλάβη που προκαλείται από τη φλεγμονή εκδηλώνεται στα πρώιμα στάδια της νόσου και μπορεί να αντισταθμιστεί σε κάποιο βαθμό από ενδογενείς μηχανισμούς αποκατάστασης, όπως είναι η επαναμυελίνωση και η επανανεύρωση. Ωστόσο, όσο η ασθένεια επιδεινώνεται, οι διεργασίες αποκατάστασης του κεντρικού νευρικού συστήματος αρχίζουν να αποτυγχάνουν και η προοδευτική μη αναστρέψιμη νευροεκφύλιση οδηγεί σε αναπηρία.

1.7 ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η πορεία και εξέλιξη της νόσου διαφέρει στο σύνολο των ασθενών και για το λόγο αυτό έχουν προσδιοριστεί τέσσερις κύριες μορφές της νόσου, οι οποίες αναλύονται παρακάτω.

Υποτροπιάζουσα μορφή: Η εξέλιξη της νόσου είναι από την αρχή προοδευτική, με σαφείς υποτροπές, αλλά με συνεχή επιδείνωση, μεταξύ των υποτροπών. Πιο συγκεκριμένα σε αυτή τη μορφή της νόσου ένα οξύ επεισόδιο διαρκεί λίγες βδομάδες και ακολουθείται από σχεδόν πλήρη ύφεση ή βελτίωση. Συνήθως, μία οξεία έξαρση κορυφώνεται μετά από μερικές μέρες ή εβδομάδες και ακολουθείται από ύφεση, κατά την οποία τα συμπτώματα και τα αντικειμενικά σημεία βελτιώνονται ή εξαφανίζονται. Η μορφή αυτή, ανταποκρίνεται στην ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοστεροειδών που ελαττώνουν ή εξαφανίζουν τα συμπτώματα γρήγορα και έχει λιγότερες πιθανότητες να μην αφήσει υπόλειμμα, τουλάχιστον στα αρχικά επεισόδια.

Δευτερογενώς προϊούσα μορφή: Αρχικά η νόσος χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις, αλλά με την πάροδο του χρόνου επικρατεί κυρίως προοδευτική εξέλιξη. Η υποτροπιάζουσα μορφή, παρουσιάζει ολοένα και συχνότερες εξάρσεις οι οποίες δεν

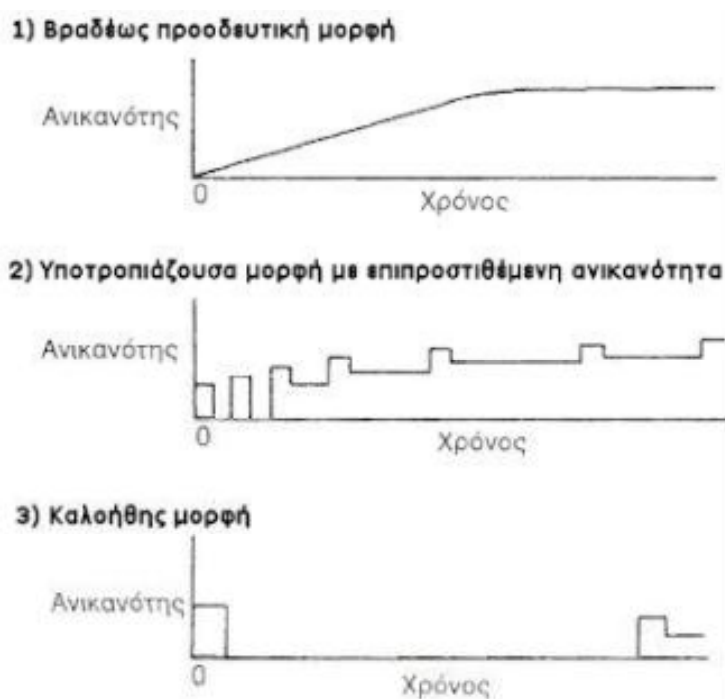
ακολουθούνται από πλήρη βελτίωση, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση υπολείμματος και μία πορεία ελαφρώς προοδευτική.

Πρωτογενώς προϊούσα μορφή: Η μορφή αυτή αφορά στο 15% των ασθενών και ιδίως αυτούς που εμφανίζουν τη νόσο μετά την ηλικία των 40. Χαρακτηρίζεται από σταθερά προϊούσα συσσώρευση νευρολογικών υπολειμμάτων. Πρόκειται για μια εξελισσόμενη πορεία της νόσου, προοδευτική επιδείνωση της νόσου, με ενδιάμεσες περιόδους σταθερότητας. Παρατηρείται συνήθως στην όψιμη έναρξη της νόσου. Είναι η πιο δύσκολη μορφή διότι ανταποκρίνεται λιγότερο στις διάφορες θεραπείες.

Διαλείπουσα μορφή: Μορφή με εξάρσεις και υφέσεις. Η συγκεκριμένη μορφή της νόσου αφορά στο 15% των περιπτώσεων ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας που δε θα εμφανίσουν κλινικά καινούριο επεισόδιο, αν και η μαγνητική τομογραφία μπορεί να δείχνει εστίες διαφόρου ηλικίας σαφώς καθοριζόμενες υποτροπές (ώσεις: επεισόδια νευρολογικής διαταραχής, τα οποία συνοδεύονται από αντικειμενικά κλινικά ευρήματα, με ελάχιστη διάρκεια 24 ώρες - προϋπόθεση αποτελεί να μεσολαβούν 30 τουλάχιστον ημέρες μεταξύ δύο ώσεων), με πλήρη ή μερική αποκατάσταση (υπολειπόμενο έλλειμμα). Μεταξύ των υποτροπών παρατηρείται σταθερότητα της κλινικής κατάστασης.

Επίσης, η ΣΚΠ διακρίνεται σε *καλοήθη*, κατά την οποία ο ασθενής παραμένει λειτουργικός ακόμα και 15 χρόνια μετά την έναρξη, με σπάνιες προσβολές και σε *κακοήθη*, κατά την οποία σύντομα ο ασθενής οδηγείται στην αναπηρία, ακόμα και τον θάνατο.

Σε σπάνιες περιπτώσεις είναι κλινικά σιωπηλή, με τις απομυελινωτικές πλάκες να διαπιστώνονται κατά την νεκροτομή ατόμων που δεν εμφάνισαν προφανές κλινικό σύμπτωμα κατά τη διάρκεια της ζωής τους ή τυχαία, κατά τον απεικονιστικό έλεγχο του εγκεφάλου, για άλλους λόγους.



Σχήμα 1: Η πορεία της ασθένειας ανάλογα με την μορφή με την οποία αυτή παρουσιάζεται

Αν και τα κλινικά σημεία ποικίλουν, μπορούμε να αναγνωρίσουμε αρκετά πρότυπα καθώς υπάρχει η καλοήθης μορφή, η μορφή με εξάρσεις-υφέσεις, η προϊούσα μορφή με εξάρσεις και η χρόνια προϊούσα μορφή. Η κλινική έναρξη στο 80% των ασθενών εκδηλώνεται με επεισοδιακά νευρολογικά συμπτώματα, πολυεστιακά ή ανατομικώς διακριτά, από τα οποία ο ασθενής αρχικά αναρρώνει πλήρως. Μια εστιακή βλάβη μπορεί να επηρεάσει την όραση, ή να επιφέρει αίσθηση μουδιάσματος σε ένα άκρο. Τυπικά τα επόμενα επεισόδια εμφανίζονται με τυχαία συχνότητα και για απροσδιόριστη χρονική περίοδο και αφορούν στις ίδιες ή διαφορετικές περιοχές του ΚΝΣ. Ο ρυθμός και η σοβαρότητα της εξέλιξης της νόσου μπορεί να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των ασθενών, πολλοί από τους οποίους (20-30%) συνεχίζουν να εργάζονται για 20-25 έτη μετά την έναρξη της νόσου και με ελάχιστα γνωσιακά προβλήματα. Όσο καθυστερεί η εμφάνιση νέων συμπτωμάτων μετά την έναρξη της νόσου, τόσο πιθανότερο είναι να είναι η πορεία της νόσου καλοήθης.

Αν υπάρχουν όμως συχνές εξάρσεις, τότε μπορεί να παρουσιαστεί μια χρόνια και προϊούσα μορφή της νόσου. Στο 10% των ασθενών η νόσος είναι προϊούσα από την έναρξή της και σχεδόν πάντα προσβάλλεται στις περιπτώσεις αυτές ο νωτιαίος μυελός. Μπορεί επίσης να προσβληθούν τα οπτικά νεύρα, τα εγκεφαλικά ημισφαίρια και το εγκεφαλικό στέλεχος. Αυτή η πορεία της νόσου τείνει να σχετίζεται με την έναρξη της νόσου σε μεγαλύτερη ηλικία και η νόσος εξελίσσεται χωρίς εξάρσεις ή υφέσεις. Τα νέα συμπτώματα εκδηλώνονται δύο φορές πιο συχνά κατά μέσο όρο από ότι στη μορφή με τις εξάρσεις και τις υφέσεις. Οι γνωσιακές λειτουργίες είναι πιθανότερο ότι θα επηρεαστούν πιο σοβαρά στη χρόνια προϊούσα μορφή της ΣΚΠ από ότι στη μορφή με εξάρσεις και υφέσεις.

Σε πληθυσμιακές μελέτες, σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή στο 1/3 των ασθενών η νόσος είναι σε αδρανή σχετικά κατάσταση και τα άτομα δεν έχουν ιδιαίτερες αναπηρίες, το άλλο 1/3 επιδεινώνεται αργά και οι υπόλοιποι είναι σε σταθερή κατάσταση, αλλά με ανικανότητες μετά από χρόνια νόσηση. Η ΣΚΠ τείνει να επηρεάζει την ποιότητα ζωής, παρά τη διάρκειά της. Το προσδόκιμο επιβίωσης μειώνεται λίγο στα άτομα με ΣΚΠ. Σε άτομα με σοβαρές αναπηρίες όμως η πιθανότητα αποβίωσης είναι τετραπλάσια από ότι στον γενικό πληθυσμό (Αθανασιάδης, 2000).

1.8 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η αιτιολογία της εξεταζόμενης νόσου είναι πολυπαραγοντική και τα σαφή της αίτια δεν έχουν οριστεί ακόμη. Πάραυτα, έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες και έχουν ενοχοποιηθεί πληθώρα ιών και εμβολίων. Φαίνεται ότι κάποιος άγνωστος παράγοντας ενεργοποιεί το ανοσολογικό σύστημα, το οποίο αρχικά δρα εναντίον της μυελίνης των νευραξόνων, διαδικασία που έχει ως αποτέλεσμα την απομυελίνωση.

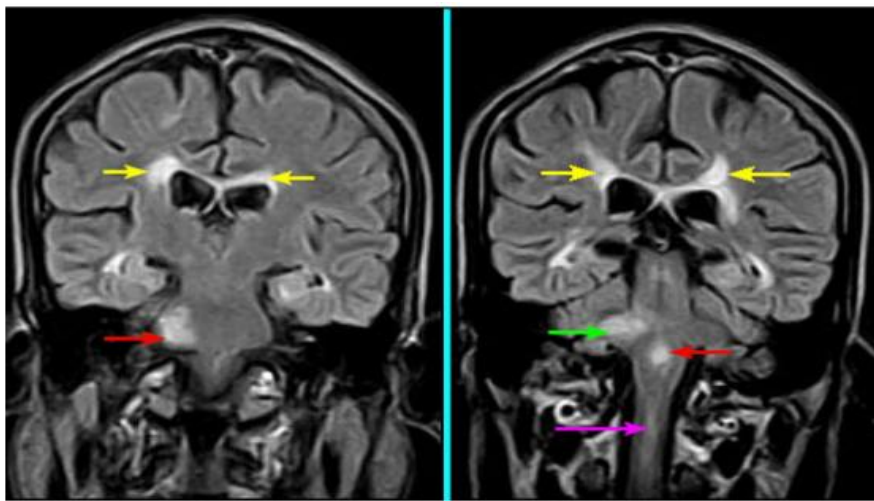
Σήμερα γνωρίζουμε θετικά ότι η μυελινική νέκρωση παράγεται από την δράση αυτοαντισωμάτων αντιμυελινικών, άρα πρέπει να υπάρχει κάποιος παράγοντας της αυτοανοσοποίησης, ο οποίος δεν απομονώθηκε. Υπάρχει, επίσης, μια κληρονομική ιστική προδιάθεση. Σήμερα όλο και πιο πολλά στοιχεία συγκεντρώνονται υπέρ της άποψης ότι η αιτία της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι ιός. Επειδή όμως ο ιός δεν κατορθώθηκε να απομονωθεί στο νευρικό ιστό της σκλήρυνσης κατά πλάκας και οι προσπάθειες να μεταδώσουμε την πάθηση σε πειραματόζωα απέτυχε, υποθέτουμε ότι ο ιός δεν είναι παρών στην διάρκεια της πάθησης. Καταλήγουν λοιπόν αρκετοί επιστήμονες στο συμπέρασμα ότι η μόλυνση με ιούς έγινε στην ηλικία ανάμεσα στα

10 με 15 χρόνια. Οι ιοί αυτοί παρουσιάζοντας μια δυνατή συγγένεια με τη μυελίνη απορροφώνται από τα στοιχεία της. Τότε οι ιογενείς αυτοί σχηματισμοί, ενώ φαγοκυτταρώνονται από τα μακροφάγα κύτταρα, μετατρέπονται σε αντιγόνα τα οποία προκαλούν από τον οργανισμό αυτοαντισώματα και επειδή αυτοί οι σχηματισμοί περιέχουν λευκώματα της μυελίνης, τα δημιουργημένα αυτοαντισώματα δρουν εναντίον της ίδια της μυελίνης και την καταστρέφουν.

Με την πάροδο του χρόνου όμως καταστρέφονται οι νευράξονες και τα ολιγοδενδροκύτταρα. Η απομυελινωτική πλάκα στην λευκή ουσία του εγκεφάλου είναι το παθολογοανατομικό χαρακτηριστικό της ΣΚΠ (οι απομυελινωτικές πλάκες εντοπίζονται κατά κύριο λόγο περικοιλιακά, στο εγκεφαλικό στέλεχος και στο νωτιαίο μυελό), το οποίο στην οξεία φάση χαρακτηρίζεται από περιαγγειακή διήθηση με πλασματοκύτταρα, ενεργοποιημένα μακροφάγα γεμάτα με θραύσματα μυελίνης και ενεργοποιημένα T-λεμφοκύτταρα. Τα T- κύτταρα ενοχοποιούνται σε μεγάλο βαθμό για την παθογένεση της πλάκας, αλλά, τα τελευταία χρόνια, η έρευνα εστιάστηκε στη συμμετοχή και των B κυττάρων.

Η αρχική υπόθεση που ενοχοποιούσε το εμβόλιο της ηπατίτιδας, ανατράπηκε από μεταγενέστερη μελέτη. Επίσης, για την παθογένεια της νόσου ενοχοποιήθηκε ο ιός που προκαλεί την λοιμώδη μονοπυρήνωση. Παρόμοιες αναφορές έχουμε και για τους ερπητοϊούς. Έχουν γίνει αναφορές ακόμη και για πιθανό ρόλο της βιταμίνης D και της ηλιακής έκθεσης.

Στην εικόνα που ακολουθεί διαφαίνονται οι απομυελινωτικές πλάκες που προκαλεί η ασθένεια.



Εικόνα 2. MRI εγκεφάλου. Φαίνονται οι απομυελινωτικές πλάκες (βέλη).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΚΠ

2.1 ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ

Η ΣΚΠ θεωρείται αυτοάνοση νόσος που προσβάλλει άτομα με γενετική προδιάθεση. Δεδομένης της γενετικής, κλινικής και απεικονιστικής της ετερογένειας, είναι πιθανόν να εμπλέκονται στην εκδήλωσή της περισσότεροι του ενός παθογενετικοί μηχανισμοί, γεγονός που περιπλέκει πολύ και την θεραπευτική προσέγγισή της. Το χαρακτηριστικό της νόσου είναι η απομυελίνωση που υφίσταται το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, δηλαδή η απώλεια της μυελίνης σε ποικίλα τμήματά του, με συνέπεια την εκδήλωση νευρολογικών διαταραχών. Οι βλάβες αυτές καλούνται «πλάκες» και στις χρόνιες περιπτώσεις είναι συνήθως πολυάριθμες. Η φαιά ουσία μπορεί επίσης να προσβληθεί αλλά σε μικρότερο βαθμό. Η εντόπισή των «πλάκων» είναι τυχαία, αλλά φαίνεται ότι προτιμούνται κυρίως οι περιοχές γύρω από τις πλάγιες κοιλίες των ημισφαιρίων και αυτές των οπτικών οδών.

Πρόκειται, λοιπόν, για μια αυτοάνοση διαταραχή που έχει σαν τελικό αποτέλεσμα τη δημιουργία αντισωμάτων κατά της βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης, τα οποία καταστρέφουν συγκεκριμένες περιοχές κάθε φορά, τις λεγόμενες εστίες ή πλάκες. Η μυελίνη είναι απαραίτητη στη μεταφορά πληροφοριών από τον έναν νευρώνα στον άλλον και η καταστροφή της προκαλεί διακοπή επικοινωνίας των τμημάτων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και αδυναμία σωστής λειτουργίας του εγκεφάλου.

Πιο συγκεκριμένα, η απομυελίνωση προκαλεί διαταραχή αγωγιμότητας της νευρικής ώσεως. Αρχικά προκαλείται αποκλεισμός αγωγής και μεταβολές στη θερμοκρασία. Η απομυελίνωση είναι η εκφύλιση της θήκης της μυελίνης που οφείλεται σε μια φλεγμονώδη επεξεργασία, με το νευράξονα να χάνει το περίβλημα. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση συμπτωμάτων.

Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των βλαβών στη ΣΚΠ είναι η περιαγγειακή φλεγμονή που οδηγεί στην καταστροφή της μυελίνης και στην αύξηση της νευρογλοίας.

Οι πλάκες μπορούν να προσβάλλουν οποιοδήποτε μέρος του ΚΝΣ. Εμφανίζονται συνήθως στο όριο λευκής φαιάς ουσίας στα εγκεφαλικά ημισφαίρια, στις περικοιλιακές περιοχές, στη λευκή ουσία της παρεγκεφαλίδας, στα οπτικά νεύρα και στην αυχενική μοίρα του νωτιαίου μυελού. Οι νευρικές ώσεις γίνονται με δυσκολία και αυτό προκαλεί κόπωση στους ασθενείς. Επίσης, μπορεί να παράγουν αυθόρμητα ερεθίσματα, κάτι που εξηγεί τις δυσάρεστες διαταραχές της αισθητικότητας των ασθενών. Τέλος, παρατηρείται από τους ασθενείς αυξημένη ευαισθησία στη θερμοκρασία, κάτι που επίσης προκαλείται από την απομυελίνωση.

Η μαγνητική τομογραφία μπορεί να απεικονίσει καλύτερα την εμπλοκή του νευρικού συστήματος από την κλινική εξέταση.

2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Η ΣΚΠ είναι μια πάθηση με πολλές μεταβολές. Η απομυελίνωση που προκαλείται, προσβάλλει τα κινητήρια και αισθητήρια νεύρα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την δυσλειτουργία της κίνησης, καθώς και προβλήματα στην αφή, στην όραση και στις άλλες αισθήσεις του ασθενή. Λόγω της μεταβλητότητας της εξεταζόμενης ασθένειας, τα συμπτώματα διαφέρουν. Τα

συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας είναι σημαντικά ετερογενή και αναπαριστούν τα ποικίλα σημεία βλάβης στο κεντρικό νευρικό σύστημα. Διαφορές συμπτωμάτων παρουσιάζονται και λόγω της διαφορετικότητας των νευρών που προσβάλλονται. Κάποια συμπτώματα είναι εμφανή, άλλα όχι, όπως για παράδειγμα η κούραση, η εναλλαγή διάθεσης, η απώλεια πρόσφατης μνήμης, η δυσκολία συγκέντρωσης, τα οποία περιγράφονται δύσκολα σε τρίτους. Από την άλλη μεριά, υπάρχουν και κάποια συμπτώματα που είναι εμφανή και κοινά σε όλους τους ασθενείς, όπως το θάμπωμα στα μάτια, η αδυναμία των άκρων, η αλλαγή αίσθησης των ποδιών ή των χεριών, η ζάλη, η αστάθεια, η εύκολη κούραση, η συνεχής ανάγκη ή δυσκολία ούρησης. Στα συνήθη σημεία και συμπτώματα περιλαμβάνονται η αδυναμία ή παράλυση των άκρων, η αιμοδία ή τα προβλήματα αισθητικότητας, η κόπωση, οι οπτικές διαταραχές, τα προβλήματα στη βάδιση ή την ισορροπία, τα προβλήματα της ουροδόχου κύστεως ή του εντέρου και ο πόνος.

Δεν υπάρχει μόνο ένας τύπος σκλήρυνσης κατά πλάκας. Ο κάθε άνθρωπος παρουσιάζει συμπτώματα, που κάποιος άλλος μπορεί να μην παρουσιάσει. Επίσης, τα συμπτώματα τα συμπτώματα του ίδιου ατόμου μπορεί να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Η συγκεκριμένη ασθένεια δεν είναι «τυπική», αλλά «προσωπική», αφού διαφέρει από άτομο σε άτομο. Είναι, δηλαδή, κάτι σαν το δακτυλικό αποτύπωμα και αυτός είναι ο λόγος που δεν είναι δυνατή μια γενική περιγραφή της νόσου ή μια σύγουρη πρόγνωση.

Χαρακτηριστικό της νόσου αυτής, είναι ότι ακόμη και η πορεία της εξέλιξής της, έχει διαφορετικές εκφράσεις. Το 90% των ασθενών έχουν την υποτροπιάζουσα μορφή της νόσου, αυτή δηλαδή που περιλαμβάνει εξάρσεις και υφέσεις. Αναπτύσσουν κάποια συμπτώματα που σταδιακά θα βελτιωθούν ή θα υποχωρήσουν τελείως. Κατά την διάρκεια των εξάρσεων εμφανίζονται νέα, διαφορετικά συμπτώματα ή επανεμφανίζονται κάποια παλαιότερα. Αυτό πιθανόν οφείλεται στην φλεγμονή των νευρών ή στην απομυελίνωση νέας περιοχής. Όταν τα συμπτώματα αρχίσουν να υποχωρούν, τότε λέμε ότι ο ασθενής διανύει περίοδο ύφεσης που μπορεί να κρατήσει από λίγες εβδομάδες, έως και χρόνια, ανάλογα με τον εκάστοτε οργανισμό. Ούτε η συχνότητα των εξάρσεων του ασθενή έχει σταθερό ρυθμό. Ξεκινούν χωρίς ιδιαίτερο λόγο, αλλά μπορεί να πυροδοτηθούν από κάποια ίωση ή από κάποια ψυχολογική πίεση. Το υπόλοιπο 10% των ασθενών με ΣΚΠ έχουν την πρωτοπαθής προοδευτική μορφή της ασθένειας. Οι ασθενείς, δηλαδή, έχουν αργή εξέλιξη των συμπτωμάτων, τα οποία δεν υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου. Οι αλλαγές ξεκινούν σε ήπια μορφή και στην πορεία μπορούν να προκαλέσουν σταθερή μείωση φυσικών και νοητικών ικανοτήτων.

Οι περισσότεροι ασθενείς παρουσιάζουν μια ήπια μορφή της νόσου και δεν φτάνουν ποτέ σε βαριές αναπηρίες. Κάποιοι όμως, περνούν μια περίοδο ανικανότητας, αλλά το ποσοστό των βαριά ασθενών είναι πολύ μικρό (Αθανασιάδης, 2000). Οι ασθενείς με υποτροπιάζουσες μορφές σκλήρυνσης κατά πλάκας αναπτύσσουν την προϊούσα μορφή της νόσου με την πάροδο του χρόνου, με αυξανόμενη σωματική και νοητική αναπηρία. Αν και η κλινικά μετρήσιμη αναπηρία μπορεί να επιδεινώνεται με σχετικά βραδύ ρυθμό κατά τη διάρκεια της υποτροπιάζουσας φάσης της νόσου, η ήδη υπάρχουσα βλάβη στο ΚΝΣ είναι εμφανής στη μαγνητική τομογραφία, συμπεριλαμβανομένου του αυξημένου αριθμού νέων ή διογκωμένων φλεγμονωδών βλαβών, των αυξήσεων στο συνολικό φορτίο της βλάβης και την απώλεια του όγκου του εγκεφάλου.

