

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΑΙΓΙΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΚΑΤΑΓΜΑΤΩΝ ΠΤΕΡΝΩΝ
ΑΜΦΩ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΠΑΡΑΝΟΕΙΔΟΥΣ
ΤΥΠΟΥ**



ΛΥΚΟΓΕΩΡΓΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ : ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

ΑΙΓΙΟ, 2013

“ Physiotherapeutic approach of bilateral heel fractures in patients suffering from paranoid type of schizophrenia”

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή, για την οποία βρίσκουμε μαρτυρίες από την αρχαιότητα. Είναι μια πάθηση που έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα, όσο λίγες παθήσεις, καθώς το δέος που προκαλούσε στους ανθρώπους η "τρέλα", τους έκανε συχνά να την αποδίδουν σε θεϊκή παρέμβαση, σε δαιμονισμό και σε άλλες μεταφυσικές αιτίες.

Οι ψυχίατροι αποδέχονται την άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή. Η σχιζοφρένεια προσβάλλει την προσωπικότητα και την κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενή. Παρατηρείται στον ασθενή διαταραχή της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς.

Η φυσικοθεραπεία καλείται να συνεισφέρει και σε αυτόν τον τομέα της ψυχιατρικής, όπου αυτή η ψυχική νόσος συνοδεύεται από λειτουργικά προβλήματα. Στην συγκεκριμένη εργασία ο φυσικοθεραπευτής αντιμετωπίζει τα κατάγματα πτερνών σε ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια παρανοείδους τύπου.

Τέλος, σημαντικό ρόλο στην αποκατάσταση του ασθενή έχει η συνεργασία όλης της ομάδας αποκατάστασης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία η οποία φέρει τον τίτλο:«Φυσικοθεραπευτική προσέγγιση καταγμάτων πτερνών αμφώ σε ασθενείς με σχιζοφρένεια παρανοειδούς τύπου», αποτελεί πτυχιακή εργασία η οποία είναι αναπόσπαστο κομμάτι της φοίτησης κάθε φυσικοθεραπευτή της σχολής Φυσικοθεραπείας του Α.Τ.Ε.Ι Πατρών (Αιγίου).

Η πτυχιακή εργασία πραγματεύεται θέματα που έχουν σχέση με άτομα που πάσχουν από σοβαρή ψυχική νόσο, το οποίο όμως δεν αναιρεί το ενδεχόμενο εμφάνισης οργανικού αιτίου, όπως είναι τα κατάγματα.

Σκοπός της πτυχιακής είναι να αναδείξει ποιά η ανάμειξη της φυσικοθεραπείας με άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Προορίζεται δε προς χρήση και βοήθεια κάθε φυσικοθεραπευτή, φοιτητή αλλά και επαγγελματία που ασχολείται με παρόμοια θέματα.

Σήμερα, η φυσικοθεραπεία είναι μια ειδικότητα που πλέον έχει ενταχθεί και στο χώρο της ψυχιατρικής. Τα άτομα με ψυχικό νόσημα μπορεί να πάσχουν από οποιοδήποτε οργανικό αίτιο το οποίο λόγω του ανθυγιεινού τρόπου ζωής και της φαρμακευτικής αγωγής με τις διάφορες παρενέργειες της δυσκολεύει ακόμα περισσότερο την λειτουργική τους αυτονομία και ανεξαρτησία. Επομένως, ο φυσικοθεραπευτής καλείται να αντιμετωπίσει αυτά τα αίτια με την χρήση όλων των μέσων που διαθέτει. Το πεδίο γνώσεων του πρέπει να είναι ευρύ αφού τα άτομα με ψυχικό νόσημα παρουσιάζουν πάσης φύσεως οργανικά προβλήματα.

Τέλος, σημαντικό ρόλο παίζει και η συνεργασία του φυσικοθεραπευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας αποκατάστασης, προκειμένου τα άτομα αυτά να βοηθηθούν πολύπλευρα.

Όλα τα παραπάνω με **σεβασμό** προς τα άτομα με ψυχικό νόσημα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Εισαγωγή.....	9
1. Σχιζοφρένεια.....	10
1.1 Ορισμός.....	10
1.2 Ιστορική αναδρομή	10
1.3 Επιδημιολογία.....	12
1.4 Κριτήρια & υπότυποι.....	12
1.5 Γενετική βάση.....	14
1.6 Οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία.....	15
1.7 Θεραπεία.....	17
1.7.1 Αντιψυχωσικά φάρμακα.....	18
1.7.2 Άλλες θεραπείες	20
1.8 Πρόγνωση.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2. Στίγμα & κοινωνικός αποκλεισμός	24
2.1 Στίγμα	24
2.2 Κοινωνικό στίγμα.....	26
2.3 Αυτό- στιγματισμός.....	28
2.4 Επαγγελματίες υγείας.....	29
2.5 Συνέπειες στίγματος.....	30
2.6 Μείωση στίγματος.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3. Πράξεις βίας.....	34
3.1 Εγκληματικότητα.....	34
3.2 Αυτοκτονία.....	35
3.3 Μέθοδοι αυτοκτονίας&τραυματισμοί.....	38
3.3.1 Μηχανισμός τραυματισμών.....	38
3.3.2 Κατανομή τραυματισμών.....	39
3.3.3 Επιβίωση.....	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4. Εισαγωγή στα κατάγματα πτερνών.....	45
4.1 Ανατομικά στοιχεία της πτέρνας.....	46
4.2. Κατάγματα πτερνών.....	47
4.3. Γωνία Bohler,Gissone.....	49
4.4. Ταξινόμηση καταγμάτων πτερνών.....	50
4.5. Θεραπεία των καταγμάτων της πτέρνας.....	53
4.5.1Συντηρητική θεραπεία.....	53
4.5.2.Χειρουργική αντιμετώπιση.....	54
4.6. Επιπλοκές.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5. Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση.....	61
5.1. Φυσικοθεραπεία στην ψυχιατρική.....	61
5.2. Άσκηση και οφέλη.....	61
5.3 Μηχανισμοί και μοντέλα.....	63
5.4. Ψυχικά οφέλη άσκησης.....	65

5.5. Αυτοέλεγχος.....	66
5.6. Φυσικοθεραπεία.....	66
5.6.1. Ομαδικό και ατομικό πρόγραμμα.....	67
5.7. Ενδεικτικό πρόγραμμα φυσικοθεραπείας.....	69
6. Συμπερασματα.....	81
7. Βιβλιογραφία.....	84

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχιζοφρένεια είναι μια ψυχική διαταραχή, για την οποία βρίσκουμε μαρτυρίες από την αρχαιότητα. Είναι μια πάθηση που έχει απασχολήσει την ανθρωπότητα, όσο λίγες παθήσεις, καθώς το δέος που προκαλούσε στους ανθρώπους η "τρέλα", τους έκανε συχνά να την αποδίδουν σε θεϊκή παρέμβαση, σε δαιμονισμό και σε άλλες μεταφυσικές αιτίες.