Αυτά αφορούν ένα ευρύ φάσμα κλινικών εκδηλώσεων, που θα μπορούσε να αποδοθεί σε προσβολή οποιουδήποτε σημείου του κεντρικού νευρικού συστήματος και περιλαμβάνουν συμπτώματα από την νοητική σφαίρα, ψυχιατρικές διαταραχές,

αισθητικά συμπτώματα, κινητικά συμπτώματα, συμπτώματα από τις εγκεφαλικές συζυγίες, το εγκεφαλικό στέλεχος, παρεγκεφαλιδικά συμπτώματα και συμπτώματα από τον νωτιαίο μυελό.

Τα συμπτώματα εμφανίζονται υπό μορφή ώσεων με προσωρινή προσβολή μίας νευρικής οδού, η οποία μπορεί είναι διαφορετική σε κάθε ώση. Για να θεωρηθούν οι ώσεις συμπτώματα της ΣΚΠ, πρέπει τα επεισόδια της νευρολογικής διαταραχής να έχουν διάρκεια τουλάχιστον μίας μέρα και να συνοδεύονται από αντικειμενικά ευρήματα κατά την κλινική εξέταση. Αφού γίνει η διάγνωση αρκεί μια απλή αναφορά του ασθενούς για κάποιο επεισόδιο, χωρίς εξέταση. Τα μεμονωμένα παροξυσμικά επεισόδια δεν συνιστούν ώση, τα επανειλημμένα όμως επεισόδια θεωρούνται ώση της ΣΚΠ. Για να τεκμηριωθεί η ώση, πρέπει να αποκλειστούν οι ψευδοώσεις, όπως συμβαίνει σε αύξηση της κεντρικής θερμοκρασίας του ασθενούς ή σε περίπτωση λοιμώξεων. Δύο ώσεις μεταξύ τους πρέπει να έχουν χρονική απόσταση 30 ημερών, αλλιώς θεωρείται ότι πρόκειται για το ίδιο επεισόδιο.

Πρώτο σύμπτωμα μπορεί να είναι μια αλλαγή στην προσωπικότητα του ασθενούς, κατάθλιψη, άγχος, ιδέες αναφοράς ψυχωτικού περιεχομένου, οπτικές ψευδαισθήσεις (Πιπερίδου, 1996). Άλλα συμπτώματα μπορεί να είναι οι ψυχαναγκασμοί, οι επιληπτικές κρίσεις, νευραλγίες, κνησμός, παραισθήσεις, ύπαρξη αισθήματος ηλεκτρισμού στον αυχένα, το λεγόμενο σημείο Lhermitte. Επιπρόσθετα είναι πιθανόν να εμφανιστούν αισθητικές διαταραχές, δυσαισθησίες, διαταραχή της ιδιοδεκτικότητας.

Πρώτο σύμπτωμα της νόσου συχνά αποτελεί κάποια οπτική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονο πόνο στον οφθαλμό που επιδεινώνεται με τις κινήσεις και συνοδεύεται από θόλωμα αλλά και από σταδιακή απώλεια όρασης. Μετά την οξεία προσβολή οι ασθενείς συνήθως επανακτούν την όρασή τους σε διάστημα μεταξύ 2-4 μηνών. Το φαινόμενο Uhthoff αφορά την μείωση της οπτικής οξύτητας σε αυξημένη θερμοκρασία όπως το ζεστό μάντιο.

Άλλα συμπτώματα είναι η ετερόπλευρη πάρεση του προσωπικού νεύρου, μυοκυμία του προσώπου, ή ακόμα και ημίσπασμος του προσώπου, νυσταγμός, επίκτητος εκκρεμοειδής νυσταγμός - ταλαντοψία, διαπυρηνική οφθαλμοπληγία, ίλιγγος, διπλωπία, ψευδοπρομηκικό σύνδρομο, λόξυγκας, υπερακουσία ή υποακουσία μπορεί να είναι συμπτώματα της ΣΚΠ. Επίσης συμπτώματα ΣΚΠ είναι τα ριζιτικά άλγη, οι αιμωδίες, η μυρμηκίαση, το σφίξιμο, οι διαταραχές παλλαισθησίας, το ημιαισθητικό σύνδρομο.

Συχνά επηρεάζονται οι παρεγκεφαλιδικές οδοί και προκαλούν διαταραχή της ισορροπίας κατά την βάδιση, κολλώδη διακοπτόμενη ομιλία, δυσμετρία, δυσκολία του συντονισμού των κινήσεων, τρόμο εκουσίων κινήσεων των άκρων και του κορμού, αταξία, νυσταγμό, οφθαλμική δυσμετρία, σακκαδικές κινήσεις επαναπροσήλωσης βλέμματος. Η πιο συχνή εκδήλωση της ΣΚΠ είναι η διαταραχή των κινητικών οδών που χαρακτηρίζεται από αδυναμία των άκρων, δυσαρθρία, σπαστικότητα, ημιπάρεση, παραπάρεση, τονικές συσπάσεις και παραπληγία στις πιο προχωρημένες μορφές. Επίσης πολύ συχνό φαινόμενο είναι η κόπωση, τόσο η πρωινή όσο και κατά την διάρκεια της ημέρας (Καζής, 1996).

Η διαταραχή των σεξουαλικών λειτουργιών και της λειτουργίας της κύστης αποτελούν επίσης συμπτώματα της ΣΚΠ και περιλαμβάνουν στυτική δυσλειτουργία, μειωμένη libido και στις γυναίκες, επιτακτική ούρηση, ακράτεια, άτονη κύστη, δυσκοιλιότητα (Πασχαλίδου, 1996).

Τέλος η γνωστική έκπτωση, οι διαταραχές της μνήμης και η κατάθλιψη αφορούν επίσης επιπτώσεις της, στις οποίες έχει επικεντρωθεί το ερευνητικό ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια (Λαγός, 1996).

Τα πρότυπα των συμπτωμάτων είναι περίπλοκα, ποικιλότροπα και απρόβλεπτα. Ενδεικτικά προβλήματα αποτελούν οι νοητικές λειτουργίες και το συναίσθημα, οι ειδικές αισθήσεις, τα αισθητικοκινητικά προβλήματα, οι οπτικές δυσλειτουργίες, η σωματική κόπωση, η προσβολή του αυτόνομου νευρικού συστήματος, το εγκεφαλικό στέλεχος και παρεγκεφαλίδα, οι λειτουργίες σφιγκτήρων και η γενετήσια λειτουργία, οι εκδηλώσεις της προσβολής του εγκεφαλικού στελέχους, η παράλυση Bell, οι πυραμιδικές βλάβες, η βραδεία προοδευτική αδυναμία και η αδεξιότητα των άκρων και τέλος οι παροξυσμικές διαταραχές.

Στην συνέχεια του κεφαλαίου περιγράφονται αναλυτικά ορισμένα από τα σημαντικότερα στοιχεία που διέπουν την συμπτωματολογία του ασθενή με σκλήρυνση κατά πλάκας.

2.2.1 ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι νοητικές λειτουργίες επηρεάζονται από τη νόσο και προκαλούν διαταραχές σκέψης, μνήμης, λόγου και συγκέντρωσης. Δημιουργούνται έντονα προβλήματα στη μνήμη του ασθενή που πάσχει από ΣΚΠ. Η επιβράδυνση της νοητικής επεξεργασίας, δυσκολεύει τα άτομα με ελλείμματα προσοχής, να κατανοήσουν πλήρως ένα λεκτικό μήνυμα. Ο ασθενής, πιθανόν, δεν θυμάται τι έχει ειπωθεί ή συμβεί γύρω του επειδή αργεί να επεξεργαστεί τις πληροφορίες. Όταν αυτό κατανοηθεί από τον περίγυρο του ασθενή και τον βοηθούν στην κατανόηση των πληροφοριών, μιλώντας για παράδειγμα πιο αργά, βελτιώνεται η μνήμη του πάσχοντος.

Οι μεταβολές της προσωπικότητας και της νοοτροπίας των ασθενών, προκαλούν διασπαστικότητα και έλλειψη συγκέντρωσης και προσοχής. Οι ασθενείς θεωρούν ότι είναι νοητικά αποκλεισμένοι κάτι που τους προκαλεί δυσαρέσκεια και μείωση της αυτοπεποίθησής τους. Αυτός είναι και ο λόγος που εμφανίζεται συχνά η κατάθλιψη στους συγκεκριμένους ασθενείς. Τα πιο κοινά προβλήματα σε ανθρώπους με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να ξεσπάσουν ξαφνικά σε κλάματα ή γέλια χωρίς κανέναν απολύτως λόγο.

Τα άτομα που πάσχουν από ΣΚΠ παρουσιάζουν τάση για «ευφορία». Επίσης, χαρακτηριστικό σύμπτωμα είναι η συναισθηματική αστάθεια που ίσως σχετίζεται με τη δυσλειτουργία των μετωπιαίων λοβών. Τέλος, παρουσιάζεται έντονη φόρτιση από τους ασθενείς. Η συναισθηματική καταπόνηση μεγαλώνει παράλληλα με την σοβαρότητα των συμπτωμάτων (Αθανασιάδης, 2000).

2.2.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΑΙΣΘΗΣΕΩΝ

Η προσβολή της οπτικής οδού είναι συνήθως το πρώτο σύμπτωμα που εμφανίζεται σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν φλεγμονή του οπτικού νεύρου που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια όρασης και πόνο στο μάτι, πόνο στο πίσω μέρος των ματιών, διπλωπία, δυσκολία σταθεροποίησης της όρασης και αχρωματοψία. Το θόλωμα της όρασης στην αρχή της νόσου, μπορεί να επιδεινωθεί στη συνέχεια και ο ασθενής να χάσει τελείως την όραση από το ένα μάτι ή να υποφέρει από διπλωπία.

Η οπτική διαταραχή εγκαθίσταται σε διάστημα λίγων ημερών με διαταραχή της κεντρικής όρασης και της διάκρισης των χρωμάτων. Πιθανόν να υπάρξει πόνος κατά την διάρκεια κίνησης των οφθαλμών. Η διαταραχή της όρασης μπορεί να είναι ήπια ή βαριά και βελτιώνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου.

Επίσης μπορεί να προσβληθούν και άλλες αισθήσεις του ατόμου που πάσχει από ΣΚΠ, όπως η ακοή, η αφή, η όσφρηση, η γεύση. Η κώφωση εκδηλώνεται κυρίως σε άτομα που πάσχουν χρόνια από τη νόσο. Επίσης σύμπτωμα είναι ο ίλιγγος, η ψευδαίσθηση κίνησης στη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον. Τέλος, μπορεί να παρουσιαστούν τάσεις για εμετό και κεφαλαλγίες.

2.2.3 ΣΠΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΛΛΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας καταστρέφει τα νευρικά κύτταρα που ελέγχουν τους μύες με αποτέλεσμα την δημιουργία έντονων συσπάσεων των μυών και ακαμψία ή δυσκαμψία. Η αδυναμία αφορά τις περισσότερες φορές τα κάτω άκρα. Σε μεταγενέστερα στάδια της νόσου εξελίσσεται σε παραπληγία ή σπαστικότητα. Η αδυναμία των άνω άκρων είναι λιγότερο συχνό πρόβλημα (Αθανασιάδης, 2000).

Προβλήματα στην κίνηση και στη βάρδιση δημιουργούνται από την μείωση της αίσθησης ισορροπίας που προκαλεί η νόσος. Η σπαστικότητα, επίσης, μπορεί να προκαλέσει επιπλέον προβλήματα. Σε ορισμένους ασθενείς παρατηρήται τρέμουλο και ίλιγγοι. Οι ενοχλήσεις παρουσιάζονται ως αίσθημα ψύχους, οιδήματος ή πίεσης. Η διαταραχή ενδέχεται να έχει ριζική κατανομή στα άκρα και στο κάτω μέρος του κορμού. Η αποκατάσταση διαρκεί λίγες μέρες και η πλήρης υποχώρηση διαρκεί μήνες.

2.2.4 ΠΟΝΟΣ (ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΙ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΣ)

Η σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να προκαλέσει δύο είδη πόνου. Τον νευροπαθητικό πόνο, που προκύπτει από τη βλάβη των νευρικών κυττάρων και προκαλεί αίσθηση καύσου ή τσιμπήματος. Επιπρόσθετα, δημιουργείται μυοσκελετικός πόνος ο οποίος από την σπαστικότητα των μυών. Οι μυοσκελετικοί πόνοι είναι συνήθως δευτερογενούς αιτιολογίας, δηλαδή δεν είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την απομυελίνωση, αλλά προέρχονται από τις επιπτώσεις της νόσου στο σώμα, για παράδειγμα η κακή στάση του σώματος. Ο πόνος στο κάτω μέρος της πλάτης είναι χρόνιος και προκαλεί ένταση των αρθρώσεων ή των μυών. Η σπαστικότητα σημαίνει δυσκαμψία που προέρχεται από το σφίξιμο των μυών και μπορεί να προκαλέσει έντονες κράμπες στον ασθενή.

Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να είναι από πολύ μικρός μέχρι πολύ έντονος, όπως κάψιμο ή σφάχτης. Οι πόνοι αυτοί θεωρούνται πρωτογενείς, δηλαδή είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τη ΣΚΠ.

2.2.5 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΟΠΩΣΗ

Η εξάντληση είναι ένα πολύ κοινό σύμπτωμα της ΣΚΠ και προκαλεί έντονη κόπωση. Η κόπωση παρουσιάζεται στους περισσότερους ασθενείς και μπορεί να επιφέρει ανικανότητα, αλλά και να επιδεινώσει την αποδοτικότητα του ατόμου. Οι ασθενείς παραδέχονται ότι η κόπωση εκδηλώνεται καθημερινά, εμποδίζει τις κοινωνικές και σωματικές δραστηριότητες και επιδεινώνεται με τη ζέστη. Τα άτομα που εργάζονται παραπονιούνται ότι εξαντλούνται και δεν τους απομένει ενέργεια για άλλες δραστηριότητες. Η κόπωση είναι μία από τις δύο αιτίες ανεργίας των ατόμων που πάσχουν από ΣΚΠ. Οι ασθενείς δεν μπορούν να ασχοληθούν με κάτι πολύ ώρα, λόγω κούρασης και μειώνουν τις δραστηριότητές τους.

Η ζέστη λόγω καιρού ή λόγω υπερθερμασμένου δωματίου, αυξάνει τόσο την κόπωση, όσο και τα άλλα συμπτώματα της νόσου. Η ζεστή θερμοκρασία αυξάνει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων και αποδυναμώνει τον ασθενή (Αθανασιάδης, 2000).

2.2.6 ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η προσβολή του αυτόνομου νευρικού συστήματος εμφανίζεται στους περισσότερους ασθενείς. Η σκλήρυνση κατά πλάκας δημιουργεί πολλαπλές κυστικές διαταραχές. Σε ορισμένους ασθενείς η ανάγκη για κένωση της κύστης γίνεται πολύ πιο συχνή και επιτακτική. Σε άλλους ασθενείς η κύστη δεν αδειάζει σε ικανοποιητικό βαθμό ή αδειάζει με μεγάλη δυσκολία. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων στην κύστη είναι πιο συχνή στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (Αθανασιάδης, 2000).

2.2.7 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΦΙΓΚΤΗΡΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΕΤΗΣΙΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Η εμφάνιση συχνοουρίας ή ακράτειας, συνοδεύεται με την παράλυση των κάτω άκρων. Οι διαταραχές της ούρησης αποτελούν αντανάκλαση μικρής ασταθούς κύστης, που οφείλεται σε βλάβη του κεντρικού κινητικού νευρώνα. Τα συμπτώματα από την ούρηση ίσως προκύπτουν από την έλλειψη συντονισμού μεταξύ σύσπασης του εξωστήρα και χάλασης του σφιγκτήρα της κύστεως.

Οι νευρικές απολήξεις στο σημείου του ορθού είναι αυτές που ειδοποιούν τον άνθρωπο για την ανάγκη ή μη κένωσης του εντέρου. Ο έλεγχος του σφιγκτήρα μπορεί να παρουσιάζει πρόβλημα και μπορεί επίσης, να παρατηρηθεί ακράτεια κοπράνων. Σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας η λειτουργία αυτή ενδέχεται να μην εκτελείται αποτελεσματικά ή ακόμη και καθόλου με αποτέλεσμα να υπάρχει αυξημένος κίνδυνος ακούσιων απωλειών ή/και ακράτειας κοπράνων. Ένας άλλος παράγοντας που ενδέχεται να οδηγήσει ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας σε φαινόμενα δυσκοιλιότητας είναι η φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνουν οι ασθενείς αυτοί (Αθανασιάδης, 2000). Τέλος, οι άνδρες ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας ενδέχεται να παρουσιάζουν στυτική δυσλειτουργία που μπορεί να οφείλεται σε ένα συνδυασμό παραγόντων όπως νευρολογικές δυσλειτουργίες, ψυχολογικές διαταραχές, παρενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής ή άλλα συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας όπως εξάντληση ή διαταραχές ουροδόχου κύστης.

2.2.8 ΠΑΡΟΞΥΣΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι παροξυσμικές διαταραχές είναι σπάνιες και περιλαμβάνουν τις διαταραχές του στελέχους (όπως ίλιγγος, παραισθήσεις, δυσαρθρία), τα επώδυνα επεισόδια δυστονίας ή τονικούς σπασμούς, τις επιληπτικές κρίσεις και την νευραλγία τριδύμου.

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

Τα αρχικά συμπτώματα της νόσου είναι κατά κανόνα ασταθή. Χαρακτηριστική είναι η πολυεστιακή διάσπαρτη σημειολογία με πορεία εξάρσεων και υφέσεων ή με πορεία προϊούσας εξέλιξης. Οι εξάρσεις μπορεί να διαρκούν από 24 ώρες έως εβδομάδες ή και περισσότερο. Οι εξάρσεις μπορεί να αφήνουν ή να μην

αφήνουν υπολείμματα που όταν συσσωρεύονται μπορεί να προκαλούν άλλοτε άλλου βαθμού φυσική αναπηρία. Οι υφέσεις μεταξύ των εξάρσεων, μπορεί να διαρκέσουν εβδομάδες, μήνες ή χρόνια. Δεν υπάρχει κλασική κλινική εικόνα. Ωστόσο συχνότερα είναι τα συμπτώματα από ορισμένες περιοχές, όπως τα οπτικά νεύρα, το εγκεφαλικό στέλεχος, την παρεγκεφαλίδα και το νωτιαίο. Συμπτώματα από κρανιακούς πυρήνες, από τον εγκεφαλικό φλοιό και από βασικά γάγγλια είναι σπάνια.

Συχνή είναι η έναρξη με παραισθησίες στα άκρα, διπλωπία, αδυναμία ενός άκρου ή παρεγκεφαλιδική αταξία. Η έναρξη με απώλεια όρασης από το ένα μάτι λόγω οπισθοβολβικής νευρίτιδας με παρεμβολή συνήθως αρκετού χρόνου μέχρι την εμφάνιση νέων συμπτωμάτων. Το σημείο Lhermitte είναι αρκετά σταθερό σύμπτωμα με την αρχική εγκατάσταση της νόσου. Στην πορεία της νόσου οι εξάρσεις διαδέχονται η μία την άλλη σε άλλοτε άλλα χρονικά διαστήματα. Συμπτώματα με σχετική σειρά συχνότητας είναι μυϊκή αδυναμία, παρέσεις, οπτικές διαταραχές, μουδιάσματα στα άκρα, αστάθεια, διαταραχές από την κύστη, δυσαρθρία, ζάλη κ.α.

Η αντικειμενική σημειολογία είναι γενικά διάσπαρτη χωρίς συστηματοποίηση. Συνηθισμένα αντικειμενικά ευρήματα είναι σπαστική πάρεση στα κάτω άκρα, η απουσία κοιλιακών αντανακλάσεων, η οπτική ατροφία, η παρεγκεφαλιδική αταξία, ο νυσταγμός, τρόμος, η δυσαρθρία, η διαπυρηνική οφθαλμοπληγία, η υπαισθησία με εμφάνιση επιπέδου υπαισθησίας στο σώμα, σπαστικοαταξικό βάδισμα. Υπολογίζεται ότι μεγάλο ποσοστό των ασθενών παρουσιάζουν συνδυασμό σπαστικοαταξικών εκδηλώσεων, διαταραχές από την κύστη και οπτική ατροφία.

Συνήθως οι ασθενείς παραπονιούνται για αίσθημα κόπωσης και κάποιες φορές παρουσιάζουν παροξυντικά συμπτώματα μικρής διάρκειας αλλά επαναλαμβανόμενα. Τέτοια συμπτώματα είναι η νευραλγία του τριδύμου, η παροξυντική δυσαρθρία, η αταξία, η διπλωπία, οι τονικές συσπάσεις άκρων, η εμφάνιση παραισθησιών κ.α. Από ψυχικές διαταραχές που συνοδεύουν τη νόσο, η πιο συχνή είναι η κατάθλιψη και κάποιες φορές εμφανίζεται η ευφορία και η συναισθηματική ακράτεια. Σπάνια είναι η άνοια.

2.2 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Όπως και τα κλινικά χαρακτηριστικά έτσι και η πρόγνωση της νόσου ποικίλλει. Πολλοί ασθενείς ζουν 30-40 χρόνια από την έναρξη της νόσου ενώ είναι λίγοι αυτοί που πεθαίνουν μέσα σε ένα έως τρία χρόνια. Ο μέσος χρόνος επιβίωσης είναι 20-30 χρόνια. Αν και τα ποσοστά στις διάφορες στατιστικές διαφέρουν μεταξύ τους. Ένα μικρό ποσοστό παρουσιάζει χρόνια προοδευτική εξελικτική μορφή με ή χωρίς ώσεις. Θεωρείται πως η πρόγνωση είναι συντομότερη σε ασθενείς που δεν παρουσιάζουν δυσκολία τα πέντε πρώτα χρόνια από την έναρξη της ασθένειας. Καλή πρόγνωση γίνεται σε ασθενείς με αισθητικές διαταραχές ως εναρκτήρια συμπτώματα. Μεγάλο ποσοστό ασθενών καταλήγει, μετά από χρόνια, κατάκοιτο, με απώλειες ούρων και κοπράνων, με επώδυνους μυϊκούς σπασμούς στα κάτω άκρα και εμπύρετα επεισόδια από λοιμώξεις.

Η πρόγνωση ποικίλλει και η δυσκολία σχετικά με οποιαδήποτε μακροπρόθεσμη πρόγνωση γίνεται μεγαλύτερη λόγω της βελτίωσης των διαγνωστικών μεθόδων, που επιτρέπουν την επισήμανση των πιο ήπιων μορφών της νόσου. Σύμφωνα με έρευνες, το προσδόκιμο επιβίωσης μειώνεται κατά 5 ως 10 έτη. Στους μισούς ασθενείς, η νόσος έχει μεταπέσει σε προϊούσα μορφή σε διάστημα 10 ετών από την πρώτη εμφάνιση της νόσου, και το ίδιο ποσοστό έχει ανάγκη βοήθειας κατά τη βάρδια σε διάστημα 17 ετών από την έναρξη. Ένα μικρό ποσοστό, της τάξης

του 15% των ασθενών, εμφανίζει ήπια μορφή της νόσου με λίγες εξάρσεις και ελάχιστη ή καθόλου αναπηρία. Στις περιπτώσεις που η νόσος παραμένει ήπια 5 έτη μετά την έναρξη είναι ασυνήθιστη η εκδήλωση βαριάς αναπηρίας στη συνέχεια. Η πρόγνωση επηρεάζεται από την πρωτοπαθή προϊούσα. Οι άνδρες έχουν συνήθως χειρότερη πρόγνωση από τις γυναίκες. Τα αισθητικά συμπτώματα και η οπτική διαταραχή κατά την έναρξη της νόσου αποτελούν στοιχεία καλύτερης πρόγνωσης (Αθανασιάδης, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΕΠΑΚΟΛΟΥΘΕΣ ΤΗΣ ΣΚΠ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σκλήρυνση κατά πλάκας εκδηλώνεται με πληθώρα συμπτωμάτων και αρκετές λειτουργικές δυσκολίες. Τα συμπτώματα που παρουσιάζεται κατά την έναρξη της νόσου έχουν επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή του ασθενή, αφού συμβάλλουν στην απώλεια της ανεξαρτησίας, περιορίζουν τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και συχνά είναι υπεύθυνα για τη συνεχή μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών. Αλλάζει ο τρόπος ζωής τους και η νοοτροπία τους, πρέπει να επισκέπτονται συχνά το γιατρό τους, επηρεάζεται αρνητικά η ψυχολογία τους, χρήζουν νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης, επηρεάζουν και οικονομικά τον ασθενή, αφού αυξάνονται τα έξοδα λόγω ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύονται οι επιπτώσεις και τα προβλήματα που έχει ο ασθενής με ΣΚΠ.

3.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΟΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Οι επιπτώσεις της νόσου στον οργανισμό των ασθενών έχουν παρουσιαστεί σε προηγούμενα κεφάλαια. Συνοπτικά, η καταστροφή του ελύτρου της μυελίνης που περιβάλλει τους άξονες στα σημεία της βλάβης στη σκλήρυνση κατά πλάκας, μπορεί να οδηγήσει σε διατομή των αξόνων και να διαταράξει ή να εμποδίσει τη μετάδοση των νευρικών ώσεων. Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια προκαλούν αθροιστική απώλεια των αξόνων που σχετίζεται με την εμφάνιση μόνιμης αναπηρίας. Υπάρχουν στοιχεία σύμφωνα με τα οποία κατά τα πρώιμα στάδια της σκλήρυνσης κατά πλάκας εμφανίζεται επαναμυελίνωση, η οποία επιτυγχάνεται από τα ολιγοδενδροκύτταρα που παράγουν μυελίνη, και η οποία σχετίζεται με την υποχώρηση της παθολογίας της νόσου.

Το αποτέλεσμα των ανωτέρω μεταβολών είναι η σταδιακή αλλά μη αναστρέψιμη ατροφία του εγκεφάλου, η οποία αποτελεί κύριο χαρακτηριστικό της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Ο όγκος του εγκεφάλου των ασθενών μειώνεται 0,5-1,35% ανά έτος συγκριτικά με τη μείωση 0,1-0,4% ανά έτος που παρατηρείται στον όγκο του εγκεφάλου στους υγιείς ενήλικες.

3.3 ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να ζήσουν αρκετά χρόνια. Ο μέσος χρόνος ζωής των ασθενών με ΣΚΠ, είναι τριάντα χρόνια από την εμφάνιση της νόσου. Η συσσώρευση αναπηρίας και λειτουργικών προβλημάτων, που σχετίζονται με τη σκλήρυνση κατά πλάκας, μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής και τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου. Οι ασθενείς με μια ήπια μορφή της σκλήρυνσης κατά πλάκας και μια μικρή αναπηρία, εμφανίζουν και μικρή μείωση στην ποιότητα ζωής συγκριτικά με τα υγιή άτομα. Όσο η αναπηρία επιδεινώνεται με την εξέλιξη της νόσου, η ποιότητα ζωής μειώνεται. Είναι λογικό οι υποτροπές να έχουν αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, μειώνοντας κατά πολύ τη συνολική ποιότητας ζωής, συγκριτικά με τους ασθενείς σε κατάσταση ύφεσης.

Η μείωση στην ποιότητα ζωής παραμένει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μετά από την υποχώρηση των υποτροπών σε σχέση με τις σωματικές επιδράσεις. Αρνητική

επίδραση των υποτροπών παρατηρείται και στα μέτρα χρήσης πόρων υγείας, με τους ασθενείς να καταγράφουν χειρότερη κινητικότητα και πόνο σε σχέση με την κατάσταση ύφεσης.

Οι γιατροί θεωρούν κύριο κλινικό τρόπο μέτρησης της νόσου τη σωματική αναπηρία. Αντίθετα οι ασθενείς θεωρούν την νοητική υγεία και την κόπωση σημαντικούς καθοριστικούς παράγοντες της συνολικής ποιότητας ζωής.

Η εμφάνιση αναπηρίας και υποτροπών έχουν αρνητικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. Εμφανίζονται πληθώρα προβλημάτων στην καθημερινή ζωή των ασθενών και προκαλούνται αρκετές μεταβολές. Αρχικά παρατηρούνται μεταβολές στην αντίληψη και στο συντονισμό, καθώς και μεταβολές στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας, δευτεροπαθείς, από τη δυσκολία στην κίνηση. Παρατηρείται, επίσης, δυσκαμψία των μυών και αυτό συνεπάγεται δυσκολία στην αυτοσυντήρηση του ασθενή. Η κίνηση του είναι προβληματική για τον ίδιο λόγο, με περιορισμένη τροχιά κινήσεων και συνεπώς μείωση των κινήσεων. Παράλληλα ο ασθενής εξαντλείται εύκολα, με αποτέλεσμα να περιορίζει τις δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους και να χρειάζεται κάποιον να τον φροντίζει. Όσον αφορά στην επίπτωση της αυτοαντίληψης, επηρεάζεται αρνητικά και ο ασθενής παρουσιάζει μεταβολή στο σωματικό του είδωλο.

Ένα άλλο πρόβλημα που εμφανίζεται συχνά και επηρεάζει την καθημερινότητα του ασθενή με ΣΚΠ είναι η πρόκληση σύγχυσης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη προσανατολισμού προς τα πρόσωπα, το χρόνο το χώρο και επηρεάζει τη μνήμη του. Επίσης, οι διεργασίες σκέψης του είναι ελαττωματικές, με μειωμένη ικανότητα για συλλογισμό και κρίση. Μεταβολές εμφανίζονται και στο επίπεδο συνείδησης. Επιπτώσεις υπάρχει και στη λειτουργία εσωτερικών οργάνων όπως στο κυκλοφορικό, αναπνευστικό, ουροδόχου κύστης κ.α.

Μία άλλη αρνητική επίπτωση της νόσου, που προκαλεί πρόβλημα στον ασθενή είναι η κακή θρέψη εξαιτίας της απώλειας όρεξης, της ναυτίας και της τάσης για εμετό που έχει συχνά, την αδυναμία λήψης τροφής και των διαταραχών κατάποσης.

Επιπρόσθετα, παρουσιάζει σεξουαλικά προβλήματα για τους παραπάνω λόγους, συν του παράγοντα κακής ψυχολογίας. Οι ψυχολογικές διαταραχές είναι έντονες στους ασθενείς και αρκετοί πάσχουν από κατάθλιψη. Τέλος, παρουσιάζονται αρκετά οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα στην καθημερινή ζωή του ασθενή.

3.4 ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ

Η στιγμή της διάγνωσης είναι δύσκολη και φέρνει απογοήτευση. Οι αντιδράσεις που προκαλεί είναι συναφείς σε όλους τους ασθενείς. Οι περισσότεροι πάσχοντες αναφέρουν ότι νιώθουν άρνηση, θυμό, άγχος, κατάθλιψη, φόβο και ανασφάλεια πριν καταφέρουν να αποδεχθούν την διάγνωση. Η αντίδραση του καθενός δεν είναι ανάλογη τις περισσότερες φορές με την βαρύτητα της κατάστασης του. Μπορεί κάποιος με ελαφριά μορφή της νόσου να καταρρακωθεί ψυχολογικά και κάποιος άλλος με βαριά ανικανότητα να είναι πολύ καλά συναισθηματικά. Η επίσκεψη σε κάποιον ειδικό θα βοηθούσε τον ασθενή να αναπτύξει μια θετική προσέγγιση στο πρόβλημά του. Είναι θετικό να συζητήσουν την κατάσταση με κάποιον εκτός της οικογένειας με κάποιον αποστασιοποιημένο από το πρόβλημα. Αυτός μπορεί να είναι ένας ειδικός όπως ο ψυχολόγος ή ακόμη και ένας φίλος. Υπάρχει δυνατότητα να μιλήσει με κάποιον ειδικό μέσω της τηλεφωνικής γραμμής που διαθέτει δωρεάν η Ελληνική Εταιρία για τη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, ακόμη και ανώνυμα (<http://homepages.Pathfinder.gr>).

Στην συνέχεια ακολουθούν αναλυτικά κάποια συναισθήματα που βιώνουν πιο συχνά οι πάσχοντες από ΣΚΠ, κατά την διάγνωση της ασθένειάς τους.

Άρνηση

Αρχικά νιώθουν άρνηση, αρνούνται να δεχτούν την κατάσταση. Είναι πολύ δύσκολο για έναν άνθρωπο που είναι υγιής ξαφνικά να μάθει ότι έχει Σ.Κ.Π. Είναι πιο εύκολο να πιστέψει ότι ο γιατρός έκανε λάθος και να αναζητήσει μία άλλη ιατρική γνώμη, ελπίζοντας πως θα ανατρέψει τα δυσάρεστα νέα. Η άρνηση της πραγματικότητας μόνον άγχος μπορεί να επιφέρει και να επιτείνει την απογοήτευση. Σε μια χρόνια ασθένεια, όπως η ΣΚΠ, που παρουσιάζει εναλλαγή ώσεων και υφέσεων, είναι φυσικό να έχουμε και ανάλογες ψυχολογικές διακυμάνσεις αποδοχής και άρνησης της αρρώστιας και τότε ίσως χρειαζόμαστε τη βοήθεια ενός ειδικού ψυχοθεραπευτή.

Θυμός

Είναι λογικό να νιώσει κανείς θυμό όταν μάθει ένα δυσάρεστο νέο. Πιθανή αντίδραση του πάσχοντα είναι να θελήσει να βρει τι έφταιξε γι' αυτό που του έτυχε. Μπορεί να αναζητήσει την αιτία στις παρούσες συνθήκες της ζωής του όπως για παράδειγμα ότι δούλεψε πολύ σκληρά και με άγχος ή ότι δεν είχε καλές σχέσεις με την οικογένεια του ή με τον εργοδότη του. Πολλές φορές κατηγορεί και τον εαυτό του για την κατάσταση. Ο θυμός που απευθύνεται στους γύρω του ή τον εαυτό του είναι επώδυνος και καταστροφικός. Όσο πιο πολύ κρατάει αυτός ο θυμός, τόσο πιο πολύ απομονώνει τους ανθρώπους. Η διάγνωση της Σ.Κ.Π. μπορεί να φέρει αναστάτωση στην οικογενειακή ζωή και στις σχέσεις των ασθενών. Οι ασθενείς αυτοί, δύσκολα δέχονται βοήθεια από άλλους και αυτοί μπορεί να αντιδράσουν αδιάφορα νομίζοντας ότι δεν μπορούν να τους βοηθήσουν. Επίσης, προσπαθώντας να βοηθήσουν μπορεί να γίνουν υπερπροστατευτικοί.

Άγχος

Το άγνωστο που περιβάλλει τη διάγνωση και την πρόγνωση της ΣΚΠ είναι λογικό να προκαλεί στον πάσχοντα τεράστιο άγχος. Ο ασθενής αναζητά συνεχώς κάποιον τρόπο καθησυχασμού. Η γνώση όσον αφορά στην πάθηση, η σαφής διάγνωση και ο γιατρός θα βοηθήσουν τον πάσχοντα να αποδεχθεί τη νέα κατάσταση και να την αντιμετωπίσει.

Κατάθλιψη

Όταν οι ασθενείς αντιληφθούν ότι η ΣΚΠ έχει σημαντικό αντίκτυπο στη ζωή τους, τότε είναι λογικό να νιώσουν λύπη, απογοήτευση και απαισιοδοξία. Αντιλαμβάνονται ότι θα αλλάξει η ζωή τους και αρκετές φορές παρουσιάζουν καταθλιπτικές τάσεις. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι εξουθενωτική και να απαιτεί παρέμβαση από ειδικό ψυχίατρο. Πολλές φορές η κατάθλιψη οφείλεται στις πλάκες που προκαλεί η νόσος στον εγκέφαλο.

Φόβος

Φυσιολογική αντίδραση του ασθενή κατά τη διάγνωση της νόσου είναι να νιώσει φόβο. Φόβο για το τι πρόκειται να ακολουθήσει. Όταν ένας άνθρωπος έχει τέτοια συναισθήματα, πιθανόν να πάρει λάθος αποφάσεις ή να γίνει άθελά του ευάλωτος σε πληροφορίες και πιέσεις από τρίτους, άσχετα από το αν είναι καλοπροαίρετες. Πρέπει να βρει κάποιον που να εμπιστεύεται απόλυτα και στον οποίο να μπορεί να εκμυστηρευτεί όλες του τις αγωνίες, ώστε αυτός να μπορέσει να

τον βοηθήσει να καταλάβει τους φόβους του και να τους ξεπεράσει. Όταν κάποιος μάθει ότι έχει σκλήρυνση, στην αρχή ίσως θελήσει να μιλήσει στην ευρύτερη οικογένειά του, αλλά αργότερα προτιμάει να μείνει μια προσωπική του υπόθεση. Η επιφυλακτικότητα είναι κάτι φυσικό και κανείς δεν θέλει να καταντήσει να μιλάει μονάχα για την αρρώστιά του.

Τα μικρά παιδιά καταλαβαίνουν από ένστικτο πότε κάτι δεν πάει καλά, οπότε είναι δικαιολογημένη η παράξενη συμπεριφορά που έχουν όταν καταλάβουν ότι δεν τους λένε τίποτα. Τα μεγαλύτερα παιδιά και οι έφηβοι χρειάζονται πολύ προσεκτική προσέγγιση. Αν και φαίνονται ήρεμοι εξωτερικά και μερικές φορές αδιάφοροι μπορεί μέσα τους να είναι πάρα πολύ φοβισμένοι. Οι φόβοι τους μπορεί να ξεπεραστούν σιγά σιγά με την πληροφόρηση. Επίσης θα πρέπει να νιώθουν τη σιγουριά και την ασφάλεια ότι μπορούν να ρωτήσουν οτιδήποτε θέλουν χωρίς να αναστατώσουν και να στενοχωρήσουν την υπόλοιπη οικογένεια. Οι έφηβοι θέλουν να τους φέρονται όπως σε έναν ενήλικα και αν δεν τους επιτραπεί να λάβουν ενεργό μέρος και ν' αναλάβουν αρμοδιότητες σε σχέση με το οικογενειακό πρόβλημα μπορεί να αισθανθούν παραγκωνισμένοι και να πληγωθούν ακόμη και να φερθούν με βίαιο τρόπο. Αν όμως ενθαρρύνουν τη συμμετοχή τους και τη συνεργασία τους μπορούν να δείξουν απίστευτη ωριμότητα και να γίνουν πηγή δύναμης.

Παραδοχή

Όταν τα παραπάνω συναισθήματα καταλαγιάσουν, αρχίζει κανείς να παραδέχεται την καινούργια κατάσταση και να προσαρμόζει ανάλογα τη ζωή του. Τότε νιώθει πιο σίγουρος για τον εαυτό του και πιο ικανός να αντεπεξέλθει στις όποιες δυσκολίες. Μπορεί να περάσει μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρις ότου αποδεχτεί ειλικρινά την ανεπιθύμητη πραγματικότητα της πάθησης. Ίσως χρειαστούν και χρόνια μέχρι να τα καταφέρει. Ακόμα κι όταν πιστέψει ότι δέχτηκε τη νέα πραγματικότητα, μικρές κρίσεις μπορούν να τον πισωγυρίσουν ψυχολογικά. Η αντίδραση κάθε ανθρώπου εξαρτάται και από τις προηγούμενες εμπειρίες της δουλειάς του και της ζωής του, από το είδος της δουλειάς που κάνει και από το αν μπορεί να αλλάξει επάγγελμα, όταν και εφόσον χρειαστεί. Η προσωπικότητα και η εικόνα που θέλει να δείξει κάποιος προς τα έξω, καθώς και η συμπαράσταση της οικογένειας και του κοινωνικού του περιβάλλοντος, παίζουν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή.

Αίσθημα Απώλειας Υγείας

Το πιθανότερο όταν κάποιος μάθει για πρώτη φορά ότι έχει σκλήρυνση είναι να αναστατωθεί. Αυτά τα συναισθήματα είναι μια απόλυτα φυσιολογική αντίδραση, απλά άλλοι αντιδρούν εντονότερα και άλλοι λιγότερο έντονα. Μπορεί να αισθανθούν μεγάλο θυμό και άρνηση και να συνεχίσουν να ζουν σαν να μη έγινε τίποτα. Απαραίτητη είναι η ανάγκη να δώσουν το χρόνο στον εαυτό τους και στα αγαπημένα τους πρόσωπα να θρηνήσουν την απώλεια της υγείας τους. Όταν αυτά τα συναισθήματα καταλαγιάσουν, αρχίζουν να παραδέχονται τη καινούργια κατάσταση και να προσαρμόζουν τη ζωή τους ανάλογα.

Θέση Ζωής

Εκτός από τη φυσική κατάσταση ενός ατόμου, η συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση παίζει μεγάλο ρόλο στην υγεία του. Τα άτομα που πάσχουν από ΣΚΠ αδυνατούν να συνεχίσουν την ζωή τους με τον ίδιο τρόπο ή να κάνουν όλα όσα κάνανε προηγουμένως. Είναι φυσικό λοιπόν να πονέσουν και να θρηνήσουν την απώλεια αυτών των ικανοτήτων και ίσως χρειαστούν κάποιο χρόνο για να

καταφέρουν να το ξεπεράσουν. Για καθετί που δεν μπορούν να κάνουν υπάρχει κάτι νέο που μπορούν να αρχίσουν. Αυτό βέβαια προϋποθέτει μεγάλη προσπάθεια, αποφασιστικότητα και κουράγιο όμως είναι απαραίτητα στοιχεία, για να μπορέσουν να εστιάσουν την προσοχή τους στις ικανότητές τους παρά στις αδυναμίες τους. Ακόμη μπορεί να χρειαστεί να επαναπροσδιορίσουν τις προτεραιότητές τους και με κάποιο τρόπο να ξανα ορίσουν τις δυνατότητές τους και τα ενδιαφέροντά τους. Είναι προτιμότερο να κατορθώσουν αυτό που μπορούν παρά ν' αποτύχουν σ' αυτό που δεν μπορούν. Έτσι βρίσκουν αυτήν την ψυχική ηρεμία, που τους βοηθάει να διατηρούν την υγεία τους και να αισθάνονται ψυχική ευεξία ([http:// homepages.Pathfinder.gr/](http://homepages.Pathfinder.gr/)).

3.6 ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΝΟΣΟΥ

Οι επιπλοκές της ΣΚΠ παρουσιάζουν αρκετά κοινά σημεία με άλλες διαταραχές του νευρικού συστήματος που προκαλούν αναπηρία. Τα συνηθισμένα προβλήματα που παρατηρούνται στη ΣΚΠ είναι η σπαστικότητα, η εύκολη κόπωση, η αταξία, οι κυστικές διαταραχές, η ασταθής κύστη, η έλλειψη συντονισμού, η στυτική δυσλειτουργία και η δυσκοιλιότητα. Στις κοινωνικές επιπτώσεις της νόσου περιλαμβάνονται απώλεια της εργασίας, διαζύγιο και κοινωνική απομόνωση. Η κατάθλιψη είναι συχνή και υπάρχει ενδεχόμενο αυτοκτονίας.

Η νόσος μπορεί να εξελίσσεται με ώσεις ή με προοδευτική επιδείνωση της συμπτωματολογίας στην πάροδο του χρόνου. Οι σοβαρές και επαναλαμβανόμενες βλάβες της μυελίνης με την πάροδο του χρόνου αφήνουν μόνιμη συμπτωματολογία η οποία πιο συχνά συνίσταται σε δυσαρθρία, τρόμο, νυσταγμό, παρέσεις άκρων, σπαστικότητα, διαταραχές ούρησης. Επίσης λόγω του ότι πολύ συχνά βλάπτεται το οπτικό νεύρο συνυπάρχουν διαταραχές από την όραση. Ακόμη, ο παρατεταμένος κλινοστατισμός και η πτωχή κινητικότητα μπορούν να οδηγήσουν σε επιπλοκές και για τον λόγο αυτό συνιστάται φυσιοθεραπευτική αγωγή (Αθανασιάδης, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Η ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Έχουν προταθεί πολλές θεραπευτικές μέθοδοι κατά καιρούς, ανάλογα με τις αντιλήψεις που επικρατούσαν γύρω από την αιτιοπαθογένεια. Θεραπεία για ίαση της ΣΚΠ δυστυχώς δεν υπάρχει. Τα συμπτώματά της όμως αντιμετωπίζονται συχνά με επιτυχία όταν δίδεται αγωγή για το κάθε ένα ξεχωριστά. Ενδείκνυται ένα εξατομικευμένο, οργανωμένο και λογικό θεραπευτικό πρόγραμμα για απαλλαγή του ασθενούς από τα συμπτώματα και για παροχή συνεχούς υποστήριξης. Αυτό συμβαίνει γιατί πολλοί από τους ασθενείς βρίσκονται σε σταθερή κατάσταση και χρειάζονται μόνο διακεκομμένη θεραπεία που στοχεύει στον έλεγχο των συμπτωμάτων ενώ άλλοι βιώνουν σταθερή εξέλιξη της νόσου. Η φαρμακευτική αγωγή έχει διττό σκοπό. Την αντιμετώπιση των κρίσεων, ώστε να μην επιταχύνεται κάθε φορά η εξέλιξη και την αντιμετώπιση των νευρολογικών συνεπειών.

4.1 ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση της ΣΚΠ δεν είναι εύκολη, καθώς δεν υπάρχει κάποια ειδική εξέταση που να διαγιγνώσκει τη νόσο με βεβαιότητα. Παράλληλα, υπάρχει ασάφεια στο ιστορικό των συμπτωμάτων, λόγω διαφορετικότητας των συμπτωμάτων και μεταβλητότητας της νόσου, κάτι που δυσχεραίνει την κατάσταση της διάγνωσης. Πολλά από τα συμπτώματα της ΣΚΠ είναι κοινά με άλλων ασθενειών και προκαλούν ασάφεια. Αυτό οδηγεί στο χάσιμο πολύτιμου χρόνου μέχρι τη διάγνωση της συγκεκριμένης νόσου. Αυτή η μακροχρόνια αβεβαιότητα της διαδικασίας διάγνωσης προκαλεί άγχος.

Η ΣΚΠ είναι μία νόσος με απρόβλεπτη πορεία. Η δυνατότητα αξιόπιστης και έγκυρης μέτρησης της αναπηρίας είναι σημαντική για τη θεραπεία της νόσου. Η μέτρηση αυτή γίνεται εύκολα σε μεμονωμένα στοιχεία αναπηρίας όπως για παράδειγμα εξέταση των οπτικών πεδίων και την εκτίμηση βελτίωσης ή όχι της αναπηρίας. Η μέτρηση πολλών αναπηριών μαζί είναι αναπόφευκτα λιγότερο αξιόπιστη. Η κλίμακα μέτρησης αναπηρίας που χρησιμοποιείται περισσότερο είναι αυτή του Kurtzke, με κύριο στοιχείο την κινητικότητα (Αθανασιάδης, 2000).