Η σχιζοφρένεια κατά προσέγγιση μεταφράζεται ως "μοίρασμα του νου" και προέρχεται από τις αρχαίες ελληνικές λέξεις σχίζω = διαχωρισμός και φρένα = λογική. Επιπλέον, είναι μια σύμπλοκη νοσολογική οντότητα η οποία κατά βάση χαρακτηρίζεται από αλλοίωση της εξωτερικής και της εσωτερικής πραγματικότητας.

Αυτό το οποίο εντυπωσιάζει, προβληματίζει και για το οποίο ξεχωρίζει η συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή δεν είναι τόσο η συχνότητα της αλλά το εύρος των λειτουργιών που προσβάλλει, η διάρκεια της, οι ατομικές και οι κοινωνικές επιπτώσεις της και τέλος η αδιευκρίνιστη αιτιολογία της.

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια και υποτροπιάζουσα διαταραχή, η οποία σχετίζεται με μικρότερη διάρκεια ζωής και σημαντικές αναπηρίες στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα.

Η θεραπεία της συνεπάγεται με την ολιστική προσέγγιση του ασθενή, η οποία συμπεριλαμβάνει τη φαρμακευτική θεραπεία, τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, την βοήθεια στέγασης και την οικονομική συντήρηση.

Οι γενικοί στόχοι της θεραπείας είναι η μείωση της θνησιμότητας και η βελτίωση της λειτουργικότητας του ασθενή, τα οποία έχουν ως άμεση συνέπεια την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που έχουν προσβληθεί από την συγκεκριμένη ψυχική νόσο.

1. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

1.1 Ορισμός

Οι ψυχίατροι αποδέχονται την άποψη ότι η σχιζοφρένεια είναι μια *ψυχωτική ψυχική διαταραχή*, με συνέπεια να προσβάλλει την ψυχική και κοινωνική λειτουργικότητα του ασθενή, ο οποίος διακατέχεται από διαταραχή της σκέψης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς. Η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη μέχρι και σήμερα. Χαρακτηρίζεται από θετικά και αρνητικά συμπτώματα. Λόγω των ανατομικών και λειτουργικών βλαβών στην περιοχή του εγκεφάλου, η σχιζοφρένεια τεκμηριωμένα πλέον, αποτελεί εγκεφαλική διαταραχή (Kaplan & Saldock's, 2004).

1.2 Ιστορική Αναδρομή

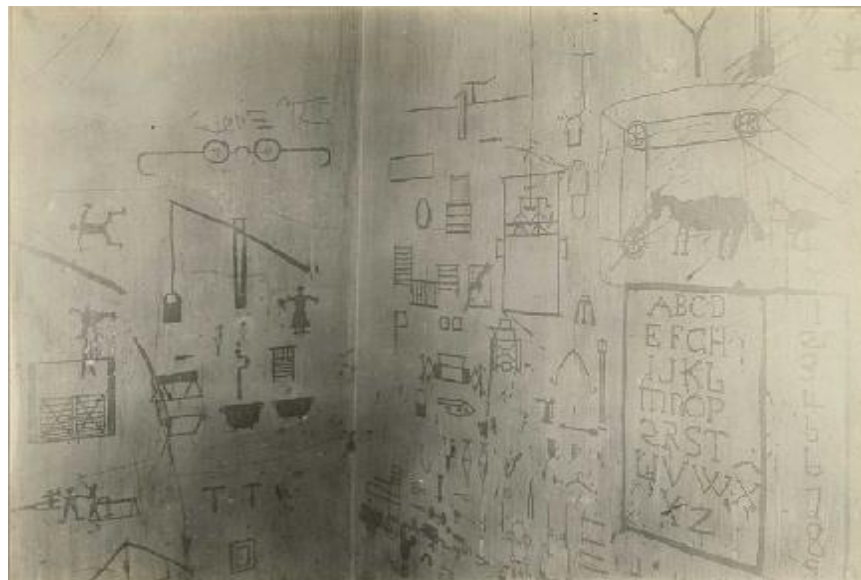
Οι τρέχουσες απόψεις σχετικά με τη νόσο που σήμερα ονομάζουμε σχιζοφρένεια προήλθαν από τον Emil Krapelin (1856), που πρώτος τη διαχώρισε από την μανιο-καταθλιπτική ψύχωση και την αποκάλεσε *πρώιμη άνοια (dementia praecox)*, υιοθετώντας τον όρο από τον Benedict Morel (1852), δίνοντας έμφαση στην επιδείνωση της νοητικής λειτουργιάς (άνοια) και στην μικρή ηλικιακή έναρξη που χαρακτηρίζει την νόσο (πρώιμη). Αρχικά ο Krapelin πίστευε πως η "κατατονία" και η "ηβηφρένεια", όροι οι οποίοι είχαν περιγραφεί παλαιότερα από τους Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) και Ewald Hecker (1843-1909), καθώς και η παρανοειδής μορφή σχιζοφρένειας, ήταν ξεχωριστά νοσήματα, αλλά το 1908, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ήταν υπότυποι μιας ενιαίας νόσου.

Στη συνέχεια ο Eugen Bleuler (1911) αντικατέστησε τον όρο *πρώιμη άνοια* με τον όρο *σχιζοφρένεια*. Ο Bleuler αναφέρθηκε στη "διάσπαση" των ψυχικών λειτουργιών, δηλαδή την έλλειψη αντιστοιχίας μεταξύ του ιδεασμού και της συναισθηματικής έκφρασης - την ύπαρξη σχίσματος στη σκέψη, στο συναίσθημα και στη συμπεριφορά των πασχόντων. Πίστευε ότι όλα τα σχιζοφρενικά σύνδρομα αποτελούνται από πρωτογενή συμπτώματα, τα "τέσσερα Α", τα οποία είναι τα εξής : χαλαρότητα συνειρμών (loose associations), επίπεδο συναίσθημα (flat affect), αμφιθυμία (ambivalence) και αυτισμός (autism) και τα δευτερογενή συμπτώματα τα οποία είναι οι παραληρηματικές ιδέες και οι ψευδαισθήσεις. Ο Sigmund Freud (1856), αναλύοντας μια περίπτωση παρανοειδούς παραληρήματος του Schreber,

συνδέει το διωκτικό παραλήρημα με λανθάνουσες ομοφυλοφιλικές τάσεις και απόσυρση των λιβιδινικών επενδύσεων από το εξωτερικό αντικείμενο προς τον εαυτό του (επαναγωγή στον πρώιμο αυτοερωτισμό). Με άλλα λόγια ο Freud, αντιμετώπισε την σχιζοφρένεια ως εκδήλωση "ασθενούς εγώ" και αδυναμία χρησιμοποίησης των αμυντικών μηχανισμών του "εγώ" για την αντιμετώπιση του άγχους και των ενστικτωδών δυνάμεων, το οποίο είναι αποτέλεσμα της καθήλωσης της λίμπιντο (libido) σε ένα πρώιμο ναρκισσιστικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης (Σολδάτος, Κ. 2007).