Η διάγνωση της ΣΚΠ βασίζεται στην επισήμανση πολλών επεισοδίων απομυελίνωσης, που διαφέρουν ως προς τον χρόνο εμφάνισης και εντόπισης. Η διαφορική διάγνωση των πιο χαρακτηριστικών επεισοδίων, εξετάζεται ξεχωριστά και στη συνέχεια εξετάζεται η διαφορική διάγνωση των πολλαπλών επεισοδίων. Κάποιες εξετάσεις για τη ανίχνευση της ΣΚΠ είναι ο έλεγχος του ιστορικού του ασθενή, η μαγνητική τομογραφία, το μυελογράφημα, η οσφυϊκή παρακέντηση, η νευρολογική εξέταση, οι εξετάσεις προκλητών δυναμικών όρασης και ακοής και η ηλεκτροφόρηση του λευκώματος ENY (Αθανασιάδης, 2000).

4.2 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Πρώτα από όλα, δεν πρέπει να αποδίδουμε στη σκλήρυνση κατά πλάκας οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας αντιμετωπίζουμε. Οι οξείες ώσεις μπορούν να αντιμετωπιστούν με κορτικοειδή σε χάπια, ενέσεις ή ενδοφλεβίως, επειδή έχουν αντιφλεγμονώδη και ανοσοκατασταλτική δράση και πάντα με την καθοδήγηση του

γιατρού που μας παρακολουθεί. Άλλες φαρμακευτικές αγωγές στοχεύουν στην τροποποίηση της πορείας της πάθησης καταστέλλοντας το ανοσοποιητικό σύστημα. Αυτό κατορθώνεται με φαρμακευτικές ουσίες που έχουν ως βάση την αζαθιοπρίνη ή την κυκλοφωσφamide και ενδείκνυνται για τις πιο βαριές μορφές της νόσου. Από τις πιο ελπιδοφόρες και εντυπωσιακές ανακαλύψεις των τελευταίων ετών, είναι η ιντερφερόνη Β και η οξική γλατιραμέρη. Τα φάρμακα αυτά φαίνεται να μειώνουν τη συχνότητα των όσεων στην υποτροπιάζουσα μορφή της ΣΚΠ, καθώς και να ελαττώνουν τον αριθμό και το μέγεθος των νέων πλακών που εμφανίζονται στη μαγνητική τομογραφία. Πέρα από τα παραπάνω, υπάρχουν και φάρμακα για τα επιμέρους συμπτώματα της σκλήρυνσης κατά πλάκας (π.χ. για τον πόνο, τη σπαστικότητα, τον τρόμο, τη διαταραχή του ουροποιητικού, τη σεξουαλική δυσλειτουργία, την κατάθλιψη κλπ) που μπορούμε να τα χρησιμοποιήσουμε, αφού συμβουλευτούμε το γιατρό μας. Πολλοί ασθενείς δοκιμάζουν εναλλακτικές μορφές θεραπείας όπως φυσιοθεραπεία που παίζει σπουδαίο ρόλο στην αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Επίσης πολλοί ασθενείς νιώθουν πιο άνετα, όταν αναπαύονται καλά. Ο απογευματινός ύπνος και καλή ξεκούραση το βράδυ προσφέρουν κάποια ανακούφιση.

Επιπλέον κρύες θερμοκρασίες μερικές φορές βελτιώνουν τα συμπτώματα, ενώ η ζέστη τα χειροτερεύει. Η επικοινωνία με το γιατρό μας πρέπει να είναι ανοιχτή και να το ρωτάμε όταν έχουμε απορία αν για παράδειγμα ένα σύμπτωμα είναι της σκλήρυνσης ή όχι και πρέπει να συζητάμε μαζί του όταν έχουμε απορίες που αφορούν τη θεραπευτική αγωγή.

Στην αντιμετώπιση των κρίσεων βασικά τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι: α) η κορτικοτροπίνη και τα κορτικοστεροειδή και β) τα ανοσοκατασταλτικά

Πολλοί γιατροί συνιστούν βιταμινοθεραπεία, ιδίως Β, και μάλιστα σε συνδυασμό με ιωδιούχο νάτριο και παγκρεατικά εκχυλίσματα. Κάνουν επίσης αιματοθεραπεία και πυρετοθεραπεία. Ακόμη, πολλοί χρησιμοποιούν το εμβόλιο του Σοβιετικού Μάργκουλις. Σε πειραματικό στάδιο χρησιμοποιείται και ο αντιλεμφοκυτταρικός ορός (Αθανασιάδης, 2000).

I. Χρήση κορτικοστεροειδών

Η χρήση των στεροειδών στη θεραπεία της ΣΚΠ άρχισε πριν από 45 χρόνια περίπου. Ο Fog το 1951 και ο Glaser το 1952 ανέφεραν για πρώτη φορά τη χρήση της ACTH στη θεραπεία της ΣΚΠ. Αρχικά τα στεροειδή χρησιμοποιήθηκαν για την αντιφλεγμονώδη δράση τους στις εξάρσεις της νόσου. Τώρα είναι πλέον ευρέως παραδεκτό ότι η αποτελεσματικότητά τους πρέπει να αποδίδεται και στις ανοσοκατασταλτικές ιδιότητές τους, γεγονός που έχει σαν αποτέλεσμα να συζητείται η τροποποίηση των θεραπευτικών σχημάτων και ως προς τη δοσολογία και ως προς τη διάρκεια της θεραπείας. Ο μηχανισμός δράσης των κορτικοστεροειδών στην ΣΚΠ δεν είναι πλήρως διευκρινισμένος (Πιπερίδου, 1996).

α) Αδενοκορτικοτροπίνη (ACTH): Μελέτες με ενδομυϊκή χορήγηση ACTH κυρίως στη δεκαετία '60 και '70 σε διάφορα δοσολογικά σχήματα κατέδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην κλινική βελτίωση των ασθενών που έπαιρναν ACTH σε σύγκριση με τους ασθενείς που έπαιρναν placebo. Η διαφορά όμως αυτή δεν παρέμενε μετά από μακροχρόνια παρακολούθηση και η αίσθηση ήταν ότι υπήρχε διαφορά μάλλον στην ταχύτητα και όχι στο βαθμό αποκατάστασης.

β) Πρεδνιζολόνη: Από τις μέχρι τώρα μελέτες φαίνεται ότι η χορήγηση πρεδνιζολόνης εξ' αρχής από το στόμα δεν έχει θετικά αποτελέσματα ούτε στην υποχώρηση των συμπτωμάτων κατά την όση ούτε βέβαια στην εξέλιξη της νόσου.

γ) Δεξαμεθαζόνη: Στη μελέτη του Cendrowski η χορήγηση 4-8 mg δεξαμεθαζόνης κάθε 2η μέρα για 5 εβδομάδες δεν έδειξε θετικά αποτελέσματα μετά από παρακολούθηση 5 μηνών. Όμως σε πρόσφατη μελέτη που έγινε σύγκριση μεταξύ σεξαμεθαζόνης (8 mg/ημ για 7 ημ., 4mg/ημ για 4 ημ., 2mg/ημ για 3 ημ.), υψηλών δόσεων MP και χαμηλών δόσεων MP, μετά από παρακολούθηση ενός χρόνου, φάνηκε ότι η δεξαμεθαζόνη έχει τα ίδια σχεδόν θετικά κλινικά αποτελέσματα με την MP σε υψηλές δόσεις που συνδυάζονται με ελάττωση της IgG στο ENY και των CD4, λεμφοκυττάρων στο περιφερικό αίμα και στο ENY (Πιπερίδου, 1996).

δ) Μεθυλπρεδνιζολόνη: Για πρώτη φορά οι Dowling et al το 1980 ανακοίνωσαν ότι η χορήγηση υψηλών δόσεων MP IV (600mg/ημ για 3ημ), ακολουθούμενη από βαθμιαία ελάττωση με πρεδνιζολόνη από το στόμα σε διάστημα 3-4 μηνών, είχε θετικά αποτελέσματα σε 5 από τους 7 ασθενείς. Ακολούθησαν κι άλλες μελέτες με δόση από 250 έως 1 gr για 2-7 ημ. Η πρώτη μελέτη με μάρτυρες ανακοινώθηκε το 1986 από τους Durelli et al, οι οποίοι χορήγησαν 1gr/ημ για 5 ημέρες και βαθμιαία διακοπή με πρεδνιζολόνη από το στόμα σε 4 μήνες και βρήκαν ότι η διάρκεια της ώσης ήταν σημαντικά βραχύτερη και ο χρόνος της ύφεσης μεγαλύτερος. Ένα χρόνο αργότερα επιβεβαιώθηκαν τα θετικά αποτελέσματα από τους Milligan et al κυρίως κατά την έξαρση της νόσου στην υποτροπιάζουσα μορφή, ενώ στην χρόνια προϊούσα μορφή η βελτίωση ήταν μικρή και κυρίως στο πυραμιδικό σύστημα.

Συγκριτικές μελέτες μεταξύ MP και ACTH κατέδειξαν σαφή υπεροχή ως προς την ταχύτητα υποχώρησης των συμπτωμάτων της MP έναντι της ACTH, αλλά μετά 3 μήνες παρακολούθησης δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις δύο ομάδες στο βαθμό αποκατάστασης.

Σε πρόσφατη πολυκεντρική συγκριτική μελέτη σε ασθενείς με οπτική νευρίτιδα βρέθηκε ότι η χορήγηση MP σε υψηλή δόση όχι μόνο ελαττώνει το χρόνο και το βαθμό αποκατάστασης της οπτικής οξύτητας, αλλά ελαττώνει και το ποσοστό εμφάνισης ΣΚΠ μετά από επεισόδιο οπτικής νευρίτιδας σε διάστημα παρακολούθησης 2-4 χρόνια (7,5%) σε σύγκριση με πρεδνιζολόνη (14,7%) και placebo (16,7%) (Πιπερίδου, 1996).

II. Ανοσοκατασταλτική αγωγή

α) Αζαθειοπρίνη: Η αζαθειοπρίνη είναι ένας αντιμεταβολίτης της πουρίνης, 6-μερκαπτοπουρίνη, στην οποία προστέθηκε μια ημιδαζόλη. Απαιτείται παρατεταμένη για 6 μήνες τουλάχιστον, αγωγή για να επιτευχθεί η ανοσοκατασταλτική δράση. Χρησιμοποιείται σαν φάρμακο στην μυασθένεια, και σε άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, αλλά η δράση της δεν είναι απολύτως ξεκαθαρισμένη. Προκαλεί κυτταρόλυση στο κύτταρο στη φάση σύνθεσης DNA, μειώνει την απάντηση κυρίως των T-λεμφοκυττάρων σε σχέση με τα B-λεμφοκύτταρα, κι ακόμη μειώνει τον αριθμό των NK κυττάρων και Killer κυττάρων. Οι ιδιότητες αυτές της επιτρέπουν να ελαττώνει και την κυτταρική αλλά και την χημική ανοσιακή απάντηση. Οι παρενέργειες από τη χρήση της αζαθειοπρίνης είναι η καταστολή του μυελού των οστών, η αύξηση του κινδύνου των λοιμώξεων, οι γαστρεντερικές ενοχλήσεις, η ηπατική διαταραχή, η αλωπεκία, οι διαταραχές της εμμήνου ρύσης. Ο μεγαλύτερος βέβαια κίνδυνος είναι η ανάπτυξη νεοπλασιών, κυρίως λεμφωμάτων. Η θεραπεία με αζαθειοπρίνη συμπληρώνει 40 περίπου χρόνια, με μεγάλο αριθμό μελετών, που όμως έχουν αρκετά κενά στην εφαρμογή τους (Πασζαλίδου, 1996).

β) Κυκλοφωσφαμίδη: Η κυκλοφωσφαμίδη είναι ένας αλκυλιωμένος παράγοντας, γνωστός από 30 χρόνια με ισχυρή ανοσοκατασταλτική και

κυτταροστατική δράση. Επιδρά στη φάση G2 και στη φάση 5 (σύνθεση DNA) του κυτταρικού κύκλου. Προκαλεί αλκυλίωση του DNA , όπου και οφείλεται η κυτταροτοξικότητα του φαρμάκου. Επίσης προκαλεί δόσοεξαρτώμενη λεμφοπενία, μείωση των Β- κυττάρων και ως εκ τούτου μεγαλύτερη κατασταλτική ικανότητα στη χυμική απάντηση απ'ότι στην κυτταρική. Η χορήγηση της κυκλοφωσφαμίδης σχεδόν σε κάθε μελέτη έχει και κάποια ιδιαιτερότητα. Αυτό είναι ένας λόγος αδυναμίας εξαγωγής,συγκεκριμένων συμπερασμάτων ως προς τον τρόπο χορήγησης του φαρμάκου, τη μορφή της νόσου και την κατάσταση των ασθενών που υποβλήθηκαν σε θεραπεία, αλλά και την εκτίμηση των επιπλοκών (Πασχαλίδου, 1996).

γ) Κυκλοσπορίνη - Α: Η κυκλοσπορίνη είναι ένα λιπόφιλο κυκλικό πολυπεπτιδιο-μεταβολίτης μυκήτων με ανοσοκατασταλτική ιδιότητα. Εφαρμόζεται αποδεδειγμένα ως πρώτη γραμμής φάρακου στη θεραπεία προφύξης και αντιμετώπισης μοσχευμάτων. Επίσης εφαρμόζεται σε μεγάλο βαθμό στα νοσήματα όπου υπάρχει δυσλειτουργία ανοσορρύθμισης, όπως σύνδρομο Behcet, ραγοειδίτης, ψωρίαση, ατοπική δερματίτιδα, ρευματοειδής αρθρίτιδα. Τα συμπεράσμα από τις μελέτες σχετικά με την κυκλοσπορίνη είναι ασαφή και σαφώς αμφισβητούμενα (Πασχαλίδου, 1996).

δ) Μυτοξανδρόνη: Η μυτοξανδρόνη αποτελεί τα τελευταία χρόνια ακόμη ένα ανοσοκατασταλτικό παράγοντα στη στρατηγική της αντιμετώπισης της μη ειδικής αντίδρασης, όπως συμβαίνει στη ΣΚΠ.

III. Κυττοκίνες Και Ιντερφερόνη

Η πρώτη προσπάθεια εφαρμογής των ιντερφερονών στην θεραπευτική αντιμετώπιση της πολλαπλής σκληρύνσεως, στηρίχθηκε απ' ενός μεν στην ιδιότητα των περισσότερων απ' αυτών να κινητοποιούν τα λεμφοκύτταρα, τα οποία συμπεριφέρονται ως φυσικοί φορείς και ως εκ τούτου αναστέλλουν την ανάπτυξη των νεοπλασματικών κυττάρων, απ' ετέρου δε στην διαπίστωση, ότι κατά κανόνα η δράση των ιντερφερονών ήταν μάλλον ελαττωμένη στους πάσχοντες της πολλαπλής σκληρύνσεως. Έκτοτε χρησιμοποιείται η χορήγηση ιντερλευκινών, η χορήγηση της ιντερφερόνης α, β και γ. (Μπαλογιάννης, 1996).

IV. Το Φάρμακο NATALIZUMAB

Ένα νέο φάρμακο, το Natalizumab, χρησιμοποιήθηκε πειραματικά σε ασθενείς με ΣΚΠ. Διαπιστώθηκε ότι το φάρμακο αυτό, κατάφερε να μειώσει τις υποτροπές σε υψηλό ποσοστό και να επιφέρει βελτίωση στην κατάσταση των ασθενών. Το συγκεκριμένο φάρμακο είναι μονοκλωνικό αντίσωμα και χορηγείται ενδοφλέβια, με αποτέλεσμα να προσκολλάται στα λευκά αιμοσφαίρια και να τα εμποδίζει να εισέρχονται στον εγκέφαλο. Όλη αυτή η διαδικασία βοηθά στη μείωση των βλαβών της μυελίνης των νευρώνων του κεντρικού νευρικού συστήματος που προκαλούνται από την συγκεκριμένη νόσο.

Το φάρμακο αυτό είχε έναν πρωτοποριακό τρόπο δράσης και έδωσε πολλές ελπίδες στους ασθενείς, αλλά και στους γιατρούς, για τη θεραπεία της ΣΚΠ. Οι ελπίδες αυτές κατάρρευσαν όταν αποφασίστηκε η απόσυρσή του το 2005. Ο λόγος απόσυρσης του φαρμάκου ήταν ότι τρεις ασθενείς που είχαν λάβει το φάρμακο κατά τις θεραπευτικές δοκιμές, παρουσίασαν προοδευτική πολυεστική λευκοεγκεφαλοπάθεια. Η εγκεφαλοπάθεια αυτή είναι σπάνια. Προκαλείται από ιό που μολύνει τον εγκέφαλο και καταστρέφει τη μυελίνη των νευρώνων. Από τους τρεις αυτούς ασθενείς, οι δύο πέθαναν. Για σκοπούς πρόληψης και περαιτέρω μελέτης του

προβλήματος, η Διεύθυνση Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) αποφάσισε να αποσύρει το φάρμακο και να διακόψει τις θεραπευτικές δοκιμές που βρίσκονταν υπό εξέλιξη.

Μετά από ένα έτος διακοπής χορήγησης του φαρμάκου, παρατηρήθηκε ότι δεν υπήρξαν νέες περιπτώσεις προοδευτικής πολυεστιακής λευκοεγκεφαλοπάθειας. Αυτός είναι ο λόγος που το FDA αποφάσισε να επιτρέψει ξανά σε μια θεραπευτική δοκιμή τη χορήγηση του φαρμάκου κάτω όμως από αυστηρές προϋποθέσεις παρακολούθησης και αξιολόγησης των ασθενών.

Οι προϋποθέσεις χρήσης του Natalizumab, όπως αποφασίστηκε το 2006, περιλαμβάνουν:

1. Καταγραφή των ασθενών που λαμβάνουν το φάρμακο, με τακτικό περιοδικό έλεγχο για να αναγνωρίζονται το ταχύτερο δυνατό εάν υπάρξουν, περιπτώσεις εγκεφαλοπάθειας.
2. Το φάρμακο θα συνταγογραφείται, θα διανέμεται και θα χορηγείται μόνο από ορισμένους ειδικούς γιατρούς, ιατρικά κέντρα και φαρμακεία τα οποία θα λαμβάνουν μέρος στο αυστηρά ελεγχόμενο πρόγραμμα δοκιμής του φαρμάκου.
3. Το natalizumab θα χορηγείται μόνο σε ασθενείς που λαμβάνουν μέρος στο συγκεκριμένο πρόγραμμα που εγκρίθηκε από το FDA.
4. Πριν από την έναρξη της χορήγησης του φαρμάκου, θα πρέπει οι γιατροί να κάνουν μαγνητική τομογραφία στους ασθενείς τους για να μπορούν να συγκρίνουν μελλοντικά την εξέλιξη της πάθησης και να διαφοροποιούν την εξέλιξη της ΣΚΠ από μια ενδεχόμενη προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια.
5. Οι ασθενείς που θα λαμβάνουν το natalizumab θα πρέπει να αξιολογούνται στους τρεις και έξι μήνες μετά την πρώτη ενδοφλέβια έγχυση του φαρμάκου και στη συνέχεια κάθε έξι μήνες. Η κατάσταση τους θα αναφέρεται κεντρικά στην κατασκευάστρια εταιρεία.

Οι ασθενείς πρέπει να είναι ενήμεροι ότι το φάρμακο μπορεί να προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες εκτός από την προοδευτική πολυεστιακή λευκοεγκεφαλοπάθεια. Σε αυτές περιλαμβάνονται σοβαρές λοιμώξεις, κούραση, κατάθλιψη, πονοκέφαλοι, πόνοι στις αρθρώσεις, διάρροια και πόνος στην περιοχή του στομαχιού. Επίσης το natalizumab μπορεί να προκαλέσει έντονες αλλεργικές αντιδράσεις όπως αναφυλαξία που μπορεί να είναι τόσο σοβαρή που να απειλεί τη ζωή. Οι σοβαρές αλλεργικές αντιδράσεις (ερύθημα δέρματος, κνησμός, φαγούρα, ουρτικάρια, βλατίδες, πυρετός, ρίγος, χαμηλή πίεση, δύσπνοια) συμβαίνουν συνήθως δύο ώρες μετά την ενδοφλέβια χορήγηση του φαρμάκου (www.medlook.net).

V. PML και IRIS (Φλεγμονώδες Σύνδρομο Ανοσολογικής Αποκατάστασης)

Το σύνδρομο IRIS παρουσιάζεται σχεδόν σε όλους τους ασθενείς που αναπτύσσουν PML ενώ λαμβάνουν TYSABRI μετά τη διακοπή ή την αφαίρεση του TYSABRI, π.χ. με πλασμαφαίρεση. Το σύνδρομο IRIS θεωρείται ότι είναι το αποτέλεσμα της αποκατάστασης της ανοσολογικής λειτουργίας σε ασθενείς με PML, που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές νευρολογικές επιπλοκές και μπορεί να είναι θανατηφόρο. Ασθενείς με PML που ελάμβαναν θεραπεία με το TYSABRI πρέπει να παρακολουθούνται για την ανάπτυξη του συνδρόμου IRIS το οποίο παρουσιάστηκε εντός ημερών έως και μερικών εβδομάδων μετά την πλασμαφαίρεση και να πραγματοποιείται η κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση της συσχετιζόμενης φλεγμονής κατά την ανάκαμψη από της PML.

VI. Gilenya

Το Gilenya έγινε το 2010 η πρώτη φαρμακευτική ουσία σε μορφή χαπιού που εγκρίθηκε στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη για τη μείωση των υποτροπών και την καθυστέρηση της εξέλιξης της αναπηρίας σε ασθενείς με υποτροπιάζουσα μορφή ΣΚΠ.

Το Gilenya πρωτοχρησιμοποιήθηκε ως δραστική ουσία στον τομέα των μεταμοσχεύσεων, με στόχο την αποτροπή της απόρριψης των μοσχευμάτων κατά τη μετεγχειρητική περίοδο.

Οι ασθενείς που έχουν ένδειξη θεραπευτικής χρήσης του Gilenya είναι :

1. Ασθενείς με ΣΚΠ υποτροπιάζουσας μορφής, οι οποίοι παρά την ήδη ακολουθούμενη ανοσοστροποιοτική θεραπεία (ιντερφερόνες, copaxone) εμφανίζουν υψηλή συχνότητα κλινικών υποτροπών (> 2 / χρόνο).
2. Ασθενείς με ΣΚΠ υποτροπιάζουσας μορφής χωρίς προηγούμενη θεραπεία, οι οποίοι εμφανίζουν από την αρχή της νόσου υψηλό αριθμό υποτροπών (>2 / χρόνο).

Υπερευαισθησία

Αντιδράσεις υπερευαισθησίας έχουν συσχετιστεί με το TYSABRI, συμπεριλαμβανομένων σοβαρών συστηματικών αντιδράσεων. Οι αντιδράσεις αυτές εμφανίζονταν συνήθως κατά τη διάρκεια της έγχυσης ή μέχρι 1 ώρα μετά την ολοκλήρωσή της. Ο κίνδυνος υπερευαισθησίας ήταν μεγαλύτερος με τις αρχικές εγχύσεις, καθώς και σε ασθενείς οι οποίοι, έπειτα από μία αρχική, μικρής διάρκειας έκθεση (μία ή δύο εγχύσεις) ακολουθούμενη από παρατεταμένο χρονικό διάστημα (τρεις μήνες ή περισσότερο) χωρίς θεραπεία, επανεκτέθηκαν στο TYSABRI. Ωστόσο, ο κίνδυνος αντιδράσεων υπερευαισθησίας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για την κάθε χορηγούμενη έγχυση.

Οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται κατά τη διάρκεια της έγχυσης και για 1 ώρα μετά την ολοκλήρωσή της. Θα πρέπει να υπάρχουν διαθέσιμα μέσα για την αντιμετώπιση αντιδράσεων υπερευαισθησίας.

Διακόπτεται η χορήγηση του TYSABRI και ξεκινά τη κατάλληλη θεραπεία με τα πρώτα συμπτώματα ή σημεία υπερευαισθησίας.