Ο Kurt Sneider (1930) υποστηρίζει πως η διάγνωση της σχιζοφρένειας στηρίζεται κυρίως στην κλινική περιγραφή και όχι στην εξέλιξη της νόσου και εισάγει 14 συμπτώματα - κριτήρια πρώτου και δευτέρου βαθμού, που αποτέλεσαν σταθμό στη διαγνωστική διαδικασία.

Προειδοποίησε τους γιατρούς, ότι η διάγνωση μπορεί να τεθεί ακόμα και σε κάποιους ασθενείς που δεν εμφανίζουν συμπτώματα της πρώτης τάξης. Το 1937 ο Gabriel Langfeldt διατύπωσε τη θεωρία ότι η σχιζοφρένεια χωρίζεται σε δυο τύπους ψύχωσης : 1) σε αυτούς που πάσχουν από αληθή σχιζοφρένεια, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στα συμπτώματα της αποπροσωποποίησης, του αυτισμού, της συναισθηματικής άμβλυνσης, της προοδευτικής έναρξης και των συναισθημάτων αποπραγματοποίησης και 2) σε αυτούς που πάσχουν από σχιζοφρενικόμορφη ψύχωση (Σολδάτος, Κ. 2007).



Νοσοκομείο Αγ. Ελίζαμπεθ. Τοίχος δωματίου του Ward Retreat 1. Αναπαραγωγές από μια διαταραγμένη περίπτωση πρώιμης άνοιας. Οι εικόνες συμβολίζουν γεγονότα από το παρελθόν των ασθενών και αντιπροσωπεύουν μια ήπια κατάσταση της ψυχικής παλινδρόμησης. Χωρίς ημερομηνία, αλλά πιο πιθανό στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Επιλεγμένη από την Kathleen.

1.3 Επιδημιολογία

Η επιδημιολογία είναι η δυναμική μελέτη των προσδιοριστικών παραγόντων της εμφάνισης και της διασποράς της υγείας και της νόσου σε ένα πληθυσμό. Η επιδημιολογία ερμηνεύει την σχέση της νόσου με τον πληθυσμό και περιλαμβάνει τον προσδιορισμό, την ανάλυση και την ερμηνεία της συχνότητας μιας νόσου (Bromet and Fennig, 1999). Η πιθανότητα κάθε ανθρώπου να νοσήσει κάποια περίοδο της ζωής του από σχιζοφρένεια, κυμαίνεται στο ένα τοις εκατό (1%),(Jablensky, 1997).

Η συχνότητα παραμένει ίδια ανάμεσα στα δυο φύλα. Οι άνδρες όμως, εμφανίζουν συνήθως τα συμπτώματα της νόσου σε μικρότερη ηλικία (3-4 χρόνια νωρίτερα) απ' ό τι οι γυναίκες. Έτσι, η σχιζοφρένεια στους άνδρες συνήθως εμφανίζεται έως το τριακοστό έτος της ηλικίας τους (20-30 ετών), ενώ στις γυναίκες μέχρι το τριακοστό πέμπτο (25-35 ετών).

Διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα, επίσης, έχουν αναφερθεί και στα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, με τους άνδρες να παρουσιάζουν πιο σοβαρά αρνητικά συμπτώματα.

Τα άτομα που έχουν γεννηθεί χειμώνα, έχει βρεθεί πως είναι πιο επιρρεπή στην ανάπτυξη της νόσου, σε σύγκριση με εκείνα που γεννήθηκαν άνοιξη ή καλοκαίρι. Έχει βρεθεί πως πώς το ποσοστό των ατόμων με σχιζοφρένεια, οπου γεννήθηκαν κατά τους χειμερινούς μήνες, είναι περίπου 5% έως 15% υψηλότερο απ' ό τι σε άλλες περιόδους του έτους. Η κοινωνική τάξη και η σχιζοφρένεια έχει αντιστρόφως ανάλογη σχέση, δηλαδή η σχιζοφρένεια είναι πιο συχνή στις κατώτερες σε σχέση με τις ανώτερες κοινωνικό- οικονομικές ομάδες. Βρέθηκε πως η διαφορά ανάμεσα στα ποσοστά της κατώτερης και υψηλότερης τάξης είναι περίπου 3 προς 1 (Tandom, Keshavan and Nasrallah, 2008).

1.4 Κριτήρια & Υπότυποι

Τα σύγχρονα βασικά κριτήρια του DSM-IV-TR για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι :

- 1) παραληρηματικές ιδέες
- 2) ψευδαισθήσεις

3) αποδιοργανωμένος λόγος (π.χ. συχνός εκτροχιασμός ή ασυναρτησία)

4) εντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά

5) αρνητικά συμπτώματα, π.χ. συναισθηματική επιπέδωση, αλογία ή αβουλησία

Η διάγνωση της νόσου απαιτεί την παραμονή μονόν ενός συμπτώματος του Κριτηρίου Α αν οι παραληρητικές ιδέες είναι αλλόκοτες ή οι ψευδαισθήσεις αποτελούνται από μία φωνή που σχολιάζει αδιάκοπα τη συμπεριφορά ή τις σκέψεις του ατόμου, ή από δύο ή περισσότερες φωνές που συνδιαλεγονται μεταξύ τους (Kaplan & Saldock's, 2004).

Ο διαχωρισμός της σχιζοφρένειας σε υπότυπους κατά την DSM-IV-TR:

Παρανοειδής τύπος. Αυτός είναι ένας από τους συχνότερους και γνήσιους τύπους σχιζοφρένειας. Το κύριο χαρακτηριστικό σε αυτήν την περίπτωση είναι η ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρηματικές ιδέες κυρίως διωκτικού τύπου που μπορεί να παίρνει την μορφή κατασκόπευσης ή σεξουαλικής υφής (π.χ. ιδέα ότι οι άλλοι θεωρούν το άτομο ομοφυλόφιλο και το σχολιάζουν), συνοδευόμενη από ακουστικές ψευδαισθήσεις, συνήθως υβριστικές και κάποιες φορές καθοδηγητικές ή προτρεπτικές. Επίσης, υπάρχουν έντονες παραληρηματικές ιδέες μεγαλείου, ζηλοτυπικές, ερωτομανιακές. Η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 42 έτη. Η πορεία της μπορεί να είναι επεισοδιακή, με μερική ή πλήρη αποδρομή ή χρόνια χωρίς ευρείες διακυμάνσεις.

Κατατονικός τύπος. Στις μέρες μας αυτός ο τύπος, δεν καταλήγει στις δραματικές κλινικές εικόνες του παρελθόντος, λόγω της πρώιμης έναρξης φαρμακευτικής αγωγής. Το κύριο σημειολογικό γνώρισμα είναι η κατατονική εμβροντησία, όπου ο ασθενής πολλές φορές φτάνει στην πλήρη άρση των εκούσιων κινήσεων του σώματος, καθώς δεν υπάρχει καμία αντίδραση σε εξωτερικά ερεθίσματα. Η λήψη τροφής, η σίτιση, η προσωπική του υγιεινή και η αφόδευση, μπορεί να αναστέλλονται

Αποδιοργανωτικός τύπος. Η συμπεριφορά του ασθενή σε αυτόν τον τύπο έχει αποδιοργανωθεί πλήρως, μιλάει διαρκώς και ακατάληπτα, με πολλές νεολοξίες, μέχρι το σημείο της πλήρους ασυναρτησίας. Αδιαφορεί για την προσωπική του υγιεινή, έχει απρόσφορο χαμόγελο και έντονους μορφασμούς.

Αδιαφοροποιήτος τύπος. Στην περίπτωση αυτή προεξάρχουν οι παραληρηματικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις, η ασυναρτησία ή σημαντικά διαταραγμένη προσωπικότητα, χωρίς να πληρούνται τα κριτήρια των μορφών που αναφέρθηκαν πιο πάνω.

Υπολειμματικός τύπος. Ο τύπος αυτός αναφέρεται σε ασθενείς που έχουν τουλάχιστον ένα σχιζοφρενικό επεισόδιο, ενώ στην κλινική εικόνα υπερτερούν τα αρνητικά συμπτώματα και απουσιάζουν τα θετικά

Κατά μια άλλη ταξινόμηση η σχιζοφρένεια διακρίνεται σε **θετικά** συμπτώματα, όταν η σκέψη του ασθενούς "παράγει" κάτι που δεν υπάρχει (δηλαδή παραληρηματικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, ιδεόρροια) και σε **αρνητικά** συμπτώματα, όταν κάτι "λείπει" (δηλαδή ανηδονία, αλογία, αβουλία και συναισθηματική επιπέδωση), (Σολδάτος και Λύκουρας, 2006).

1.5 Γενετική Βάση

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ	ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ
Γενικός πληθυσμός	1%
Συγγενής πρώτου βαθμού (γονέας, παιδί, αδερφός)	6-17%
Συγγενής δευτέρου βαθμού	2-6%
Παιδί με έναν σχιζοφρενικό γονέα Και τον άλλο ψυχωσικό	12,8%
Παιδί με 2 σχιζοφρενικούς γονείς	46%
Διζυγωτικά δίδυμα	17%
Μονοζυγωτικά δίδυμα	50%

Οικογενειακό ιστορικό. Η συνολική εκτίμηση κληρονομικότητας για την ευθύνη της σχιζοφρένειας είναι 60% έως 70% (Schultzsh, North and Shields, 2007).

1.6 Οργανική εγκεφαλική δυσλειτουργία

1. Δομική εγκεφαλική βλάβη. Οι σχετικές μελέτες αφορούν σε παθολογοανατομικά ευρήματα σε σχιζοφρενείς και σε απεικονιστικά ευρήματα σε ζώντες ασθενείς και σε νευροψυχολογικές παρατηρήσεις.

Û Οι παθολογοανατομικές αλλοιώσεις που έχουν διαπιστωθεί σε σχιζοφρενείς αφορούν κυρίως στο υπερμεσολόβιο (μεταιχμιακό) σύστημα και τα βασικά γάγγλια. Ως προς το πρώτο, έχει διαπιστωθεί μείωση του μεγέθους του αμυγδαλοειδούς πυρήνα, του ιπποκάμπου και της παραϊπποκαμπίου έλικας. Ως προς τα βασικά γάγγλια έχει διαπιστωθεί μείωση του μεγέθους της ωχράς σφαίρας και της μέλαινας ουσίας καθώς και αύξηση του αριθμού των D2 υποδοχέων στον κερκοφόρο πυρήνα κυρίως.

Û Η απεικόνιση του εγκεφάλου σε σχιζοφρενείς έχει δώσει μέχρι σήμερα ποικιλία ευρημάτων. Αναφορικά με τις δομικές απεικονιστικές μεθόδους (CT και MRI) αδρές ανωμαλίες έχουν διαπιστωθεί σε διάφορες εγκεφαλικές περιοχές (ατροφία μετωποκροταφικού φλοιού και ιπποκάμπων, μεγέθυνση κερκοφόρου πυρήνα, διεύρυνση των πλαγίων και της τρίτης κοιλίας, σμίκρυνση του θαλάμου, ανωμαλίες στο σχήμα του μεσολοβίου και την παρεγκεφαλίδα, μείωση του όγκου του εγκεφάλου. Ως προς τις λειτουργικές απεικονιστικές μεθόδους (MRS, PET, SPECT, f MRI) έχουν διαπιστωθεί μείωση του μεταβολισμού στους μετωπιαίους λοβούς με παράλληλη αδυναμία αύξησης της αιματικής ροής κατά τη διάρκεια προκλητών ψυχολογικών δοκιμασιών, αύξηση του μεταβολισμού και της αιματικής ροής στις αριστερές κροταφικές περιοχές.

SCHIZOPHRENIA IN IDENTICAL TWINS

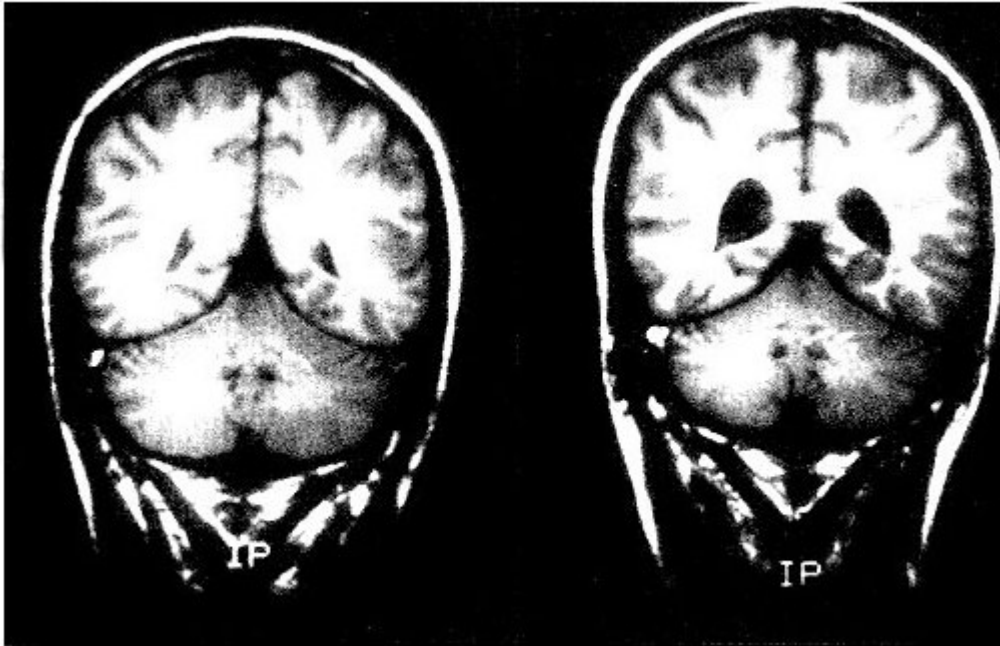


Photo courtesy of Drs. E. Fuller Torrey and Daniel Weinberger.