Σε ασθενείς που εμφάνισαν αντίδραση υπερευαισθησίας θα πρέπει να διακόπτεται οριστικά η θεραπεία με το TYSABRI.

4.3 ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με σύγχρονες μελέτες, η χημειοθεραπεία φαίνεται να είναι αποτελεσματική όταν χορηγηθεί στα αρχικά στάδια της ΣΚΠ και μειώνει αρκετά τα επεισόδια υποτροπών και επιδείνωσης της ασθένειας. Τα θετικά αποτελέσματα αυτής της μεθόδου μπορεί να διαρκέσουν μέχρι και πέντε έτη. Οι σημαντικές αυτές διαπιστώσεις προκύπτουν από μια δεκαετή έρευνα κάποιων Γάλλων γιατρών οι οποίοι περιέθαλψαν με τον τρόπο αυτόν εκατό ασθενείς με υποτροπιάζουσα μορφή της ΣΚΠ.

Η αρχική χημειοθεραπεία χρησιμοποιείται και σε πολλούς καρκίνους ή λευχαιμίες. Ο στόχος της είναι να καταστρέψει τα ανώμαλα κύτταρα και να επιτρέψει την ανάπτυξη νέων υγιών κυττάρων. Στην περίπτωση των ασθενών με ΣΚΠ

χρησιμοποιήθηκε το χημειοθεραπευτικό φάρμακο mitoxatrone (<http://homepages.Pathfinder.gr/>)

4.4 ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΙ ΤΡΟΠΟΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Η ζωή δεν τελειώνει με τη σκλήρυνση καθώς οι ασθενείς μπορούν να ζήσουν αρκετά χρόνια από τη στιγμή έναρξης της νόσου. Σαφώς και παρατηρείται αλλαγή στον τρόπο ζωής και γενικότερα στην καθημερινότητα του ασθενή. Ιδανικό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών είναι η υιοθέτηση ενός πιο υγιή τρόπου ζωής. Με τον τρόπο αυτό μειώνονται οι πιθανότητες προσβολής του ασθενή από κάποια άλλη ασθένεια και παράλληλα δυναμώνει ο οργανισμός του και μπορεί να ανταπεξέλθει καλύτερα στην ασθένεια που ήδη έχει.

Υπάρχουν αρκετοί εναλλακτικοί τρόποι θεραπευτικής της ΣΚΠ και παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά οι πιο σημαντικοί.

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

Η συχνή και τακτική άσκηση είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της καλής υγείας και πρέπει να ασκούμε ανάλογα με τις δυνατότητές μας ο καθένας γιατί η έντονη άσκηση μπορεί να φέρει μεγάλη κούραση. Η τακτική ελαφριά γυμναστική εξασφαλίζει το μυϊκό τόνο και μας δίνει μια αίσθηση ευεξίας. Μπορούμε να διαλέξουμε οποιαδήποτε μορφή άσκησης μας αρέσει, και αυτό θα μας ωφελήσει πολύ. Ο φυσιοθεραπευτής είναι σε θέση να μας δείξει ασκήσεις που μπορούμε να κάνουμε μόνοι μας στο σπίτι σε καθημερινή βάση.

Είναι απαραίτητο να υπάρχουν ώρες ξεκούρασης για να μπορέσουμε να τα βγάλουμε πέρα με την καθημερινή μας ζωή. Το στρες και η ένταση επηρεάζουν τη σκλήρυνση, γι' αυτό η ξεκούραση και το χαλάρωμα μας βοηθάνε να “ξαναγεμίσουμε τις μπαταρίες μας”. Η γιόγκα βρήκαμε ότι βοηθάει γιατί είναι συνδυασμός ελαφριών ασκήσεων και χαλάρωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΣΚΠ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

5.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Τα τελευταία χρόνια, παρατηρούνται σε παγκόσμιο επίπεδο οι συνέπειες που συνοδεύουν τις χρόνιες παθήσεις. Η διαφορά των χρόνιων σοβαρών νόσων από τις υπόλοιπες ασθένειες έγκειται στην μονιμότητάς τους, την ανάγκη που εκφράζουν για τακτική και μακρά χρονική παρακολούθηση, τη περιορισμένη αναγνωρισμένη θεραπευτική αντιμετώπιση που υποδηλώνουν και του αντίκτυπου με την έννοια της ανικανότητας που αφήνουν. Σοβαρό πλήγμα της ακολουθίας τους αποτελεί η εμφάνιση σοβαρών ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που αναπτύσσονται με την πάροδο του χρόνου, λόγω της μόνιμης εγκατάστασής τους. (Κεκάτος, 2001)

Στις πιο γνωστές και διαδεδομένες χρόνιες παθήσεις κατατάσσεται και η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, μια εκφυλιστική νόσος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος η οποία πέραν των σωματικών δυσλειτουργιών που αναπτύσσει στον ανθρώπινο οργανισμό, επιφέρει στο άτομο που νοσεί και σημαντικές διαταραχές συναισθηματικού και ψυχικού χαρακτήρα. Αυτή η αναφορά αναδεικνύει την πορεία του ασθενή ο οποίος έρχεται αντιμέτωπος με προβλήματα που περιλαμβάνουν και τον επηρεασμό της κοινωνικής του συμμετοχής λόγω των ψυχο-κοινωνικών παραγόντων, με σημαντικό παράδειγμα τον κοινωνικό στιγματισμό. Στην αντιμετώπιση αυτών των προβλημάτων, διαδραματίζει μείζον ενέργεια η δύναμη των κοινωνικών δεσμών, ο θεσμός της οικογένειας όπως και οι σύλλογοι ασθενών με Σκλήρυνση Κατά Πλάκα, ως μορφές υποστήριξης, ενώ την ίδια περίοδο συνδυάζεται η προσπάθεια του ίδιου του πάσχοντα να πραγματοποιήσει την φάση της «κανονικοποίησης» της συμπεριφοράς του και της αναπροσαρμογής του.

Ιδιαίτερη παράμετρος που δεν πρέπει να παραλείπεται θεωρείται και η συνεργική δράση που αποπνέεται από το θεράπων ιατρό. Το συγκεκριμένο πρόσωπο με την εφαρμογή των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και τις αντίστοιχες μεθόδους συμπεριφοράς θα εμβαθύνει την ουσιαστική και πολύπλευρη μεριά του ασθενή που χρειάζεται την υποστήριξη του. Αυτό έγκειται στο γεγονός ότι όπως ο κοινωνικός περίγυρος και το προσωπικό των νοσηλευτών – ιατρών, οι οποίοι εμπλέκονται με τον πάσχοντα, αντιμετωπίζουν τη διαδικασία της διαχείρισης της ασθένειας και του πάσχοντα με ΣΚΠ, με τον ίδιο τρόπο και ο πάσχοντας οφείλει να κατανοήσει τις τεχνικές όπου θα διαχειρίζεται την νόσο που τον κατέχει. (Ραβάνης, 2009)

Ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με ένα φάσμα συμπτωμάτων το οποίο καταλαμβάνει το ευρύτερο πλαίσιο της ζωής του λόγω της έντονης πολυπλοκότητας του. Η κλινική εξέλιξη της νόσου μπορεί να παρουσιάζει στον άνθρωπο σωματικές διαταραχές, γνωστικές και νοητικές δυσλειτουργίες, κινητικά προβλήματα, βλάβες του οπτικού πεδίου, αισθητικές δυσλειτουργίες, προβλήματα ορθοστασίας, σεξουαλικές διαταραχές, διάχυτο σωματικό άλγος, παρουσία σπασμών, εύκολη κόπωση, ψυχική επιφόρτιση και συναισθηματική ακράτεια

Η κλινική εικόνα της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας όπως δηλώνεται από τα παραπάνω συμπτώματα θεωρείται ένα ευαίσθητο θέμα διότι συνοδεύεται και επιφέρει σε μεγάλο βαθμό προβλήματα σωματικού, ψυχικού και κοινωνικού χαρακτήρα. Για αυτό το λόγο ο ασθενής επιβάλλεται να δεχτεί τις λύσεις των ζητημάτων μέσα από την ψυχοκοινωνική υποστήριξη. Τονίζεται σε αυτό το σημείο ότι πέραν της ιατρικής παρέμβασης για την φαρμακευτική αποκατάσταση του ασθενή χρειάζεται και η ψυχολογική προσέγγιση του ασθενή για να επιτευχθεί η βελτίωση της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής του. (Αθανασιάδης, 2000)

Η συμβίωση ενός ατόμου που πάσχει από την χρόνια ασθένεια της ΣΚΠ με τις επιπτώσεις της πάθησης ξεκινά από την πρώτη στιγμή που εκδηλώνεται το πρώτο

σύμπτωμα. Αυτό πραγματοποιείται με την διάγνωση η οποία αναπτύσσει τις πρώτες αρνητικές ψυχολογικές αντιδράσεις. Ο ασθενής κατέχεται από αισθήματα άρνησης, απόκρυψης, οξυθυμίας, φόβου, στεναχώριας, μειωμένης αυτοεκτίμησης και έλλειψης εμπιστοσύνης. Με αυτά τα στοιχεία αρχίζει να αναδεικνύεται ότι αρχίζει μια δύσκολη περίοδος για το άτομο που νοσεί και θεωρείται η αφετηρία της εσωτερικής μετάβασης. Ο ασθενής δέχεται μεταβολές σε σχέση με την εικόνα που έχει για τον ίδιο του τον εαυτό, την προσωπικότητα του και γενικότερα με έννοιες που συνιστούν την ταυτότητά του.

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας ως μια χρόνια νόσος καταναγκάζει τον ασθενή να αλλάξει ριζικά τις συνήθειες της καθημερινής του ζωής με σκοπό να διασφαλίσει στον βαθμό που του επιτρέπεται την μεγιστοποίηση της ψυχικής και σωματικής του ικανοποίησης. Θα πρέπει να ανακατατάξει τις προσωπικές του ανάγκες και το σύνολο των θεωριών του για την ζωή ώστε να αισθάνεται ικανός και ενεργητικός τόσο για τον εαυτό του όσο και για την οικογένεια του και την κοινωνία. Επιπλέον οφείλει να δημιουργήσει ένα πεδίο δράσης που θα βασίζεται στο μεγαλύτερο μέρος στην συνεργασία του με τα μέλη που τον περιτριγυρίζουν όπως είναι τα οικογενειακά πρόσωπα, οι φίλοι και οι επαγγελματίες υγείας. Η παραπάνω περιγραφή δημιουργεί την επιθυμία της ψυχολογικής ενθάρρυνσης καθώς η αβεβαιότητα για την εξέλιξη της νόσου και την πραγμάτωση του ασθενή μέσα σε αυτή αποτελεί μια σημαντική βάση για την εγκατάσταση μόνιμης ψυχολογικής δυσφορίας.

Θεωρείται επίπονη περίπτωση διότι η αυτοεκτίμηση του ασθενή δέχεται συνεχώς διακυμάνσεις και μεταβάλλεται αρνητικά η εικόνα του και η αυτογνωσία του. Οι στόχοι που είχε σχεδιάσει αρχίζουν να μειώνονται ή ακόμα χειρότερα να μην υπάρχουν στο προσωπικό του πλάνο με αποτέλεσμα το μέλλον του να παρουσιάζεται περισσότερο ως παθητικό παρά ως ενεργητικό. Σημαντική επίπτωση επιπροσθέτως είναι η ανάπτυξη των συναισθηματικών του ερωτημάτων. Το άτομο που πάσχει από την χρόνια πάθηση της ΣΚΠ καλείται να επεξεργαστεί και να αναθεωρήσει τα συναισθηματικά του ζητήματα, τα οποία συνήθως προκύπτουν από την μονιμότητα των συμπτωμάτων της νόσου και την αποδοχή ενός νέου τρόπου ζωής. (Karlan, 2000)

5.2 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΙΣΜΟΥ

Με την έννοια της λέξης «στίγμα» δηλώνεται η σημασία του σημαδιού στην ανθρώπινη ψυχή του ατόμου. Κατέχει συνήθως αρνητική υπόσταση καθώς θέλει να αναφερθεί και να τονίσει την διάκριση του πάσχοντα από ένα υγιές άτομο. Η διαφορά έγκειται στην διαταραχή του ασθενή σωματικά ή ψυχικά λόγω κάποιου τραυματικού γεγονότος. Στην περίπτωση της πτυχιακής εργασίας υποστηρίζεται η αντίδραση που φέρει η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας με τα ακόλουθα ανεπιθύμητα χαρακτηριστικά της στην ψυχοσύνθεση αυτού που νοσεί και τον κάνει διαφορετικό ως προς την συμπεριφορά και τον τρόπο σκέψης του σε σχέση με τους υπόλοιπους πολίτες της κοινωνίας. Κύριο χαρακτηριστικό του κοινωνικού στιγματισμού είναι η απόρριψη που οδηγεί στην απομόνωση. Στον χώρο της Ψυχιατρικής Επιστήμης το στίγμα χρησιμοποιείται για να εκφράσει μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από τον ασθενή την δυνατότητα της πλήρους κοινωνικής συμμετοχής και δραστηριοποίησης. Πιο ουσιαστικά όταν αναφερόμαστε σε μια χρόνια πάθηση και στο αντίκτυπο που φέρει θα πρέπει να διερευνήσουμε το κοινωνικό στίγμα ως την ενέργεια που υφίσταται το άτομο από το κοινωνικό του περιβάλλον. Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές αναλύσεις για να κατανοηθεί εις βάθος αυτή η έννοια και

κυρίως η αρνητική της επιρροή αλλά καταλήγει σε μια έκφραση προκατάληψης και στερεοτυπίας. Παρόλο που ο κοινωνικός και δημόσιος βίος επιδέχεται με το πέρασμα του χρόνου ορισμένες μεταβολές εντούτοις παρατηρείται ότι το κοινωνικό στίγμα υπάρχει λόγω της συσχέτισης του με την κλινική εικόνα μιας χρόνιας πάθησης και μάλιστα με την ανικανότητα την οποία επιφέρει στο άτομο. (Χριστοδούλου, 2001)

Απόρροια λοιπόν της παραπάνω κατάστασης είναι η διαφοροποίηση του ασθενή από τα υπόλοιπα μέλη, στην συνέχεια η απομάκρυνση του μέσω της απομόνωσης του από τον κοινωνικό περίγυρο και η δημιουργία αρνητικών σκέψεων και συναισθημάτων που συντελούν στην ανάπτυξη των ψυχικών ασθενειών. Τέτοια χαρακτηριστικά είναι η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η έλλειψη αυτοδυναμίας, η μη αναγνώριση της τωρινής του κατάστασης, η αντίληψη της περιφρόνησης και της απαξίωσης, η ιδέα της ανικανότητας που φέρει την κοινωνική υποτίμηση και η ελαχιστοποίηση της δραστηριοποίησης του. Έτσι καταρρίπτεται ολόκληρη η εικόνα του εαυτού του δίνοντας το περιθώριο στο ψυχικό του υπόβαθρο να θέσει τον οργανισμό του σε ψυχικούς προβληματισμούς.

Οι ασθενείς με ΣΚΠ καλούνται ορισμένες φορές ως στιγματισμένοι ενώ στην πραγματικότητα χρησιμοποιούν τον ίδιο άξονα αξιών και αρχών με τους συνανθρώπους τους και παρουσιάζεται το αίσθημα της ντροπής χωρίς ουσιαστική αιτία. Κατά συνέπεια, έχουν την τάση προσπαθώντας με προσωπικές του μεθόδους να ανταπεξέλθουν στο γνώρισμα της ντροπής δείχνοντας στην υπόλοιπη κοινωνική ομάδα ότι είναι εν μέρει υγιείς αλλά η νόσος τους κάνει να λειτουργούν με ιδιαίτερο τρόπο. Σύμφωνα με ψυχολόγους οι πολιτικές που δοκιμάζει ένα άτομο, που νοσεί από μια χρόνια ασθένεια, για να αντιμετωπίσει τον χαρακτηρισμό του στιγματισμένου παρουσιάζεται με ένα συγκεκριμένο μοτίβο κάθε φορά που έρχεται σε επαφή με το κοινωνικό του περίγυρο: αρχικά ο ασθενής καλύπτει το απαξιωτικό γνώρισμα που τον περιβάλλει με σκοπό να φαίνεται ως αποδεκτός και κατά επέκταση «φυσιολογικός», στην συνέχεια εμπλέκεται με τις αρνητικές αντιλήψεις που τον κατέχουν και έτσι αντί να αντιδράσει για να ελαχιστοποιήσει την σημασία του κοινωνικά στιγματισμένου αποφασίζει αντίθετα να αποσυρθεί από το κοινωνικό βίο και να απομακρυνθεί από την ενεργητική συμμετοχή διότι τον διακρίνουν ως μη φυσιολογικό απέναντι στις συναναστροφές του με άλλα άτομα. Έτσι περνά στο τελικό στάδιο το οποίο είναι η αποσύνδεση της ψυχικής του υγείας και η εμφάνιση ψυχικών διαταραχών που τον αποδιοργανώνουν αρχικά ως άνθρωπο και στην συνέχεια τον απομακρύνουν από την τήρηση της σωστής φαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής του αγωγής. (Χριστοδούλου, 2001)

5.3 ΨΥΧΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

Με τον όρο της ψυχικής ασθένειας δηλώνεται ένα πλάνο σκέψης και συμπεριφοράς που εκφράζει μια διαταραχή με την οποία προκαλείται ψυχικός πόνος και στην συνέχεια σωματικός. Αποτέλεσμα αυτής της ανωμαλίας είναι η εγκατάσταση της ανικανότητας να δράσει το άτομο με φυσιολογικούς ρυθμούς και η αβεβαιότητα της εξέλιξης του στην συμμετοχή του μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Η ψυχική ασθένεια σε γενικές γραμμές ορίζεται από διάφορους παράγοντες (οι οποίοι λειτουργούν συνδυαστικά ο ένας με τον άλλον) όπως η διαδικασία που χρησιμοποιεί ο ασθενής για να αισθάνεται, να δραστηριοποιείται, να αντιλαμβάνεται και να αποδέχεται. Πιστεύεται ότι προκύπτει από περίπλοκες διαταραγμένες λειτουργίες του ανθρώπινου εγκεφάλου οι οποίες ανιχνεύονται σε συγκεκριμένες περιοχές του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η ταυτοποίηση και η συνειδητοποίηση των ψυχικών παθήσεων έχει μεταβληθεί ως ένα βαθμό με την εξέλιξη των ψυχιατρικών θεωριών και ανιχνεύονται πολλαπλοί ορισμοί, εκτιμήσεις και ταξινομήσεις, αν και

διακρίνονται ορισμένα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία είναι παγκοσμίως αποδεκτά κατά την χρήση τους. Σε πολύπλοκες διαταραγμένες περιπτώσεις, εντοπίζεται μια ακολουθία μεταξύ ψυχικής υγείας και ψυχικής ασθένειας, γεγονός που εμφανίζει την διαγνωστική προσέγγιση ως δύσκολη διεργασία. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας περισσότερο από το ένα τρίτο των ασθενών που νοσούν από χρόνια πάθηση σε ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου υποστηρίζουν ότι περιβάλλονται από προβλήματα, κατά την διάρκεια του βίου τους, τα οποία κατατάσσονται στα διαγνωστικά κριτήρια μιας ή περισσότερων από τις πιο γνωστές ψυχικές παθήσεις. Οι συνιστώσες της πρόκλησης ψυχικής διαταραχής είναι πολυπαραγοντική και στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας δεν παρουσιάζονται με σαφήνεια διότι καταλαμβάνουν ευρήματα από ένα ευρύ φάσμα (άρνηση νοσηρής κατάστασης, απομόνωση, ανικανότητα, κοινωνικός στιγματισμός, συμπτωματολογία υπάρχουσας νόσου κ.ά.). (Kaplan, 2000)

5.3.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η έννοια της Κατάθλιψης στον κλάδο της Ψυχιατρικής σηματοδοτεί μια συγκεκριμένη πάθηση, στην ουσία δηλαδή μια διαταραχή, η οποία εμφανίζει έναν συνδυασμό συμπτωμάτων που δεν ανιχνεύονται τόσο ξεκάθαρα σε κάποια άλλη ψυχική πάθηση. Η Κατάθλιψη θεωρείται από τα πιο γνωστά σύνδρομα ψυχικής δυσλειτουργίας με την οποία έρχεται αντιμέτωπος ένας ασθενής με ΣΚΠ καθώς η εγκατάσταση των αρνητικών σκέψεων και των συναισθημάτων ευνοούν στην ανάπτυξη αυτής της διαταραχής. Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα της Καταθλιπτικής διαταραχής είναι η θλίψη που προκαλεί μόνιμη κακή διάθεση. Αυτός άλλωστε είναι και ο λόγος ονομασίας αυτής της πάθησης.

Βέβαια δεν θεωρείται ως το ανώτερο διαγνωστικό εύρημα καθώς υπάρχουν και περιπτώσεις ασθενών που δεν το παρουσιάζουν στην καθημερινότητα τους σε έντονο βαθμό. Μάλιστα σε σπάνιες καταστάσεις μπορεί να υποσκάπτει στην ψυχοσύνθεση του ασθενή και να φαίνεται ότι απουσιάζει. Ως πάθηση της ψυχής, η Κατάθλιψη διαθέτει ορισμένους προδιαθεσικούς και αιτιολογικούς παράγοντες που συμμετέχουν στην εκδήλωση της νόσου. (Χριστοδούλου, 2001)

Ο ασθενής που νοσεί από ΣΚΠ και παρουσιάζει καταθλιπτική διαταραχή κατά την διαγνωστική εκτίμηση μπορεί να παρουσιάζει μείωση του ενδιαφέροντος και ελαχιστοποίηση της λειτουργικότητας του, καταθλιπτική διάθεση, αϋπνία, θλίψη, ανορεξία ή βουλιμία, σεξουαλική δυσλειτουργία, έντονη κεφαλαλγία, εύκολη σωματική κόπωση, διαταραγμένη συμπεριφορά, αρνητική σκέψη, φοβία, αδυναμία συγκέντρωσης και μνήμης, απαισιοδοξία για το μέλλον, αυτοκαταστροφικές ιδέες ή αίσθημα ανικανότητας και αναξιοτητας.

Για το λόγο ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή για την ανακούφιση των συμπτωμάτων κατά της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας πολλές φορές οι παρενέργειες των δραστικών ουσιών εμπλέκονται με τα ευρήματα της Καταθλιπτικής διαταραχής και δεν αποσαφηνίζεται με ξεκάθαρο τρόπο η συμπτωματολογία. Η κλινική εικόνα αυτών των περιπτώσεων καλύπτει τα κλινικά ευρήματα που αναφέρονται σε έντονη κεφαλαλγία και σε πρόκληση γαστρεντερικών διαταραχών. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι ακόμα και μετά την εκτίμηση από το θεράπων ιατρό τα συμπτώματα δεν μπορούν να αξιολογηθούν πλήρως και ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα έντονου στρες. (Κεκάτος, 2001)

5.3.2 ΔΥΣΘΥΜΙΑ

Η κατάσταση της Δυσθυμίας καλύπτει το ευρύ φάσμα μιας μόνιμης αρνητικής κατάστασης που είναι η κακοθυμία. Ο ασθενής που πάσχει από την χρόνια μορφή της Σκλήρυνσης μπορεί να είναι κακόκεφος αλλά στην περίπτωση της ψυχικής διαταραχής δηλώνει μια υπομορφή της κλινικής κατάθλιψης. Η δυσθυμία με την όψη της ψυχιατρικής φύσης εμφανίστηκε τις τελευταίες δεκαετίες και κατατάσσεται στις καταθλιπτικές διαταραχές όπως είναι η μείζων κατάθλιψη και η μανιοκατάθλιψη. Σημεία αναφοράς της δυσθυμίας αποτελούν τα λιγότερο επώδυνα αλλά χρόνια συμπτώματα της καταθλιπτικής διαταραχής. Σε αντίθεση με τη μείζονα κατάθλιψη ο ασθενής δεν παρουσιάζει σε έντονο βαθμό την ελαχιστοποίηση της δραστηριότητας του ενώ η κλινική εικόνα εκδηλώνεται πιο ήπια. Παρόλα αυτά το γεγονός ότι η συμπτωματολογία επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου και την συνύπαρξη της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας να προκαλεί επιπλέον ευρήματα, για το λόγο αυτό χαρακτηρίζεται ως μια σοβαρή διαταραχή χρόνιας φύσης που ενδέχεται να ακολουθεί την ΣΚΠ. (Ραβάνης, 2009)

Συσχετισμός αιτιολογίας με την Σκλήρυνση Κατά Πλάκας:

Όπως στην Σκλήρυνση Κατά Πλάκας έτσι και στη δυσθυμία η αιτιολογία της δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως. Οι ψυχίατροι πιστεύουν ότι η εκδήλωση της είναι πολυπαραγοντική. Πιο συγκεκριμένα ο συνδυασμός περιβαλλοντικών, βιοχημικών, γενετικών και κληρονομικών παραμέτρων τονίζεται ότι μπορεί συνδυαστικά να αποτελούν το ψυχικό υπόβαθρο. Σημαντικός και ιδιαίτερος παράγοντας ανάπτυξης της δυσθυμίας θεωρείται, από βιοχημική πλευρά, ένας νευροδιαβιβαστής καλούμενος σεροτονίνη.