Μαγνητική τομογραφία (MRI), ενός 28χρονου άνδρα. Ομοζυγωτικά δίδυμο που δείχνει την κοιλία του εγκεφάλου διευρυμένη στο δίδυμο με σχιζοφρένεια (δεξιά) σε σύγκριση με τον υγιή αδερφό του (αριστερά).

Ύ Τέλος, νευροψυχολογικά δεδομένα δείχνουν ότι τα άτομα τα οποία πάσχουν από σχιζοφρένεια παρουσιάζουν διαταραχές ως προς τη γενικότερη επεξεργασία πληροφοριών καθώς και ελλειμματική λειτουργικότητα αναφορικά με τους μετωπιαίους λοβούς και ο βρεγματικό λοβό δεξιά (Kaplan & Saldock's, 2004).

2. Νευροχημική διαταραχή

Οι υπάρχουσες ενδείξεις στηρίζουν την άποψη ότι στη σχιζοφρένεια υφίσταται μια διαταραχή των νευροδιαβιβαστικών συστημάτων κυρίως του ντοπαμινεργικού και δευτερευόντως των υπολοίπων (σεροτονινεργικό, νοραδρενεργικό κ.ά.). Η ντοπαμινική υπόθεση θεωρεί ότι στη σχιζοφρένεια υφίσταται υπερλειτουργία του ντοπαμινεργικού συστήματος. Η αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα στους σχιζοφρενείς μπορεί να οφείλεται στην αυξημένη παραγωγή ντοπαμίνης, την αυξημένη ευαισθησία στην ντοπαμίνη των σχετικών υποδοχέων ή και στην αύξηση του αριθμού των υποδοχέων αυτών. Από τις διάφορες εγκεφαλικές περιοχές, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο φαίνεται να

παίζει το ντοπαμινεργικό σύστημα της κοιλιακής περιοχής της καλύπτρας που προβάλλει στο μετωπιαίο λοβό καθώς και σε διάφορα τμήματα του μεταιχμιακού συστήματος. Έτσι, τα δεδομένα της ντοπαμινικής υπόθεσης φαίνεται να συνδυάζονται με τα απεικονιστικά ευρήματα, όπως αυτά εκτέθηκαν παραπάνω.

Η εμπλοκή των άλλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων στην αιτιολογία της σχιζοφρένειας εικάζεται από τη βελτιωτική στη νόσο επίδραση των νεότερων άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων. Έτσι, η κλοζαπίνη πέρα από τους D1 και D2 υποδοχείς φαίνεται να δρά σε σεροτονινεργικούς 5-HT_{2α} και νοραδρενεργικούς υποδοχείς α₁-α₂, η ρισπεριδόνη πέρα από τον D2 υποδοχέα φαίνεται να δρά σε σεροτονινεργικούς 5-HT_{2α} και νοραδρενεργικούς α₁-α₂ υποδοχείς (Σολδάτος και Λύκουρας, 2006).

1.7 Θεραπεία

Η σχιζοφρένεια έχει ως επακόλουθο να επηρεάζει σε όλα τα επίπεδα την ζωή των ασθενών.

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας στοχεύει στην καταστολή των ψυχωσικών συμπτωμάτων, τη βελτίωση της διαταραχής, της σκέψης και της απάθειας, την πρόληψη της υποτροπής και την βελτίωση της κοινωνικής προσαρμογής.

Παρατηρούμε, πως η σωστή αντιμετώπιση ενός ασθενούς απαιτεί ολιστική προσέγγιση σε τρία επίπεδα (βιολογικό, κοινωνικό και ψυχολογικό), άρα επιβάλλεται τόσο η συνεργασία με ψυχίατρους αλλά και ψυχολόγους, όσο και με νοσηλευτές, εργοθεραπευτές και ψυχοθεραπευτές (Schultzsh, North and Shields, 2007).

1.7.1.Αντιψυχωσικά Φάρμακα

Η σύγχρονη εποχή στη φαρμακευτική θεραπεία της σχιζοφρένειας, μπορεί να χρονολογηθεί με την εισαγωγή της φαινοθειαζίδης και της χλωροπρομαζίνης, το 1952, από τον Delay και τον Deniker (Schultzsh, North and Shields, 2007).

Η αρχική υπόθεση ντοπαμίνης της σχιζοφρένειας προτείνει μια περίσσεια ντοπαμινεργική δραστηριότητα ως τη θεμελιώδη νευροχημική ανωμαλία στην διαταραχή. Αυτό βασίστηκε εν μέρει στην παρατήρηση ότι τα πρώτης γενιάς αντιψυχωσικά φάρμακα, όπως η χλωροπρομαζίνη ανακουφίζει τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας από ανταγωνιστές D2 υποδοχείς.

Αν και τα "νευροληπτικά" φάρμακα εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται ως συνώνυμα με τα "αντιψυχωσικά" φάρμακα, ο όρος πλέον αναφέρεται σε πρώτης γενιάς αντιψυχωσικά τα καλούμενα και "κλασικά", ενώ τα δεύτερης γενιάς αντιψυχωσικά φάρμακα καλούνται "άτυπα".

Οι μηχανισμοί με τους οποίους τα πρώτης γενιάς αντιψυχωσικά φάρμακα βελτιώνουν τις διαταραχές της σκέψης και του συναισθήματος στις ψυχωσικές καταστάσεις επιτυγχάνεται επειδή δρουν αναστέλλοντας τους μετασυναπτικούς υποδοχείς ντοπαμίνης (D1 έως και D4) στις νευρωνικές μεμβράνες. Οι D2 υποδοχείς βρίσκονται κυρίως στο μετωπιαίο φλοιό, τον ιππόκαμπο και το μεταιχμιακό φλοιό, ενώ οι D1 υποδοχείς στο ραβδωτό σώμα (Meltzer, 1991). Τα κλασικά αντιψυχωσικά φάρμακα, συχνά αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

Τα κλασικά αντιψυχωσικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία της σχιζοφρένειας, αλλά έχουν δυο μειονεκτήματα. Το πρώτο είναι ότι μόνο ένας μικρός αριθμός ασθενών έχει τη δυνατότητα να επανέλθει σε ένα ανεκτό επίπεδο λειτουργικότητας και στο δεύτερο μειονέκτημα παρουσιάζεται αυξημένος κίνδυνος ανεπιθύμητων εξωπυραμιδικών παρενεργειών (Πίνακας 1). Τα νέα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα με τυπικό εκπρόσωπο την κλοζαπίνη, επιτυγχάνουν τον ίδιο βαθμό αποκλεισμού των D2 και D3 υποδοχέων στους κροταφικούς λοβούς, ενώ παράλληλα εκφράζουν μικρότερη ανταγωνιστική δραστηριότητα στο ραβδωτό σώμα, γεγονός που οφείλεται για τις λιγότερες εξωπυραμιδικές παρενέργειες.

Στα αντιψυχωσικά πρώτης γενιάς περιλαμβάνονται οι ανταγωνιστές των υποδοχέων της ντοπαμίνης και στα δεύτερης γενιάς περιλαμβάνονται οι ανταγωνιστές σεροτονίνης –ντοπαμίνης (Meltzer,1991).