Επιπρόσθετα σημαντικό μέρος της ψυχικής υπολειτουργίας καθορίζει η εγκατάσταση έντονου άγχους που προκύπτει λόγω της χρονιότητας της ΣΚΠ και των επιπτώσεων που φέρει στον ασθενή. Εάν κατά την διάρκεια της νόσου εμφανιστούν επιμέρους αρνητικές καταστάσεις όπως είναι ο θάνατος οικογενειακού προσώπου, η ψυχική κακοποίηση, η συναισθηματική αστάθεια και ένα σύνολο διαταραγμένων δεσμών με πρόσωπα του περιβάλλοντος τότε οι πιθανότητες εμφάνισης της δυσθυμίας αυξάνονται δραματικά.

Όπως δηλώνει η γνωσιακή θεωρία, η αντίληψη ενός ασθενούς για την εικόνα του εαυτού του μετά την είσοδο μιας χρόνιας πάθησης στην ζωή του, τον κάνει να αντιλαμβάνεται τον κόσμο όπου ζει με λιγότερο θετικά συναισθήματα δημιουργώντας έτσι και τις αντίστοιχες προσωπικές του αντιλήψεις. Η συνολική αρνητική συμπεριφορά εγκαθιστά ένα ακλόνητο συμπαγές συναίσθημα το οποίο αποτελεί την αφετηρία για την ανάπτυξη μιας ψυχικής πάθησης. Οι ασθενείς που νοσούν από δυσθυμία διαθέτουν την ικανότητα να υπερτιμούν τα αρνητικά και να υποτιμούν τα θετικά χαρακτηριστικά του βίου τους με αποτέλεσμα να δυσχεραίνουν ακόμα περισσότερο την αποκατάσταση της διαταραχής. Στο τέλος της ψυχικής τους επεξεργασίας έχουν σχηματίσει έναν φαύλο κύκλο που δεν τους επιτρέπει για περαιτέρω μεταβολές της συμπεριφοράς τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι εφαρμογές της ψυχοθεραπείας αποτελούν μονόδρομο ως θεραπευτική αγωγή. (Ραβάνης, 2009)

Η κλινική εικόνα ενός ασθενούς με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας που αντιμετωπίζει προβλήματα δυσθυμικής διαταραχής παρουσιάζεται έλλειψη κοινωνικού ενδιαφέροντος, αίσθημα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, ελαχιστοποίηση της ενεργητικότητας, αδυναμία συγκέντρωσης, διαταραχή της μνήμης, διαταραγμένη

αυτοεκτίμηση, χαμηλή αυτοπεποίθηση, σεξουαλικά προβλήματα, αϋπνία, ανορεξία ή σπάνια βουλιμία και τέλος κακή διάθεση.

Οφείλουμε να τονίσουμε ότι για να διαγνωστεί η δυσθυμία θα πρέπει τα παραπάνω συμπτώματα να κυριαρχούν στον ίδιο βαθμό έντασης, με διάρκεια πάνω από δύο χρόνια, ώστε να θεωρηθεί ότι ο ασθενής κατέχεται από δυσθυμία ως ψυχικός αντίκτυπος της ΣΚΠ. (Χριστοδούλου, 2001)

Αντιμετώπιση δυσθυμικής ψυχικής διαταραχής:

Η αποκατάσταση του ασθενούς από το σύνδρομο της δυσθυμίας μπορεί να επιτευχθεί λαμβάνοντας υπόψη την φαρμακευτική και ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του, χωρίς όμως να παραλείπονται τυχόν παρενέργειες από την συνεργική δράση της αγωγής για της ΣΚΠ.

Κατηγορία πρώτης εκλογής θεωρούνται τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα με πρωτεύων τους αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRI) διότι είναι νεότερα σκευάσματα με περιορισμένες δραστικές παρενέργειες. Η αποτελεσματικότητά τους αυξάνει συγκριτικά με την πρόωμη διάγνωση της νόσου. Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αναστολείς της MAO θεωρούνται επίσης αποτελεσματικά αν και τις περισσότερες φορές προκαλούν ανεπιθύμητες ενέργειες λόγω της φαρμακευτικής συνύπαρξης της ΣΚΠ. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι αρχικά η δυσθυμία αντιμετωπιζόταν ως διαταραχή της προσωπικότητας παρά ως ψυχική δυσλειτουργία. Η αιτιολογία της ήταν περισσότερο νευρωτικής φύσης και θεωρούνταν ως απόρροια διαταραγμένης προσωπικότητας. Ωστόσο, θετική ανταπόκριση ασθενών στα νέα κυκλοφορούμενα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ενέταξαν τη δυσθυμία στις διαταραχές διάθεσης.

Ότι έχει σχέση με την ψυχοθεραπευτική αποκατάσταση του ασθενή πρέπει να τονιστεί ότι δεν εντοπίζεται ως προς την μέγιστη αποτελεσματικότητα κάποια συγκεκριμένη ψυχοθεραπεία που να διεκδικεί την πρώτη θέση επιλογής από τον θεράπων ιατρό για την αντιμετώπιση της δυσθυμίας. Παρατηρείται μια εκλογική επιθυμία κυρίως προς τις βραχύχρονες γνωσιακές θεραπείες, οι οποίες δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην συμπτωματολογία της νόσου, ενώ οι παραδοσιακές ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες είναι μακροχρόνιες και δεν απευθύνονται σε μεγάλο βαθμό στην ανάλυση της κλινικής εικόνας του ατόμου που νοσεί εν μέρει από Σκλήρυνση Κατά Πλάκας και ταυτοχρόνως από δυσθυμία. Το επίκεντρο αυτής της μορφής ως ψυχοθεραπευτική προσέγγιση επικεντρώνεται συνήθως στην αξιολόγηση του ασυνειδήτου με σκοπό να εντοπιστούν οι αιτίες που συνέβαλλαν στην ανάπτυξη της ψυχικής διαταραχής. (Karlan, 2000)

5.3.3 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Αποτελεί σπάνια εκδήλωση απόρροιας από την Σκλήρυνση Κατά Πλάκας ωστόσο εμφανίζεται με κρίσιμη αντιμετώπιση όψη. Η διπολική διαταραχή μπορεί να έχει ως αφετηρία είτε ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, είτε ένα επεισόδιο μανίας. Ο κοινός παρονομαστής και των δυο περιπτώσεων είναι η αργή και σταδιακή εξέλιξη των συμπτωμάτων.

Στη φάση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου ο ασθενής μπορεί να παρουσιάσει καταθλιπτική διάθεση με την μορφή έντονου άγχους, αίσθημα κενότητας, διάχυτη ανικανότητα και απαισιοδοξία, ενοχικές αντιλήψεις, διαταραγμένη σκέψη και συμπεριφορά, αδυναμία ικανοποίησης και ευχαρίστησης, έλλειψη ενδιαφέροντος, εύκολη σωματική κόπωση, ευερεθιστότητα, αϋπνία και σε κρίσιμες καταστάσεις αυτοκαταστροφικές τάσεις.

Στη διπολική διαταραχή, στην αντίθετη πλευρά της κατάθλιψης εντοπίζεται η μανία. Κατά την ψυχική αυτή συνύπαρξη η ευφορία, που αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό γνώρισμα της μανίας, ξεπερνά τον φυσιολογικό βαθμό συναισθήματος και κυριεύει τον ασθενή με την παθολογική της έκφανση. Αναφερόμαστε στην περίπτωση μανίας όταν τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω συμπτώματα εμφανίζονται την ίδια χρονική περίοδο υπό την ακολουθία ευφορικής ή ευερέθιστης συμπεριφοράς. Μάλιστα βρίσκονται σε ισχύ κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε ημέρα και για διάστημα μεγαλύτερο της μιας εβδομάδας. Το μεγαλύτερο μέρος της συμπτωματολογίας της μανίας χαρακτηρίζεται από αντίθετα σημεία ευρημάτων σε σχέση με την κλινική εικόνα της κατάθλιψης. (Kaplan, 2000)

Στη φάση ενός μανιακού επεισοδίου ο ασθενής μπορεί να εκδηλώσει συμπτώματα τα οποία να περιλαμβάνουν υπερβολικό αίσθημα ευφορίας, υψηλή ενεργητικότητα, υπερκινητικότητα, ευερεθιστότητα, τάσεις επιθετικότητας, ανώμαλο τρόπο σκέψης και δράσης, εύκολη διάσπαση της προσοχής, αδυναμία ανάκλησης σημαντικών πληροφοριών, αποδιοργανωμένο λόγο, αϋπνία, αδυναμία συγκέντρωσης, αλλοίωση της πραγματικότητας, υπερδιέγερση σεξουαλικού χαρακτήρα ή ακόμα και τάση αυτοκαταστροφής.

Η εμφάνιση της Διπολικής Διαταραχής δεν εκδηλώνεται με σαφή και γρήγορο τρόπο αλλά με την πάροδο του χρόνου και την αρνητική επίδραση της Σκλήρυνσης, ο ασθενής διαταράσσει την ψυχική του ισορροπία και γίνεται ευάλωτος στην έναρξη ψυχικών παθήσεων. Στα περισσότερα κρούσματα η μεταβολή της διάθεσης επέρχεται με πολύ αργούς αλλά μόνιμους ρυθμούς. Σε ορισμένες καταστάσεις ασθενών τα συμβάντα που διαδραματίζονται στον βίο τους είναι τόσο ισχυρά που έχουν την ικανότητα να πυροδοτήσουν την ανάπτυξη Διπολικής Διαταραχής. Ένας ειδικός ιατρός όπως ο ψυχίατρος μπορεί να ανιχνεύσει σημεία προειδοποιητικά και να προλάβει την εγκατάσταση της νόσου ωστόσο η πρόληψη του ασθενή είναι αμελητέα. Συνήθως η ψυχική δυσλειτουργία ενός ατόμου που μαστίζεται από την χρονιότητα της ΣΚΠ εντοπίζεται από πρόσωπα του περίγυρου του όπως τα οικογενειακά μέλη και οι φίλοι διότι ο ασθενής δικαιολογεί την συμπεριφορά του ως απόρροια της επιφόρτισης του από τα ανυπόφορα συμπτώματα της αρχικής νόσου. (Kaplan, 2000).

Το προφίλ ενός ασθενή που εμφανίζει προειδοποιητικά σημεία για ανάπτυξη διπολικής διαταραχής λόγω ψυχικής ανισορροπίας του εαυτού του, που νοσεί από ΣΚΠ, μπορεί να εμφανίζει ατονία, άγχος χωρίς ιδιαίτερη αιτία, αϋπνία ή αυξημένη ανάγκη για περισσότερες ώρες ξεκούρασης, οξυθυμία, ανεξήγητα συναισθήματα που δεν αρμόζουν με τις παρούσες καταστάσεις, ανάρμοστο γέλιο, κοινωνική απομόνωση, αδυναμία οικονομικής μέριμνας (ανούσιες χρηματικές σπατάλες), ευφορία και υπερκαταναλωτική συμπεριφορά.

5.3.4 ΑΓΟΡΑΦΟΒΙΑ

Η αγοραφοβία θεωρείται μια συχνή μορφή αγχώδους διαταραχής. Είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας λόγω της χρόνιας κοινωνικής απομόνωσης που επιφέρει ο στιγματισμός της νόσου. Ο φόβος του ασθενή απέναντι στο πλήθος

των ατόμων εμφανίζεται με την αίσθηση του επερχόμενου πανικού που τον καταλαμβάνει και της ιδέας ότι βρίσκεται εκτεθειμένος σε μια κατάσταση κινδύνου. Έτσι απορρίπτει περιοχές που βρίσκονται ομάδες συνανθρώπων του και απομονώνεται στον προσωπικό του χώρο για να ανακουφίζεται από την ψυχική αντίδραση που φέρει η αγοραφοβία. Οι ασθενείς που πάσχουν από Σκλήρυνση Κατά Πλάκας έχουν αναθεωρήσει τον τρόπο ζωής τους και έχουν ενσωματώσει στην καθημερινότητά τους μια μοναχική και ατομική δραστηριότητα καθώς με την επαφή τους στο κοινωνικό περιβάλλον εντοπίζουν σημάδια κοινωνικού στιγματισμού και προκαταλήψεων. Κάθε φορά λοιπόν που «πειραματίζονται» μια τυπική επικοινωνία με κάποιο άλλο άτομο πυροδοτείται στον ψυχισμό τους η αίσθηση της εξωτερικής επίθεσης και αναπαράγουν ανασφάλεια, απαισιοδοξία και έντονο φόβο. (Χριστοδούλου, 2001)

Η αγοραφοβία ορισμένες φορές ανιχνεύεται στον ασθενή σε τέτοιο βαθμό που παρατηρείται ότι η διαταραχή είναι συντριπτική για το λόγο ότι το ίδιο το άτομο απομονώνεται από την ζωή και την συμμετοχή του στην κοινωνία, με τέτοια επιμονή που δείχνει να είναι παγιδευμένο στις ίδιες του τις σκέψεις.

Κλινική εικόνα ασθενούς με ΣΚΠ που πάσχει από Αγοραφοβία:

Ο ασθενής κατά την διάρκεια της περιόδου που μαστίζεται από αυτή την ψυχική διαταραχή αισθάνεται έντονο φόβο και υπερβολική ανησυχία για τυχόν περιστατικό επίθεσης πανικού, σε δημόσιους χώρους. Σημαντικά χαρακτηριστικά σημεία της αγοραφοβίας θεωρούνται ο φόβος μοναξιάς και έκθεσης σε παρόντα κίνδυνο, ο φόβος που αναπτύσσεται κατά την είσοδο του ασθενή σε δημόσιους χώρους και περιοχές συνάθροισης, η ανασφάλεια για καταστάσεις που δεν έχει τον πλήρη έλεγχο κινήσεων, η εξάρτηση από κοντινά πρόσωπα, η άρνηση για εξόδους από τον προσωπικό του χώρο για μεγάλο χρονικό διάστημα, το αίσθημα ανικανότητας, η ζάλη, η αναπνευστική δυσχέρεια ψυχολογικής αιτίας, η εφίδρωση, η ταχυκαρδία, το άλγος στομάχου, η ναυτία και τέλος η εύκολη σωματική κόπωση.

5.3.4 ΓΕΝΙΚΕΥΜΕΝΗ ΑΓΧΩΔΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ, ΕΝΤΟΝΟ ΣΤΡΕΣ

Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή αποτελεί μια από τις πιο συχνές ψυχικές διακυμάνσεις που συνοδεύει έναν ασθενή που νοσεί από Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. Διακρίνεται από υψηλό άγχος και έντονη ανησυχία όπου παριστά τον ασθενή αδύναμο να ελέγξει και να ρυθμίσει τις καθημερινές του λειτουργίες.

Πολλές φορές συγχέεται με φυσιολογικές περιστάσεις καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι αισθάνονται ανά τακτά χρονικά διάστημα μια διάχυτη ανησυχία για το μέλλον. Η διαφορά σε ασθενή με ΣΚΠ βρίσκεται στο γεγονός ότι τον εμποδίζει να τηρεί την πλήρη τήρηση της θεραπευτικής του αγωγής και του πυροδοτεί την ανάπτυξη ψυχολογικής επιφόρτισης και πολλαπλασιασμού των συμπτωμάτων αλλάζοντας την ποιότητα της ζωής του.

Η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή εκδηλώνεται με τόσο έντονη ανησυχία και φόβο που εμποδίζει το άτομο να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητα και απαιτεί την

εφαρμογή συστηματικής ψυχοθεραπείας για να επιτευχθεί η εξάλειψη των συμπτωμάτων. (Χριστοδούλου, 2001).

Η κλινική εικόνα ενός ασθενούς μπορεί να συμπεριλαμβάνει πολλαπλά συμπτώματα, προερχόμενα από την ψυχοσύνθεση του ατόμου, όπως έντονη ανησυχία, φόβο, στρες, αίσθημα ακαμψίας, πίεση εντοπισμένη στην θωρακική περιοχή, αδυναμία συγκέντρωσης, απομόνωση, σωματική κόπωση, οξυθυμία, ένταση μυών, αίσθημα ναυτίας, εφίδρωση, άλγος στομάχου και έντονη κεφαλαλγία.

5.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η θεραπεία των ψυχικών διαταραχών που αναφέρθηκαν παραπάνω όπως και η ψυχολογική υποστήριξη των ψυχικά πασχόντων θα πρέπει ανάλογα με την βαρύτητα της κατάστασης και τον συνδυασμό της θεραπευτικής αγωγής της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας να παρέχεται σε νοσοκομειακές μονάδες ή σε κοινωνικά ιδρύματα ψυχικής υγείας ώστε να επιτρέπεται η τακτική παρακολούθηση του ασθενή με στόχο την βελτίωση της ζωής του. (Ραβάνης, 2009)

Στην σύγχρονη κοινωνία των ημερών μας έχουν δημιουργηθεί πολυάριθμα επαγγέλματα που επικεντρώνονται στην αποκατάσταση τέτοιων ασθενών και στα οποία περιλαμβάνεται ειδική ιατρική προσέγγιση (κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχίατροι, παθολόγοι κ.ά.), η κλινική ψυχολογική καθοδήγηση και κυρίως η εκπαίδευση ενός ατόμου που αντιμετωπίζει ταυτόχρονα δυο σημαντικές δυσλειτουργίες, αφενός μεν τις επιπτώσεις (σωματικές και ψυχικές) της ΣΚΠ αφετέρου δε το αντίκτυπο της διαταραγμένης ψυχοσύνθεσης του.

Διακρίνονται αρκετές στρατηγικές ψυχικής θεραπείας, η καταλληλότητα και η αποτελεσματικότητα των οποίων συσχετίζεται άμεσα από το είδος της πάθησης, την βαρύτητα εκδήλωσης και την συνεργική δράση της ΣΚΠ. Υπάρχει μάλιστα και μια μειοψηφία ασθενών, ιδίως αυτοί που βρίσκονται σε προχωρημένη ηλικία, που λόγω της άρνησης τους για αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αναγκάζεται η θεραπεία να τους επιβάλλεται χωρίς τη θέλησή τους, γεγονός το οποίο αναπτύσσει δυσχεραίνει την υπάρχουσα κατάσταση.

Επιλογή πρώτης εκλογής για ψυχικές παθήσεις προερχόμενες από την Σκλήρυνση Κατά Πλάκας θεωρείται η εφαρμογή των μεθόδων ψυχοθεραπείας. Σήμερα στον τομέα αυτόν ανιχνεύονται διάφορες μορφές θεραπευτικής προσέγγισης όπως η Γνωστική- Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία, η ψυχανάλυση, η Συστημική Ψυχοθεραπεία και η Οικογενειακή Ψυχοθεραπεία. Η πρώτη μορφή είναι και από τις πιο διαδεδομένες λόγω της αυξημένης αποτελεσματικότητας της. Στηρίζεται σε πολιτικές επικοινωνίας με τον ασθενή που επικεντρώνεται στην μεταβολή της διεργασίας σκέψεων και συμπεριφοράς. Αντιθέτως η ψυχανάλυση στηρίζεται ιδίως σε ασυνείδητες ψυχικές αντιδράσεις και άμυνες, με τις οποίες επέρχεται μεγάλο χρονικό διάστημα έως ότου θεωρηθεί ότι ο ασθενής βρίσκεται σε ένα υγιές για την περίπτωση του επίπεδο. Η Συστημική ψυχοθεραπεία και η οικογενειακή ψυχοθεραπεία απευθύνονται λιγότερο συχνά σε ασθενείς με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας διότι ο ψυχολόγος ή ψυχίατρος επιζητά άμεση και μοναδική επικοινωνία με τον πάσχοντα. (Χριστοδούλου, 2001)

Από φαρμακευτικής άποψης για την ρύθμιση των ψυχικών διαταραχών και την διαχείριση της ΣΚΠ χορηγούνται κυρίως τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα με σκοπό να περιορίσουν την κακή διάθεση του ασθενή. Μέσω αυτών των δραστικών ουσιών εξαλείφεται ως ένα βαθμό το άγχος και ανακουφίζεται ο ασθενής από τις αρνητικές σκέψεις που τον βασανίζουν. Μια ειδική κατηγορία όπως είναι τα αγχολυτικά

επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Σε καταστάσεις χαρακτηριζόμενες από διπολική διαταραχή οι σταθεροποιητές του συναισθήματος αποτελούν τα φάρμακα πρώτης εκλογής. Εάν ο θεράπων ιατρός κρίνει πως η κατάσταση είναι κρίσιμη λόγω των έντονων συμπτωμάτων μπορεί να καταφύγει στα αντιψυχωτικά και στα ψυχοδιεγερτικά με την προϋπόθεση της τακτικής παρακολούθησης του ασθενή λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών που μπορεί να προκύψουν με την αλληλεπίδραση της φαρμακευτικής αγωγής της ΣΚΠ. (Ραβάνης, 2009)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΠ

6.1 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός, κυρίως στην φροντίδα ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, όπως η ΣΚΠ. Από την μελέτη της βιβλιογραφίας προκύπτει πως το νοσηλευτικό προσωπικό κατέχει σημαντικό μερίδιο στην φροντίδα των ατόμων με ΣΚΠ. Προσφέρει τις γνώσεις και την εμπειρία του στους ασθενείς επισημαίνοντας έγκαιρα συμπτώματα, βοηθώντας στην θεραπεία, την αποκατάσταση και την επαναφορά του ατόμου στην ισορροπία. Ο ρόλος του νοσηλευτή σε ασθενείς χρόνιων παθήσεων, είναι καταλυτικός κυρίως όσον αφορά την ψυχολογία και την γενικότερη φροντίδα των ασθενών.

Παρακάτω γίνεται μια σύντομη αναφορά στη νοσηλευτική διεργασία. Η νοσηλευτική διεργασία είναι μία συστηματική σειρά νοσηλευτικών ενεργειών, που έχουν ως σκοπό την αντιμετώπιση των αναγκών και την επίλυση των προβλημάτων υγείας των ασθενών και της οικογένειάς τους. Ο σκοπός λοιπόν της νοσηλευτικής διεργασίας είναι η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα για την γρήγορη και καλή ανάρρωση και αποκατάσταση του ασθενούς.

Οι κύριοι νοσηλευτικοί σκοποί για την αντιμετώπιση της ΣΚΠ περιλαμβάνουν την προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας του ασθενούς, την αποφυγή ατυχήματος, την επίτευξη ελέγχου της ουροδόχου κύστεως και του εντέρου του ασθενούς, την βελτίωση της γνωσιακής λειτουργίας, την προαγωγή της σεξουαλικής λειτουργίας, την ανάπτυξη των μηχανισμών άμυνας και την ενημέρωση του ασθενούς για αυτοφροντίδα και επίτευξη ελέγχου στην ζωή τους.