Η προσπάθεια μείωσης των ανεπιθύμητων εξωπυραμιδικών παρενεργειών, που κυμαίνονται από παρκινσονικά συμπτώματα έως όψιμη δυσκινησία, οδήγησε στην ανάπτυξη των άτυπων αντιψυχωσικών φαρμάκων. Έτσι, από την εισαγωγή της χλωροπρομαζίνης πάνω από 30 αντιψυχωσικά φάρμακα είναι διαθέσιμα για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας. Μερικά από τα άτυπα φάρμακα, όπως η κλοζαπίνη, η ολανζαπίνη και η ρισπεριδόνη έχουν βρεθεί να παράγουν πιο θετική επίδραση στη συνολική αντιψυχωσική αποτελεσματικότητα σε σχέση με της πρώτης γενιάς. Τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα έχουν μεγαλύτερη επίδραση στην ύφεση των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου, καθώς και στη βελτίωση των γνωστικών ελλειμμάτων. Μέχρι στιγμής μόνο μια ντοπαμίνη D2-μερικός αγωνιστής, έχει εγκριθεί από τους ρυθμιστικούς οργανισμούς για την οξεία θεραπεία της σχιζοφρένειας, η αριπριμαζόλη. Η αριπριμαζόλη είναι ένας ισχυρός μερικός αγωνιστής της ντοπαμίνης D2 και 5-HT1a υποδοχέων και ανταγωνιστής των υποδοχέων 5-HT2a, μεταξύ άλλων λιγότερο ισχυρών φαρμακολογικών δράσεων (Davies, Sheffler and Roth, 2004). Αυτό το άτυπο αντιψυχωσικό φάρμακο φαίνεται να έχει μειωμένη ευθύνη για την αύξηση του σωματικού βάρους, αλλά δεν είναι ακόμα γνωστό εάν έχει μειωμένη ευθύνη στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια για το αν θα αναπτύξουν σακχαρώδη διαβήτη, τύπου II. Τα αντιψυχωσικά φάρμακα της ομάδας κλοζαπίνης έχουν προσελκύσει μεγάλο ενδιαφέρον, αφού φαίνεται να μην έχουν σοβαρές ανεπιθύμητες εξωπυραμιδικές παρενέργειες. Επιπλέον, ξεχωρίζει ως προς την αποτελεσματικότητα της αντιμετώπισης των "ανθεκτικών" ασθενών και των ασθενών με κίνδυνο αυτοκτονίας (Meltzer et al., 2003).

Αντίδραση	Κλινικά χαρακτηριστικά	Περίοδος μέγιστου κινδύνου	Προτεινόμενος μηχανισμός	Θεραπεία
Οξείες δυστονίες	Σπασμός των μυών της γλώσσας, προσώπου, αυχένα, πλάτης	1-5 μέρες	Άγνωστος	Αντιπαρκινονικοί παράγοντες είναι διαγνωστικοί και θεραπευτικοί
Ακαθισία	Κινητική νευρική κούραση, με άγχος και ανησυχία	5-60 μέρες	Άγνωστος	Μείωση δόσης ή αλλαγή φαρμάκου. Μικρές δόσεις προπρανόλης αντιπαρκινονικοί παράγοντες ή βενιζοδιαζεπίνες μπορεί να βοηθήσουν.
Παρκινσονική συνδρομή	Βραδυκίνηση, δυσκαμψία, ανέκφραστο προσωπείο, συρόμενο βήμα, ποικίλος τρόμος	5-30 μέρες	Ντοπαμινεργικός αποκλεισμός	Αντιπαρκινονικοί παράγοντες
Όψιμη δυσκίνηση	Στοματο-προσωπική δυσκίνηση, συχνά βραδέως αναστρέψιμη, σπάνια εξελικτική	6-24 μήνες	Περίσσεια ντοπαμίνης	Καλύτερη η πρόληψη, η θεραπεία αναποτελεσματική. Αργή αυτόματη ύφεση

Πίνακας 1. Νευρολογικές παρενέργειες των νευροληπτικών – αντιψυχωσικών φαρμάκων (Schultzsh, North and Shields, 2007)

1.7.2 Άλλες Θεραπείες

Άλλα φάρμακα. Η προσθήκη λιθίου, μπορεί να είναι βοηθητική σε σημαντικό ποσοστό ασθενών, καθώς και οι βενζοδιαζεπίνες και τα αντιεπιληπτικά (καρβαμαζεπίνη ή το βαλπροϊκό οξύ). Ενδείκνυται η συνδυασμένη θεραπεία, ένα από αυτά τα φάρμακα με κάποιο άλλο.

Άλλες σωματικές θεραπείες. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι λιγότερο αποτελεσματική από τα αντιψυχωσικά, μπορεί να ενδείκνυται σε κατατονικούς ασθενείς ή ασθενείς που για κάποιο λόγο δεν μπορούν να πάρουν αντιψυχωσικά. Στο παρελθόν (1935 και 1955), η σχιζοφρένεια αντιμετωπιζόταν με ινσουλινικά και βαρβιτουρικά κώματα, όπως επίσης και με μετωπιαίες λοβοτομές. Αυτές οι θεραπείες όμως στη συνέχεια θεωρήθηκαν ως αναξιόπιστες.

Ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Ο συνδυασμός της αντιψυχωσικής φαρμακευτικής αγωγής παράλληλα με ψυχοκοινωνικού τύπου παρεμβάσεις φαίνεται να είναι αποτελεσματικότερη θεραπεία. Για άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν αναπτυχθεί συμπεριφορικές, οικογενειακές, ατομικές και ομαδικές θεραπείες, οι

οποίες είναι πολύ χρήσιμες και σημαντικές για τον ασθενή.

Θεραπεία συμπεριφοράς. Με την θεραπεία αυτή οι ασθενείς επιβραβεύονται με συμβολικές ανταμοιβές, όπως π.χ. άδειες εξόδου ή προνομία όταν η συμπεριφορά τους είναι η επιθυμητή. Σκοπός της θεραπείας αυτής είναι να συνεχίσει ο ασθενής και μετά την έξοδο του από την κλινική να έχει την επιθυμητή αυτή συμπεριφορά.

Οικογενειακές θεραπείες. Οι οικογενειακές θεραπείες συμβάλλουν στη βελτίωση των συμπτωμάτων, στη μείωση των υποτροπών, στην ενίσχυση μηχανισμών άμυνας και στην προοδευτική επαναδραστηριοποίηση του ασθενούς. Έχει βρεθεί πως το ποσοστό μείωσης υποτροπής της νόσου όταν παράλληλα χρησιμοποιείται και η οικογενειακή θεραπεία κυμαίνεται από 5%-10%. Ο θεραπευτής οφείλει να ενημερώσει την οικογένεια και τον ασθενή, ώστε να κατανοήσουν την νόσο, χωρίς να είναι αποθαρρυντικός.

Ατομική ψυχοθεραπεία. Μελέτες έχουν δείξει πως αυτή η θεραπεία βοηθά τον ασθενή. Επίσης, συμβάλλει και στα θετικά αποτελέσματα της φαρμακοθεραπείας. Έχουν μελετηθεί δυο τύποι: α) η υποστηρικτική και β) η εναισθητική ψυχοθεραπεία. Το κρίσιμο σημείο σε αυτήν την θεραπεία είναι η ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, μεταξύ ασθενή και θεραπευτή, επειδή ο ασθενής αμύνεται σε κάθε προσπάθεια θεραπευτικής προσέγγισης, οπότε είναι πολύ πιθανόν να αντιδράσει με καχυποψία, άγχος ή εχθρότητα. Η σωστή θεραπευτική στάση απέναντι στον ασθενή είναι η αποδοχή του και όχι η αντιμετώπιση του ως ένα άτομο διαφορετικό.

Ομαδική θεραπεία. Η ομαδική θεραπεία εστιάζει σε σχέδια καθημερινής ζωής, στα προβλήματα και στις κοινωνικές σχέσεις. Είναι αποτελεσματική στη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης, αυξάνοντας την αίσθηση της συνεκτικότητας και βελτιώνοντας τον έλεγχο της πραγματικότητας των ασθενών.

Εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες. Σκοπός της θεραπείας αυτής είναι η βελτίωση των ελλειμμάτων των κοινωνικών δεξιοτήτων, η όποια επιτυγχάνεται με υποστηρικτική και δομημένη θεραπεία κατά την οποία χρησιμοποιούνται βιντεοταινίες, εφαρμόζονται τεχνικές παιχνιδιού ρόλων και δίνονται στους ασθενείς εργασίες για το σπίτι.

Διαχείριση περιστατικού. Σε αυτή τη θεραπεία ορίζεται ένας κοινωνικός λειτουργός ως υπεύθυνος για να συμμετέχει στο συντονισμό του θεραπευτικού προγράμματος του ασθενούς και στην επικοινωνία ανάμεσα στις υπηρεσίες υγείας. Με αυτόν τον τρόπο ο έχων την ευθύνη παρέχει αρωγή στην αντιμετώπιση των πρακτικών αναγκών του ασθενούς, όπως το κλείσιμο των ραντεβού, την εξασφάλιση οικονομικών βοηθημάτων, την εξασφάλιση στέγης, τη χρήση των διαφόρων διαθέσιμων υγειονομικών υπηρεσιών, την κατ' οίκον φροντίδα και την παρέμβαση σε πιθανή κρίση του ασθενούς. Σκοπός της θεραπείας αυτής είναι ο ασθενής να παραμένει υπό θεραπεία.

Ομάδες υποστήριξης. Σκοπός των ομάδων αυτών είναι η υποστήριξη, η πληροφόρηση και η εκπαίδευση τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους. Στις ΗΠΑ υπάρχουν ομάδες υποστήριξης, όπως η Εθνική Ένωση για τους ψυχικά ασθενείς (National Alliance for the Mentally III), η Εθνική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας (National Mental Health Association) και στην Ελλάδα ο Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία (ΣΟΨΥ), (Σολδάτος και Λύκουρας, 2006).

1.8 Πρόγνωση

Στην μελέτη του ο Huber et al. ως αποτέλεσμα των 22 χρόνων παρακολούθησης, το 22% των ασθενών με σχιζοφρένεια είχαν πλήρη ύφεση, το 43% είχε μερική ύφεση και το 35% είχαν συνεχή ύφεση. Επιπλέον, το ποσοστό των ασθενών που ζουν με τα συμπτώματά τους έχει αναφερθεί ότι είναι 78%.

Η γενική κλινική πρόγνωση εκτιμήθηκε ότι το 1/3 φαίνεται να έχει καλά αποτελέσματα, ενώ το υπόλοιπο (60%) συνεχίζει να έχει συμπτώματα, χωρίς να υπάρχει καμία διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα. Σημαντικός παράγοντας ο οποίος καθορίζει την πρόγνωση είναι ο τύπος της έναρξης της νόσου. Η ύπουλη έναρξη είναι γνωστό ότι είναι αρνητικός παράγοντας στην πρόγνωση (Huber et al., 1980; Yildiz, Yazici and Boke, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

*«Ο καλύτερος τρόπος για να σιγουρευτείς ότι εσύ είσαι ο γνωστικός,
δεν είναι το να κλείσεις μέσα το γείτονα σου»
(«Το ημερολόγιο του συγγραφέα» - Ντοστογιέφσκι)*

2. ΣΤΙΓΜΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΣ

2.1 Στίγμα

Η σχιζοφρένεια δεν είναι μεταδοτική. Το στίγμα όμως? Αν και η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των ψυχικών θεραπειών υγείας και οι υπηρεσίες έχουν βελτιωθεί σημαντικά τα τελευταία 50 χρόνια, οι θεραπευτικές επαναστάσεις στην ψυχιατρική δεν έχουν κατορθώσει ακόμη να μειώσουν το στίγμα.

Ο πιο καθιερωμένος ορισμός σχετικά με το στίγμα είναι γραμμένος από τον Erving Goffman (1963), οπότε ορίζει το στίγμα ως " την διαδικασία από την οποία η αντίδραση των άλλων χαλάει την κανονική ταυτότητα ". Το στίγμα, επομένως, θεωρείται ως " η φθαρμένη ταυτότητα " (Goffman, 1963). Επιπλέον, ο Dudley (2000) ορίζει το στίγμα ως τα στερεότυπα ή τις αρνητικές απόψεις που αποδίδονται σε ένα άτομο ή ομάδες ανθρώπων, όταν τα χαρακτηριστικά τους ή οι συμπεριφορές τους θεωρούνται διαφορετικές από ή κατώτερα κοινωνικά πρότυπα. Ο Link και ο Phalen καθορίζουν το στίγμα όσον αφορά 5 αλληλένδετες συνιστώσες : την επισήμανση, τα στερεότυπα, το διαχωρισμό, την κατάσταση απώλειας και τις διακρίσεις. Μπορεί επιπλέον να σημειωθεί ότι κάθε ένα από αυτά τα 5 στοιχεία πρέπει να δημιουργούνται εντός μιας διαφορετικής δύναμης, οπότε τα στιγματισμένα άτομα έχουν μικρότερο ποσό δύναμης. Είναι σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι περισσότερες έννοιες του στίγματος δεν επικεντρώνονται ειδικά για την ψυχική υγεία ή των διαταραχών της χρήσης ναρκωτικών (Goffman, 1963). Το στίγμα συνδέεται και με άλλους τομείς, όπως προς τα άτομα με διαφορετικό υπόβαθρο συμπεριλαμβανομένου της φυλής, το φύλο και τον σεξουαλικό προσανατολισμό (Balsam and Mohr, 2007). Η ετικέτα της ψυχικής ασθένειας αλλάζει τις αντιλήψεις των παρατηρητών ακόμη και εν απουσία της μη "φυσιολογικής" συμπεριφοράς. Τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορεί να οδηγήσουν σε κακή προσωπική υγιεινή και ατημέλητη εμφάνιση τα οποία κατά το πλαίσιο των φτωχών κοινωνικών δεξιοτήτων ή της παράξενης συμπεριφοράς θέτουν το άτομο στην απομόνωση (Shrivastava, Johnston and Bureau, 2012).