Το νοσηλευτικό προσωπικό με την υποστήριξη, τις συμβουλές και την γενικότερη στάση του μπορεί να διευκολύνει τους ασθενείς που πάσχουν από ΣΚΠ και τις οικογένειές τους να υιοθετήσουν τρόπους για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που συνεπάγονται με την ασθένεια της ΣΚΠ. Συνεπώς, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός στην συγκεκριμένη ασθένεια.

6.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν γνώση και αποδοχή των αυτοπροστατευτικών αντιδράσεων του ασθενούς, παροχή πληροφοριών, βοήθεια του ασθενούς να θέσει επιτεύξιμους στόχους, ενίσχυση θετικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης και προσφορά συνεχούς υποστήριξης. Ακριβής αναγνώριση της απομυελινωτικής εξεργασίας σε άρρωστο με συμπτώματα ή σημεία νευρολογικής δυσλειτουργίας (Σαχίνη – Καρδάση).

- Πλήρες ιστορικό του παρόντος προβλήματος και προηγούμενων επεισοδίων δυσλειτουργίας
- Εκτέλεση προσεκτικής νευρολογικής εξέτασης
- Πλήρης και σωστή αναγραφή των ευρημάτων
- Προβλήματα συγκινησιακής απόκρισης του αρρώστου
- Σύγκριση ευρημάτων με εκείνα των γιατρών
- Επανεκτίμηση, σε τακτικά διαστήματα, της νευρολογικής κατάστασης και σύγκριση της με εκείνη της βασικής γραμμής

6.3 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΚΠ

Σε αυτό το σημείο της εργασίας παρουσιάζονται αναλυτικά κάποιες περιπτώσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι νοσηλευτές ασθενών με χρόνιες παθήσεις και πιο συγκεκριμένα ασθενών με ΣΚΠ. Σε κάθε περίπτωση παρουσιάζεται αναλυτικά και η απαραίτητη νοσηλευτική παρέμβαση.

Περίπτωση

Προστασία του ασθενή με ΣΚΠ από καταστάσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ή να επιδεινώσουν μια έξαρση της νόσου. Αναγνώριση παραγόντων με τέτοιο αποτέλεσμα:

- Ø Αύξηση θερμοκρασίας ασθενή όταν έρχεται σε επαφή με ζεστό νερό ή κατά τη διάρκεια ζεστού καιρού.
- Ø Ενέσεις
- Ø Κόπωση
- Ø Παρεμπίπτουσες λοιμώξεις
- Ø Ορμονικές μεταβολές

Νοσηλευτική παρέμβαση

Ο νοσηλευτής οφείλει να είναι εξειδικευμένος στις χρόνιες ασθένειες και γνώστης του τρόπου αντίδρασης στην εκάστοτε περίπτωση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση επεμβαίνει κάνοντας τις ακόλουθες ενέργειες:

- Ø Χλιαρά ή κρύα μπάνια στον ασθενή. Προσοχή, ποτέ επαφή με ζεστό νερό.
- Ø Αποφυγή ενέσεων, εκτός από έκτακτη περίπτωση που δεν μπορεί να αποφευχθεί.
- Ø Εφαρμογή ενεργού προγράμματος στον ασθενή, εμπλουτισμένο με κατάλληλες δραστηριότητες και με αύξηση των περιόδων ανάπαυσης κατά την εμφάνιση των συμπτωμάτων ή κατά τη διάρκεια εμφάνισης άλλων νόσων.
- Ø Σημαντική είναι η έγκαιρη διαπίστωση άλλων νόσων, από το νοσηλευτικό προσωπικό και άμεση θεραπεία τους.

Περίπτωση

Σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής καλείται να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει ότι η ΣΚΠ είναι μια επεισοδιακή νόσος και ότι εκδηλώνεται με κρίσεις. Επίσης καλείται να τον ενημερώσει για τη συμπτωματολογία και τον τρόπο αντιμετώπισης των κρίσεων αυτών. Πιο συγκεκριμένα να διδάξει τον ασθενή.

- Ø Με κάθε απώλεια μιας νέας λειτουργίας, αν και τότε αυτή η λειτουργία θα επανέλθει.
- Ø Εάν κάθε απώλεια συνοδεύεται από μια διεργασία λύπης, στην οποία παλιές και καινούργιες αγωνίες έρχονται στην επιφάνεια και μπορεί, γι' αυτό, να συνοδεύεται από κατάθλιψη.

Νοσηλευτική παρέμβαση

Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι έτοιμος να απαντήσει με ακρίβεια στις ερωτήσεις του αρρώστου και να τον στηρίξει ψυχολογικά. Πιο συγκεκριμένα οι ενέργειες που πρέπει να γίνουν από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι οι ακόλουθες:

- Ø Παροχή ενθάρρυνσης η οποία να στηρίζεται πάνω σε πραγματικές βάσεις
- Ø Να δώσουν ευκαιρία στον ασθενή και την οικογένεια του να εκφράσουν ελεύθερα τα συναισθήματά τους. Είναι σημαντικό να μιλήσουν για το πρόβλημα σε κάποιον ειδικό που θα τους δώσει κατάλληλες πληροφορίες. Θα νιώσουν ασφάλεια.

- Ø Χρήση κάποιων άλλων επαγγελματικών πόρων για παροχή συμβουλών, όπως για παράδειγμα έναν ψυχολόγο. Με αυτόν τον τρόπο αυξάνεται το αίσθημα ασφάλειας στον ασθενή και μειώνεται το αίσθημα αβεβαιότητας, το οποίο μόνο δυσάρεστα αποτελέσματα μπορεί να προκαλέσει.
- Ø Επίσης, να φροντίσει ο νοσηλευτής, ώστε να υπάρξει βοήθεια του ασθενή από το κράτος και τις κοινωνικές υπηρεσίες. Πρέπει να του εξασφαλιστεί κατοικία και οικονομική ενίσχυση, ιατρική φροντίδα, εκπαιδευτική και επαγγελματική βοήθεια.

Η επίτευξη μιας καλής σχέσης νοσηλευτή-αρρώστου είναι ένα πολύπλοκο αλλά αναπόσπαστο μέρος της φροντίδας. Με κάθε νέο επεισόδιο, ο άρρωστος πρέπει να αναπτύσσει νέα κατανόηση και προσαρμογή. Ένας από τους λίγους σταθερούς παράγοντες στη ζωή του αρρώστου θα είναι μια αξιόπιστη πηγή της φροντίδας του. Η ακριβής και συχνή επανεκτίμηση της φυσικής και συγκινησιακής κατάστασης του αρρώστου είναι επιβεβλημένη (Σαχίνη – Καρδάση).

Περίπτωση

Στην παρούσα περίπτωση πρέπει να ληφθούν μέτρα για τη βελτίωση της ιστικής διαπότισης του εγκεφάλου του ασθενή, η οποία γίνεται εμφανής από την έλλειψη ή την ελάττωση της ζάλης, των οπτικών διαταραχών, της διαταραχής του λόγου, από τη βελτίωση της πνευματικής κατάστασης και τη βελτίωση της αισθητικής και της κινητικής λειτουργίας. Ο νοσηλευτής αναζητά σημεία και συμπτώματα μείωσης της ιστικής διαπότισης του εγκεφάλου του ασθενή που πάσχει από ΣΚΠ, όπως: ζάλη, οπτικές διαταραχές, θολή όραση ή διπλωπία, αφασία, ευερεθιστότητα και ανησυχία, έκπτωση του επιπέδου συνείδησης, παραισθησία, πάρεση και παράλυση.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Οι ενέργειες που γίνονται από το νοσηλευτικό διαφέρουν ανά περίπτωση και δίνονται αναλυτικά παρακάτω.

- Ø Εάν έχει συμβεί θρόμβωση ή εμβολή πρέπει να χορηγηθούν τα ακόλουθα φάρμακα, σύμφωνα πάντα με τις οδηγίες: (α) αντιπηκτικά (π.χ. ηπαρίνη, βαρφαρίνη) και (β) αντιαιμοπεταλιακούς παράγοντες (π.χ. ασπιρίνη)
- Ø Εάν συμβεί ενδοεγκεφαλική αιμορραγία σαν αποτέλεσμα ρήξης εγκεφαλικού ανeurύσματος, πρέπει να χορηγηθεί ένας αιμοστατικός παράγοντας (π.χ. αμινοκαπροϊκό οξύ) για να αποτρέψετε τη λύση των σχηματισμένων θρόμβων με αποτέλεσμα την εκ νέου αιμορραγία .
- Ø Επίσης, πρέπει να χορηγηθούν ανταγωνιστές του ασβεστίου (π.χ. Nimodipine) σύμφωνα με τις οδηγίες, για να μειωθεί ο αγγειόσπασμος των αγγείων του εγκεφάλου.
- Ø Πρέπει να γίνουν ενέργειες για την πρόληψη και θεραπεία της αυξημένης ενδοκράνιας πίεσης.
- Ø Προετοιμασία του ασθενή για χειρουργική επέμβαση (π.χ. παροχέτευση του αιματώματος, αφαίρεση ραγέντος ανeurύσματος του εγκεφάλου) εάν έχει προγραμματιστεί.
- Ø Ο νοσηλευτής πρέπει να συμβουλευτεί τον ειδικό ιατρό, σε περίπτωση που τα σημεία και τα συμπτώματα της μειωμένης ιστικής διαπότισης του εγκεφάλου επιδεινωθούν (Σαχίνη – Καρδάση)

Περίπτωση

Προσπάθεια κάλυψης των αναγκών του σώματος που σχετίζεται με μειωμένη πρόσληψη τροφής από το στόμα και οφείλεται σε:

- Ø Ανορεξία που πιθανόν προκαλείται στον ασθενή από φόβο, άγχος, κατάθλιψη και πρώιμο κορεσμό που παρατηρείται σε μειωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα .
- Ø Δυσκολία στη σίτιση, που προέρχεται από διαταραχές της κινητικής λειτουργίας του προσβεβλημένου άνω άκρου, διαταραχές της όρασης, διαταραχές της αντίληψης του χώρου, καθώς και δυσφαγία που προκαλείται.
- Ø Δυσκολία στη μάσηση, λόγω παράλυσης των μασητήρων μυών της προσβεβλημένης πλευράς.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Πρέπει να ληφθούν πρόσθετα μέτρα για τη βελτίωση της πρόσληψης από το στόμα τροφών και της διατήρησης ενός ικανοποιητικού επιπέδου θρέψης. Ο νοσηλευτής πρέπει να ενεργήσει με τέτοιο τρόπο ώστε:

- Ø Να μειωθεί ο φόβος και το άγχος
- Ø Να μειωθεί η δυσκοιλιότητα ώστε να μειωθεί και το αίσθημα πληρότητας
- Ø Να βελτιωθεί η ικανότητα κατάποσης
- Ø Να μπορεί ο ασθενής να τρώει μόνος του

Περίπτωση

Αγωγή σε ασθενή που παρουσιάζει διαταραχές στην κατάποση που σχετίζεται με την πάρεση των μυών της κατάποσης στην προσβεβλημένη πλευρά και τη μείωση ή κατάργηση του αντανακλαστικού της κατάποσης.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Οι νοσηλευτές πρέπει να:

- Ø Αναζητούν σημεία και συμπτώματα διαταραχής της κατάποσης (π.χ. παράπονα για δυσκολία κατάποσης, βήχας ή πνιγμός κατά τη λήψη τροφής).
- Ø Παροχή βοήθειας με εξετάσεις που αξιολογούν την ικανότητα κατάποσης του ασθενούς.
- Ø Λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ικανότητας κατάποσης, όπως:
 1. τοποθέτηση του άρρωστο σε υψηλή θέση Fowler για να μπορέσει να φάει. Το κεφάλι και ο αυχένας πρέπει να κάμπτονται ελαφρά προς τα εμπρός για να διευκολύνεται η άνοδος του λάρυγγα και η προς τα πίσω κίνηση της γλώσσας.
 2. βοήθεια στον άρρωστο, ώστε να επιλέγει κατάλληλες τροφές, εύκολες στη μάσηση και την κατάποση, όπως είναι ο πουρές ή τα αυγά.
 3. παροχή ενημέρωσης στον ασθενή ώστε να μην ανακατεύει ταυτόχρονα τροφές διαφορετικής σύστασης.
 4. αποφυγή χορήγησης κολλωδών τροφών (π.χ. μαλακό ψωμί, μπανάνες).
 5. σερβίρισμα φαγητού ζεστό ή κρύο αποφεύγοντας να έχει τη θερμοκρασία του περιβάλλοντος (οι ακραίες θερμοκρασίες διεγείρουν τους αισθητικούς υποδοχείς και την κόπωση του ασθενή).
 6. να σερβίρονται υγρά παχύρρευστα ή να αυξηθεί η γλοιότητα λεπτόρρευστων υγρών με ουσίες όπως ζελατίνη ή δημητριακά για βρέφη.
 7. να υπάρχει υγρασία στις ξηρές τροφές με σάλτσα (π.χ. κέτσαπ, κρέμα)

8. χρησιμοποιήστε κατάλληλα εργαλεία (π.χ. κουτάλι με μακριά λαβή) για να τοποθετήσετε το φαγητό στο βάθος του στόματος στην υγιή πλευρά εάν η κινητικότητα της γλώσσας έχει διαταραχθεί.
9. να ενημερωθεί ο ασθενής ώστε να μάθει να μην βάζει μεγάλη ποσότητα τροφής στο στόμα του.
10. ενθάρρυνση του ασθενή ώστε να συγκεντρώνεται κατά την κατάποση.
11. σε περίπτωση που ο ασθενής παρουσιάζει μειωμένο έλεγχο χειλιών, πρέπει να ενημερωθεί για να κλείνει τα χείλη με το χέρι πριν καταπιεί.
12. σε περίπτωση που προκύψει κάποιο πρόβλημα κατά την κατάποση πρέπει να κτυπηθεί ελαφρά ο λαιμός τον ασθενή για βοήθεια.
13. ενημέρωση του νοσηλευτή από έναν παθολόγο ή λογοθεραπευτή σχετικά με τις μεθόδους αντιμετώπισης των διαταραχών της κατάποσης. Εφαρμογή προτεινόμενων ασκήσεων και τεχνικών (Σαχίνη – Καρδάση).

Περίπτωση

Αγωγή σε ασθενή με αισθητικές διαταραχές αντίληψης:

- Ø *Οπτικές* που σχετίζονται με ισχαιμία της οπτικής οδού. Η οπτική νευρίτις αποτελεί συνηθισμένη πρώτη εκδήλωση της ΣΚΠ. Η οπτική διαταραχή εγκαθίσταται σε διάστημα λίγων ημερών με διαταραχή της κεντρικής όρασης και της αντίληψης των χρωμάτων. Ενδέχεται να συνυπάρχει πόνος κατά την κίνηση των οφθαλμών. Η διαταραχή της όρασης μπορεί να είναι ήπια ή βαριά. Οι ασθενείς εμφανίζουν σχετική διαταραχή του φωτοκινητικού αντανακλαστικού. Η οπτική θηλή έχει συνήθως φυσιολογική εμφάνιση, αν και ενδέχεται να εμφανίζει οίδημα λόγω θηλίτιδας. Η όραση βελτιώνεται σε διάστημα μηνών, πιθανόν χωρίς πλήρη αποκατάσταση, ιδίως αν η οπτική διαταραχή ήταν έντονη στο αρχικό στάδιο. Μετά από επεισόδιο οπτικής νευρίτιδας είναι δυνατόν να ακολουθήσει οπτική ατροφία.
- Ø *Κιναισθητικές* που σχετίζονται με διαταραχές της αντίληψης του χώρου και που οφείλονται σε ελλειμματική όραση και σε ισχαιμία τμημάτων του μη κυρίαρχου ημισφαιρίου του εγκεφάλου. Τα ενοχλήματα περιγράφονται ως αίσθημα αιμωδίας, ψύχους, νυγμών, οιδήματος ή πίεσης. Η διαταραχή ενδέχεται να έχει ριζιτική κατανομή, ιδίως στα άκρα και το κάτω μέρος του κορμού. Η εγκατάσταση συνήθως διαρκεί μερικές ημέρες και η υποχώρηση εβδομάδες ή μήνες. Η αδυναμία συνήθως αφορά τα κάτω άκρα και ενδέχεται να αποτελεί πρώιμο σύμπτωμα. Σε οψιμότερα στάδια της νόσου εξελίσσεται σε παραπληγία, με πιθανή έντονη σπαστικότητα, αύξηση των αντανακλάσεων και εκτατική αντίδραση πελμάτων. Η αδυναμία των άνω άκρων είναι λιγότερο συχνό πρόβλημα. Η παραπάρεση με προοδευτική επιδείνωση αποτελεί την κύρια κλινική εκδήλωση της πρωτοπαθούς προϊούσας ΣΚΠ.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

- Ø Αναζήτηση σημείων και συμπτωμάτων:
 1. οπτικών διαταραχών, όπως ομώνυμο ημιανοψία και διπλωπία (π.χ. έλλειψη αντίδρασης σε οπτικά ερεθίσματα στην πλευρά της ημιπληγίας, παράπονα για διπλή όραση).
 2. κιναισθητικών διαταραχών (π.χ. δυσκολία στο κούμπωμα των ρούχων, δυσκολία όρθιας στάσης ή εντοπισμού του στόματος όταν ο ασθενής τρώει, μειωμένη συμμετοχή σε δραστηριότητες).
- Ø Λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ιστικής διαπότισης του εγκεφάλου.

Ø Λήψη μέτρων για παροχή βοήθειας στον ασθενή ώστε να προσαρμοστεί στις αλλαγές της οπτικής και κιναισθητικής λειτουργίας:

1. κάλυψη του ματιού με ειδικό κάλυμμα ή με χρήση γαλακτόχρωμου φακού σε περίπτωση διπλωπίας.
2. αν ο ασθενής εμφανίζει ομώνυμο ημιανονψία να τοποθετηθεί στο κρεβάτι σε τέτοια θέση, ώστε ο ασθενής να δέχεται το μεγαλύτερο αριθμό οπτικών ερεθισμάτων (π.χ. όταν ο ασθενής είναι στο κρεβάτι στο οπτικό του πεδίο να είναι η πόρτα παρά ένας τοίχος). Εάν σταθεροποιηθεί η κατάσταση του, να τοποθετηθούν κάποια αντικείμενα (π.χ. τηλεόραση) στην πάσχουσα πλευρά για να βελτιωθεί η έρευνα του περιβάλλοντος.
3. αν ο ασθενής αντιμετωπίζει κιναισθητικές διαταραχές, να τοποθετηθεί μπροστά σε έναν ολόσωμο καθρέπτη κατά την εκτέλεση δραστηριοτήτων.
4. να γίνουν ενέργειες ώστε να βελτιωθεί η εκτέλεση των δραστηριοτήτων αυτοεξυπηρέτησής του. Σε περίπτωση που οι αισθητικές διαταραχές και οι διαταραχές αντίληψης επιμένουν ή ο ασθενής είναι ανίκανος να προσαρμοστεί σε αυτές, καλό είναι να συμβουλευτεί ο νοσηλευτής κάποιον γιατρό (Σαχίνη – Καρδάση).

Περίπτωση

Στην περίπτωση αυτή ο νοσηλευτής καλείται να χειριστεί την αγωγή αρρώστου με ετερόπλευρη αγνωσία που σχετίζεται με ισχαιμία τμημάτων του μη κυρίαρχου ημισφαιρίου του εγκεφάλου με σκοπό ο ασθενής να παρουσιάσει α. σταδιακή μείωση της διαταραχής και αρχόμενη προσαρμογή στην ετερόπλευρη αγνωσία όπως φαίνεται από την αντίληψη των ερεθισμάτων στην πάσχουσα πλευρά και β. την αντίληψη της πάσχουσας πλευράς του σώματος.

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Οι νοσηλευτές πρέπει να αναζητήσουν την ύπαρξη ή όχι ετερόπλευρης αγνωσίας στον ασθενή με ΣΚΠ, δηλαδή να ελέγξει αν ο ασθενής κοιτάει ή όχι προς την πάσχουσα πλευρά και αν αντιδρά σε ερεθίσματα στην πάσχουσα πλευρά. Πρέπει, επίσης να πάρουν μέτρα για τη βελτίωση της ιστικής διαπότισης του εγκεφάλου.

Σε περίπτωση ύπαρξης ετερόπλευρης αγνωσίας πρέπει να γίνουν οι ακόλουθες ενέργειες:

1. επιβεβαίωση ότι η πάσχουσα πλευρά είναι συνέχεια στη σωστή θέση.
2. προστασία προσβεβλημένων άκρων από τραυματισμό.
3. μετά τη σταθεροποίηση της κατάστασης του ασθενή, να ληφθούν μέτρα για να βελτιωθεί η επίγνωση της προσβεβλημένης πλευράς με ενθάρρυνση του ασθενή ώστε να περιποιείται το πάσχον άκρο όταν κάνει μπάνιο, όταν ντύνεται και μετά να το τοποθετεί στη σωστή θέση μόνος του. Επίσης να τοποθετούνται τα οικεία αντικείμενα του ασθενή (π.χ. βραχιόλι, ρολόι, παπούτσια) στα προσβεβλημένα άκρα του σαν μέρος του σώματός του. Τέλος θα πρέπει ο νοσηλευτής να συμβουλευτεί κάποιον φυσιοθεραπευτή ή εργασιοθεραπευτή σχετικά με πρόσθετους τρόπους που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον άρρωστο να προσαρμοστεί στην ετερόπλευρη αγνωσία. Επίσης να ενημερώσει τα άτομα του περιβάλλοντός του και το νοσηλευτικό προσωπικό για τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για να αυξηθεί η επίγνωση της πάσχουσας πλευράς και ενθάρρυνση του ασθενή για χρήση των προτεινόμενων τεχνικών (Σαχίνη – Καρδάση).

Περίπτωση

Αγωγή φροντίδας σε ασθενή με διαταραχή της προφορικής επικοινωνίας που σχετίζεται με απώλεια της λειτουργικότητας των μυών που χρησιμοποιούνται στην ομιλία και με ισχαιμία στο κυρίαρχο ημισφαίριο του εγκεφάλου (η ισχαιμία στην περιοχή Wernicke στον κροταφοβρεγματικό λοβό προκαλεί αισθητική αφασία, η ισχαιμία στην περιοχή Broca στον μετωπιαίο λοβό προκαλεί κινητική αφασία) .

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να παρέμβει κάνοντας τις παρακάτω ενέργειες, όποτε είναι απαραίτητο. Αρχικά, ο νοσηλευτής οφείλει να εντοπίσει σημεία διαταραχής της προφορικής επικοινωνίας του ασθενή (π.χ. αδυναμία να μιλήσει, δυσκολία στο σχηματισμό λέξεων ή προτάσεων, δυσκολία στη προφορική έκφραση σκέψεων, ακατάλληλη χρησιμοποίηση λέξεων). Επίσης, πρέπει να ληφθούν μέτρα για την διευκόλυνση επικοινωνίας του ασθενή. Για να επιτευχθεί η καλύτερη επικοινωνία θα πρέπει ο νοσηλευτής που φροντίζει τον ασθενή να:

1. απαντά προσωπικά στις κλήσεις του ασθενή και να αποφεύγει την επικοινωνία μέσω του συστήματος ενδοσυνεννόησης. Η προσωπική επαφή νοσηλευτή – ασθενή βοηθά περισσότερο την βελτίωση της επικοινωνίας.
2. διατηρεί μία υπομονετική ήρεμη προσέγγιση, να ακούει προσεχτικά και να δίνει χρόνο για επικοινωνία στον ασθενή.
3. διατηρεί ένα ήρεμο, ήσυχο περιβάλλον έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να συγκεντρωθεί στην προσπάθεια επικοινωνίας, να μην πρέπει να μιλάει δυνατά και να μπορεί να ακούει καθαρά τους άλλους.
4. διατυπώνει ερωτήσεις που απαιτούν μικρές απαντήσεις, ανοιγοκλείσιμο των βλεφάρων ή κούνημα του κεφαλιού, εάν ο ασθενής έχει δυσκολία στην ομιλία και είναι απογοητευμένος ή κουρασμένος.
5. προγραμματίζει περιόδους ανάπαυσης πριν από την επίσκεψη και τις συνεδρίες λογοθεραπείας, για να μεγιστοποιηθεί η δυνατότητα επικοινωνίας κατά τις ώρες αυτές.
6. κατά τη διάρκεια συζήτησης του νοσηλευτή με τον ασθενή, θα πρέπει ο πρώτος να μιλά αργά, μα χρησιμοποιεί απλές προτάσεις, να αποφεύγει τις χειρονομίες και να επαναλαμβάνει πολλές φορές τις λέξεις κλειδιά της συζήτησης.
7. χρησιμοποιεί κάποια βοηθήματα επικοινωνίας, όταν αυτό είναι εφικτό, όπως κάρτες με λέξεις, πίνακα με φωτογραφίες, κ.α.
8. συμβουλευτεί κάποιον λογοθεραπευτή σχετικά με τις μεθόδους αντιμετώπισης των διαταραχών του λόγου.

Είναι σημαντικό να ενημερωθούν τα άτομα του περιβάλλοντός του και το υγειονομικό προσωπικό σχετικά με τις χρησιμοποιούμενες τεχνικές για τη βελτίωση της ικανότητας επικοινωνίας του ασθενούς και να υπάρξει ενθάρρυνση χρήσης των κατάλληλων κάθε φορά τεχνικών. Επίσης να υπάρχει ενημέρωση τον γιατρό που παρακολουθεί τον ασθενή σε περίπτωση που αυτός εμφανίζει επιδείνωση της διαταραχής της προφορικής επικοινωνίας (Σαχίνη – Καρδάση).

Περίπτωση

Νοσηλευτική φροντίδα σε ασθενείς με διαταραχή της κινητικότητας που σχετίζεται με:

- Ø πρόβλημα κινητικότητας, λόγω έκπτωσης της κινητικής λειτουργίας και περιοδικής διαταραχής της αντίληψης

- Ø απώλεια του μυϊκού τόνου κατά την περίοδο της χαλαρής παράλυσης των προσβεβλημένων άκρων
- Ø υπερτονία των προσβεβλημένων άκρων
- Ø απροθυμία στην κίνηση που οφείλεται σε φόβο τραυματισμού
- Ø απώλεια μυϊκής μάζας, μυϊκού τόνου και ισχύος που οφείλεται σε παρατεταμένη ακινησία και ανεπαρκές επίπεδο θρέψης

Νοσηλευτική παρέμβαση:

Οι νοσηλευτές σε αυτή την περίπτωση, πρέπει να λάβουν πρόσθετα μέτρα για την αύξηση της κινητικότητας του ασθενή με ΣΚΠ. Πιο συγκεκριμένα πρέπει να:

1. εξασφαλίσουν κάποιο χρόνο ανάπαυσης του ασθενή πριν από τις συνεδρίες ασκήσεων
2. χορηγούν μυοχαλαρωτικά, πάντα με συνταγή γιατρού, για να μειωθεί η σπαστικότητα των άκρων που έχουν προσβληθεί
3. φροντίσουν ώστε να αποφευχθεί η πτώση στο έδαφος και να μειωθεί ο φόβος του ασθενούς για τυχόν τραυματισμό
4. βοηθήσουν τον ασθενή στη χρήση βοηθημάτων κίνησης
5. αφού σταθεροποιηθεί η κατάσταση του ασθενούς να τον βοηθήσουν στην εφαρμογή νευροφυσιολογικού και νευροαναπτυξιακού πρωτοκόλλου για τη βελτίωση των φυσιολογικών κινήσεων των προσβεβλημένων άκρων και στη χρήση τεχνικών νευρομυϊκής επανεκπαίδευσης για τη βελτίωση της μυϊκής δύναμης και τη μείωση της σπαστικότητας των άκρων που έχουν προσβληθεί από τη νόσο
6. διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης για να διατηρηθεί η μυϊκή μάζα, ο τόνος και η δύναμη του ασθενή, αυτό επιτυγχάνεται με την ενθάρρυνση του ασθενή για όλες τις προσπάθειες που καταβάλει προκειμένου να βελτιώσει την κινητικότητά του. Παράλληλα πρέπει να υπάρχει ενθάρρυνση και από το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Και σε αυτήν την περίπτωση νοσηλευτικής παρέμβασης πρέπει ο νοσηλευτής να συμβουλευτεί τον γιατρό του ασθενή αν αυτός δεν μπορεί να επιτύχει το αναμενόμενο επίπεδο κινητικότητας ή εάν το εύρος των κινήσεων περιορίζεται. Υπάρχουν βασικές ασκήσεις που εφαρμόζονται στους πάσχοντες με Σ.Κ.Π. για την μυϊκή ενδυνάμωσή τους και για την πρόληψη της ανικανότητας και την βελτίωση των λειτουργικών κινητικών επιδόσεών τους και πρέπει να εφαρμόζονται (Σαχίνη – Καρδάση).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Γυναίκα ασθενής Α.Κ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 64 ετών, εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, στην νευρολογική κλινική, ύστερα από Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε θωρακικό άλγος, αναπνευστική λοίμωξη, δυσφορία, αδυναμία συγκέντρωσης, υπνηλία, κοινωνική απομόνωση, έντονο άγχος, ανησυχία, αίσθημα ναυτίας και έντονη κεφαλαλγία.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 13/07/2014 και ώρα 12:30 π.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Α.Κ.

Φύλλο: θύλη

ΗΜ.ΓΕΝ.:25/12/1950 Ηλικία: 64

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή

Οικ. Κατάσταση: έγγαμη

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η ασθενής κατά την λήψη του ιστορικού ανέφερε γεγονότα που έδιναν το κίνητρο στον ιατρό να διαπιστώσει ότι αυτό το άτομο είχε προδιάθεση να αντιμετωπίσει προβλήματα ψυχικής διαταραχής. Πάσχει από την νόσο της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας και ακολουθεί φαρμακευτική αγωγή για την ανακούφιση των συμπτωμάτων. Ωστόσο λόγω των καθημερινών υποχρεώσεων και της επιφόρτισης που νιώθει τους τελευταίους μήνες αισθάνεται πως δεν μπορεί να ελέγξει τις φοβίες της και το έντονο άγχος. Πιστεύει ότι η κεφαλαλγία είναι αποτέλεσμα της πίεσης που την κατέχει για αυτό το λόγο παρατηρεί πως δεν υποχωρεί παρά την χορήγηση των αναλγητικών.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η ασθενής ζήτησε κάποια στιγμή από τα οικογενειακά πρόσωπα να επισκεφτεί κάποιον ψυχολόγο ώστε να συζητήσει ζητήματα που την απασχολούν και της παράγουν έντονο άγχος. Ωστόσο αυτή η επιθυμία δεν πραγματοποιήθηκε για οικονομικούς λόγους. Έχει κουραστεί από την καθημερινή τήρηση της

φαρμακευτικής αγωγής της ΣΚΠ και αγχώνεται ιδιαίτερα για το μέλλον. Το τελευταίο διάστημα, που η ίδια αναφέρει ότι επρόκειτο για 2 μήνες, δηλώνει πως ανυπόφορα συμπτώματα έντονης κεφαλαλγίας και θωρακικού άλγους δεν της επιτρέπουν να ζει σε φυσιολογικούς ρυθμούς την πραγματικότητα.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ασθενής παραπονιέται για έντονο πόνο που εντοπίζεται στο θώρακα, αδυναμία να συγκεντρωθεί σε τωρινές καταστάσεις, υψηλό άγχος με την μορφή στρες, δυσφορία, υπνηλία, ανησυχία για την αβεβαιότητα του μέλλοντος, αίσθημα ναυτίας ιδίως μετά από σωματική κόπωση, κεφαλαλγία που υποχωρεί με δυσκολία μετά την χορήγηση αναλγητικών και τέλος κοινωνική απομόνωση λόγω των πρόσφατων συμπτωμάτων και των ήδη υπάρχων προβλημάτων που φέρει η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας. Επιπλέον τον τελευταίο καιρό, όπως δήλωσε η ίδια ύστερα από επίσκεψη στον παθολόγο του νοσοκομείου έχει προσβληθεί από λοίμωξη του αναπνευστικού συστήματος και οφείλει να ακολουθήσει αγωγή με αντιβιοτική δράση.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η ασθενής υποβλήθηκε σε μια σειρά εξετάσεων (γενική- βιοχημική αίματος, αξονική τομογραφία θώρακος, νευρολογική εκτίμηση κ.ά.) και διαγνώστηκε ότι πάσχει από Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή λόγω ψυχικής ανισορροπίας που φέρει η ΣΚΠ. Ο θεράπων ιατρός αφού έλεγξε την φαρμακευτική αγωγή που της δίνεται για την αρχική νόσο (με σκοπό να αποφύγει τυχόν παρενέργειες) πρότεινε την χορήγηση ηρεμιστικών και αναλγητικών από φαρμακευτικής άποψης και της ζήτησε να ακολουθήσει ψυχανάλυση και τις μεθόδους αποκατάστασης της γνωστικής ψυχοθεραπείας ώστε να εξαλειφθεί στο βαθμό που επιτρέπεται η ψυχική φθορά και η παρουσία αρνητικών σκέψεων που τις παράγουν οι τωρινές της ανησυχίες.

<i>1.Ιξιολόγηση ασθενούς Άγκες- Προβλήματα- νοσηλευτική Διάγνωση</i>	<i>2.Αντικειμενικός Σκοπός</i>	<i>3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας</i>	<i>5.Εκτίμηση Αποτελέσματος</i>
Θωρακικό άλγος	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση από τον πόνο • Αντιμετώπιση συμπτωματολογίας αναπνευστικής λοίμωξης 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση της ασθενούς για την έκβαση της νόσου • Ψυχολογική υποστήριξη • Λήψη ζωτικών σημείων • Μέτρηση αρτηριακού αίματος 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αναλγητικών 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη αναπνευστικής λοίμωξης • Απομάκρυνση του πόνου στην θωρακική περιοχή

<p>Αδυναμία συγκέντρωσης</p>	<ul style="list-style-type: none">• Εξάλειψη συμπτώματος	<ul style="list-style-type: none">• Ενθάρρυνση της ασθενούς για τις επιπτώσεις της ΣΚΠ• Προσοχή για τυχόν παρενέργειες• Παρακολούθηση πορείας ασθενούς	<ul style="list-style-type: none">• Υποχώρηση συμπτώματος μετά το πέρας της θεραπείας	<ul style="list-style-type: none">• Ρύθμιση συμπτωμά ΣΚΠ
------------------------------	--	--	---	--

<p>Δυσφορία & Αναπνευστική λοίμωξη</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Αποφυγή επιπλοκών λόγω ΣΚΠ 	<ul style="list-style-type: none"> • Συνεχής λήψη ζωτικών σημείων • Λήψη – εκτίμηση αρτηριακού αίματος • Τοποθέτηση ασθενή σε ημικαθιστική θέση • Παρακολούθηση κορεσμού O₂ στο αίμα (παλμικό οξύμετρο) 	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση αναπνευστικής λοίμωξης • Πρόληψη παρενεργειών (συνεργική δράση με φάρμακα ΣΚΠ) • Επαρκή οξυγόνωση ασθενούς
--	--	--	--	---

<p>Υπνηλία & Κοινωνική απομόνωση</p>	<ul style="list-style-type: none">• Ψυχική αποκατάσταση ασθενούς• Αποφυγή καταθλιπτικής διάθεσης• Εξάλειψη συμπτωμάτων	<ul style="list-style-type: none">• Ψυχολογική υποστήριξη• Ανύψωση του ηθικού• Παρότρυνση για αυξημένο ενδιαφέρον	<ul style="list-style-type: none">• Ψυχανάλυση	<ul style="list-style-type: none">• Αντιμετώπιση συμπτωμάτων
--	--	---	--	--

<p>Έντονο άγχος & Ανησυχίες</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Αποκατάσταση ψυχικής φθοράς • Αποφυγή εγκατάστασης στρες • Πρόληψη ψυχοσωματικών ενοχλημάτων 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση ασθενούς • Προώθηση ανοικτού διαλόγου 	<ul style="list-style-type: none"> • Γνωστική ψυχοθεραπεία 	<ul style="list-style-type: none"> • Αντιμετώπιση ΓΑΔ • Πρόληψη επιπλοκών
-------------------------------------	--	---	---	---

<p>Αίσθημα ναυτίας & Κεφαλαλγία ΓΑΔ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη συμπτωμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενημέρωση του ασθενή για ανακούφιση από το στρες • Παρακολούθηση πορείας ασθενούς • Αποφυγή τοξικότητας ή παρενεργειών δραστικών ουσιών 	<ul style="list-style-type: none"> • Υποχώρηση συμπτωμάτων με την ολοκλήρωση της θεραπευτικής αγωγής 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Ανακούφιση ασθενούς
---	--	---	---	---

7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ-ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Γυναίκα ασθενής Η.Κ., έγγαμη και άνεργη, ηλικίας 47 ετών, εισήχθη στην νευρολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Ρίου, ύστερα από καταθλιπτική διαταραχή.

Συγκεκριμένα, η ασθενής παρουσίαζε θλίψη, στεναχώρια, έντονο θυμό, έλλειψη ενδιαφέροντος, κυκλοθυμία, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απελπισία, αυτοκαταστροφικές τάσεις, αυτοκτονικές ιδέες και ενοχικές εμμονές.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 09/08/2014 και ώρα 15:50 π.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Η.Κ.

Φύλλο: Θύλη

ΗΜ.ΓΕΝ.: 27/06/1967 Ηλικία:47

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Κατάθλιψη

Οικ. Κατάσταση: έγγαμη

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Η ασθενής πάσχει από Σκλήρυνση Κατά Πλάκας τα τελευταία 6 χρόνια και η εξέλιξη της νόσου δυσχεραίνει. Έχει κληρονομικό αναπνευστικής ευαισθησίας καθώς σε τακτά χρονικά διαστήματα ιδίως τους χειμερινούς μήνες εμφανίζει αναπνευστικές λοιμώξεις. Δεν έχει αισθανθεί στο παρελθόν κάποια διαταραχή της ψυχικής της ισορροπίας αλλά διακρίνει τους τελευταίους μήνες ενοχλήσεις στην ψυχολογική της υπόσταση λόγω του κοινωνικού στιγματισμού που αντιμετωπίζει στην κοινωνία.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Η ασθενής έχει επηρεαστεί από συμπεριφορές συνανθρώπων της που την κάνουν να αισθάνεται ως μη φυσιολογική λόγω της έντονης συμπτωματολογίας της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας και του κοινωνικού στιγματισμού. Έχει επιλέξει για διάστημα μεγαλύτερο από ένα χρόνο να ζει χωρίς κοινωνικές επαφές, απομονωμένα στο σπίτι της. Από την έναρξη εκείνης της περιόδου διακρίνει στον χαρακτήρα της μεταβολές που της επηρεάζουν την συμπεριφορά. Η θλίψη που την κατέχει δεν της επιτρέπει να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες με αισιοδοξία και ακολούθησαν ακόμα πιο ενοχλητικά συμπτώματα όπως η απελπισία και η έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες. Αναγκάστηκε να ζητήσει ιατρική γνώματευση όταν αισθάνθηκε πως άρχισε να αναπτύσσει αυτοκαταστροφικές τάσεις.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο νευρολόγος κατά την εισαγωγή της στην νευρολογική κλινική διέκρινε αμέσως ότι επρόκειτο για καταθλιπτική διαταραχή λόγω των έντονων χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της νόσου. Η ασθενής παραπονέθηκε για απελπισία, θλίψη και μια μόνιμη στεναχώρια, έλλειψη ενδιαφέροντος, κυκλοθυμία, χαμηλή αυτοεκτίμηση της τωρινής της εικόνας, ενοχικές εμμονές που την βασανίζουν και το σημαντικότερο από όλα αυτοκαταστροφικές τάσεις ενάντια στον εαυτό της, οι οποίες συνοδεύονται από

σκέψεις αυτοκτονικές. Οι διαγνωστικές εξετάσεις που ακολούθησαν στην συνέχεια (όπως τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το Διαγνωστικό Στατιστικό Εγχειρίδιο Συναισθηματικών Διαταραχών DSM-III-R) ανέδειξαν ότι η ασθενής πάσχει από Καταθλιπτική Διαταραχή ως απόρροια της Σκλήρυνσης Κατά Πλάκας.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Στόχος της θεραπευτικής προσέγγισης της ασθενούς είναι η τροποποίηση των νευροδιαβιβαστών στον ανθρώπινο εγκέφαλο, δηλαδή η αύξηση της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης.

Από φαρμακευτική άποψη προτείνει την χορήγηση των εξής δραστικών ουσιών: εκλεκτικοί αναστολείς σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης, αναστολείς της ντοπαμίνης, τρικυκλικά φάρμακα και αναλγητικά. Πέραν αυτής της ιατρικής εντολής ζήτησε από την ασθενή να δεχτεί ορισμένες συνεδρίες ψυχοθεραπείας και συγκεκριμένα της υπαρξιακής ψυχοθεραπείας.

1.Ιξολόγηση θενούς Ανάγκες- οβλήματα- σηλευτική Διάγνω	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσμαι
Θλίψη & Στεναχώρια	<ul style="list-style-type: none"> Εξάλειψη συμπτωμάτων 	<ul style="list-style-type: none"> Ενημέρωση ασθενούς για το θεραπευτικό πλάνο Ενθάρρυνση για την εξέλιξη της νόσου 	<ul style="list-style-type: none"> Χορήγηση εκλεκτικών αναστολέων σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης 	<ul style="list-style-type: none"> Αντιμετά συμπτωμάτω

Έντονος θυμός & Κυκλοθυμία	<ul style="list-style-type: none"> • Απουσία συμπτωμάτων • Ψυχική ενδυνάμωση 	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχολογική υποστήριξη • Προσοχή παρενέργειες φαρμάκων 	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη αναστολείς ντοπαμίνης 	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση από συμπτώματα
----------------------------	--	--	--	---

Έλλειψη ενδιαφέροντος & Χαμηλή αυτοεκτίμηση	<ul style="list-style-type: none"> • Ανακούφιση από τα συμπτώματα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση ασθενούς για επικοινωνιακό διάλογο • Ενημέρωση μείωσης συμπτωμάτων μετά το πέρας της θεραπείας 	<ul style="list-style-type: none"> • Ψυχοθεραπεία (υπαρξιακή ψυχοθεραπεία) 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Σταδιακή ψυχική ενδυνάμωση ασθενούς
---	--	--	---	---

<p>Απελπισία & Αυτοκαταστροφικές τάσεις</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη συμπτωμάτων • Αποτροπή αυτοτραυματισμού 	<ul style="list-style-type: none"> • Λήψη ζωτικών σημείων • Παρακολούθηση ασθενούς για παρενέργειες • Νευρολογική εκτίμηση 	<ul style="list-style-type: none"> • Τρικυκλικά φάρμακα 	<ul style="list-style-type: none"> • Βελτίωση κλινικής εικόνας ασθενούς
---	---	---	--	--

<p>Ενοχικές εμμονές & Αυτοκτονικές ιδέες Κατάθλιψη</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Πρόληψη για πρόκληση βλάβης στον εαυτό της 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενθάρρυνση για σταδιακή βελτίωση μέσω της φαρμακευτικής αγωγής • Παρακολούθηση ασθενούς • Ανοικτός διάλογος 	<ul style="list-style-type: none"> • Υποχώρηση συμπτωματολογίας με την θεραπευτική αντιμετώπιση 	<ul style="list-style-type: none"> • Επιτυχή θεραπεία κατάθλιψ • Αποφυγή επιπλοκά • Ψυχική αποκατά ασθενούς
--	--	---	--	--

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας είναι μια από τις πιο συχνές νευρολογικές παθήσεις, η οποία προσβάλλει το άτομο ιδιαίτερα κατά την παραγωγική του ηλικία.

Η κλινική εικόνα εντοπίζεται σχεδόν σε όλα τα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού έχοντας την ικανότητα να προκαλέσει μέχρι και αναπόφευκτες –μη αντιμετωπίσιμες βλάβες.

Ο ασθενής λόγω της έντονης συμπτωματολογίας και της χρονιότητας της νόσου έρχεται αντιμέτωπος με ιδέες απομόνωσης και χαρακτηριστικά που αποδεικνύουν τον κοινωνικό στιγματισμό.

Η διαταραχή της ψυχικής ισορροπίας του ασθενή αποτελεί ένα γνωστό φαινόμενο στον χώρο της Ψυχιατρικής Επιστήμης. Η εκδήλωση ψυχικών παθήσεων σε ασθενή με ΣΚΠ θεωρείται ως μια «δεδομένη» εξέλιξη της νοσηρής πορείας του.

Ο νοσηλευτής οφείλει να παρατηρεί και να αξιολογεί οποιοδήποτε κλινικό εύρημα δεν σχετίζεται με την συμπτωματολογία της νόσου αλλά είναι απόρροια ψυχικής δυσλειτουργίας με σκοπό να διαγιγνώσκει το συντομότερο δυνατόν την φύση της ψυχικής ασθένειας.

Οι μέθοδοι της ψυχοθεραπείας αποτελούν την καταλληλότερη στρατηγική για την αντιμετώπιση ασθενειών που προκύπτουν από την ψυχική αδυναμία του πάσχοντα να ελέγχει τα συναισθήματα του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασιάδης, Ε. Θεραπευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της σκλήρυνσης κατά πλάκας, Θεσσαλονίκη : Προμηθεύς, 2000

Γρηγοράκης, Δ. Διατροφή και σκλήρυνση κατά πλάκας, Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, 2005

Ιατρική Εγκυκλοπαίδεια, Άτλας Ανατομίας, συγγραφέας: Συλλογικό έργο, (μετ.) Μαυρικάκη Ευαγγελία, Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκης

Καζής Α, κ.α. Πρακτικά 5^{ης} Μετεκπαιδευτικής Ημερίδος, Πάτρα: 1996

Κεκάτος, Ε. Β. Σκλήρυνση κατά πλάκας: Φυσικοθεραπευτική φροντίδα, Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε., 2001

Λαγός, Γ. Πρακτικά 5^{ης} Μετεκπαιδευτικής Ημερίδος, Πάτρα: 1996

Πασχαλίδου, Μ. Πρακτικά 5^{ης} Μετεκπαιδευτικής Ημερίδος, Πάτρα: 1996

Πιπερίδου Χ. , Πρακτικά 5^{ης} Μετεκπαιδευτικής Ημερίδος, Πάτρα: 1996

Ραβάνης, Χ. Η σκλήρυνση κατά πλάκας: Κοινωνιολογικές και ψυχολογικές παράμετροι. - 1η έκδ. - Αθήνα : Νήσος, 2009

Σαχίνη Καρδάση Α., Πάνου, Μ. Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική, Έκδοση Β' 3ος τόμος

Souza, L. Θεραπευτική προσέγγιση στη σκλήρυνση κατά πλάκας, Αθήνα: Έλλην, 1997

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

<http://www.doctorshospital.gr/medical-library-diseases/multiple-sclerosis.html>

<http://www.coloplast.gr/UROLOGYANDCONTINENCECARE/TOPICS/SYMPTOMS/MS/CAUSES/Pages/SymptomsMS.aspx>

<http://www.overcomingmultiplesclerosis.org/i/el/MS-in-Family-Members/>

<http://physiokinesis.wordpress.com/%CE%AC%CF%81%CE%B8%CF%81%CE%B1/multipe-sclerosis/>

http://sclerosisbook.blogspot.gr/2008/07/blog-post_9596.html

<http://homepages.Pathfinder.gr/mssOciety/skp.pdf>, Ελληνική Εταιρεία Σκλήρυνσης Κατά Πλάκα

www.medlook.net. / National Institute Of Neurological Disorderw and Stroke, Neurology, Food and Drug Administration, Reuters September 2006