Το στίγμα προέρχεται από πολλαπλές πηγές οι οποίες λειτουργούν με συνεργικό τρόπο και έχουν σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή ενός ατόμου. Ο Wig (1997) πιστεύει πως προέρχεται από την προσωπική, κοινωνική και την οικογενειακή πηγή, καθώς και από την φύση της ίδιας της ασθένειας. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι το στίγμα προέρχεται συνήθως από έλλειψη

ενημέρωσης, έλλειψη παιδείας, έλλειψη αντίληψης καθώς και τη φύση και τις επιπλοκές της ψυχικής ασθένειας, π.χ. παράξενες συμπεριφορές και βία.

Ο στιγματισμός και οι διακρίσεις που συνδέονται με την σχιζοφρένεια βρέθηκε να έχει σημαντικό αντίκτυπο στις ζωές των ατόμων αυτών από μια μελέτη που διερεύνησε τις αντιλήψεις των ασθενών για τον στιγματισμό. Έχει αναφερθεί ότι όσον αφορά την αντίληψη των αιτιών του στίγματος, ένα εντυπωσιακά μεγάλο ποσοστό από τους συμμετέχοντες (97%) πιστεύουν ότι το στίγμα προκλήθηκε από την έλλειψη ενημέρωσης για την σχιζοφρένεια, ακολουθούμενη από τη φύση της ίδιας της ασθένειας (73%). Τα συμπεριφορικά συμπτώματα που συνδέονται με την σχιζοφρένεια ήταν επίσης πιθανά να προκαλέσουν το στίγμα, ενώ τα ναρκωτικά και οι επιπλοκές τους παρατηρήθηκαν να παίζουν σημαντικά λιγότερο ρόλο στο στίγμα (Shrivastava et al., 2011). Η εμπειρία του στίγματος που συνδέεται με ψυχική ασθένεια είναι καταστροφική και μπορεί να είναι επιβλαβής για την αποκατάσταση.

Τα στερεότυπα συγκεντρώνονται μέσα σε μια εικόνα ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν είναι σε θέση να λάβουν αρμόδιες αποφάσεις, είναι επικίνδυνα για τον εαυτό τους και/ ή για το κοινό και απαιτούν καταναγκαστική παρέμβαση καθώς δεν θα αναζητήσουν αυτόνομα θεραπεία. Το στίγμα είναι συχνά η απάντηση σε άτομα που εκφράζουν ένα ανεπιθύμητο ή τρομακτικό χαρακτηριστικό και μπορεί να θεωρηθεί ως ενιαίο σύνολο από μισαλλοδοξία και ανησυχία στην προκατάληψη και τις διακρίσεις. Στην πραγματικότητα, η διάγνωση μιας ψυχικής ασθένειας συνοδεύεται με τα αρνητικά στερεότυπα ανεξάρτητα από την παρουσία της μη "φυσιολογικής" συμπεριφορά. Μελέτες έχουν δείξει ότι τα δημόσια στερεότυπα και οι προκαταλήψεις για την ψυχική ασθένεια έχουν βλαπτική επίδραση στην απόκτηση και τη διατήρηση καλών θέσεων εργασίας και χρηματοδοτικής πίστωσης ασφαλής στέγασης (Shrivastava, Johnston and Bureau, 2012).

2.2 Κοινωνικό Στίγμα

Το στίγμα είναι μια ευρεία και πολυδιάστατη έννοια, η οποία λαμβάνει όλο και μεγαλύτερη προσοχή στην ψυχιατρική έρευνα. Ορίστηκε από τον Goffman (1963) ως ένα χαρακτηριστικό το οποίο είναι η βαθιά απαξίωση με αποτέλεσμα το άτομο να αποκλείεται από την πλήρη κοινωνική αποδοχή. Το κοινωνικό / δημόσιο στίγμα έγινε αντιληπτό εννοιολογικά από τον Corrigan και τον Watson και αργότερα ο ορισμός τους χρησιμοποιήθηκε από τον Rusch (2005) για την ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου κοινωνικού γνωστικού μοντέλου του στίγματος. Σύμφωνα με αυτούς τους ερευνητές το δημόσιο στίγμα αποτελείται από τρία στοιχεία: τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις, και τις διακρίσεις

Η ανάπτυξη του στίγματος στις περισσότερες έρευνες της κοινωνικής ψυχολογίας επικεντρώνεται στην κοινωνική ταυτότητα που προκύπτει από τις γνωστικές, συμπεριφορικές, συναισθηματικές διεργασίες. Το κοινωνικό/δημόσιο στίγμα όσον αφορά τις ψυχικές διαταραχές σε γενικές γραμμές και την σχιζοφρένεια, ειδικότερα, είναι διάχυτο σε όλη την κοινωνία και δημιουργεί πολλές αρνητικές συνέπειες, όπως μείωση της αυτοεκτίμησης, αύξηση της κοινωνικής απομόνωσης, παρεμπόδιση της αναζήτησης και της τήρησης θεραπείας και μείωση του αριθμού των κοινωνικών ευκαιριών (π.χ. ανεύρεση στέγης, εκπαίδευσης και εργασίας). Αυτές οι συνέπειες συμβάλλουν στην ανικανότητα που παράγεται από την διατάραξη και την δημιουργία ενός φαύλου κύκλου εις βάρος της αύξησης της επιβάρυνσης των ασθενών και των οικογενειών τους (Villares and Sartorius, 2003). Αρκετές μελέτες που διεξάγονται σε άλλες χώρες για το κοινωνικό στίγμα, εστιάζουν στα άτομα με σχιζοφρένεια τα οποία αντιμετωπίζουν ένα μεγάλο ποσό του στίγματος στην κοινωνία καθώς και τη σχιζοφρένεια που είναι μια από τις πιο στιγματισμένες ψυχικές διαταραχές από τον γενικό πληθυσμό (Griffiths et al., 2006). Ακόμη και αν το κοινωνικό στίγμα απέναντι στην σχιζοφρένεια μπορεί να είναι ένα πρόβλημα που επηρεάζει την πλειονότητα των χωρών και των πολιτισμών είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πως είναι βασισμένο και εκδηλώνεται σε συγκεκριμένα πολιτισμικά πλαίσια. Στις αναπτυγμένες χώρες γενικά και την Λατινική Αμερική ειδικότερα, ελάχιστα πράγματα είναι γνωστά σχετικά με το κοινωνικό στίγμα απέναντι στις ψυχικές διαταραχές και των πιθανών παραγόντων που σχετίζονται με αυτό το φαινόμενο (Angermeyer and Dietrich, 2006). Αντίθετα, το στίγμα σχετικά με την ψυχική ασθένεια φαίνεται να είναι ευρέως αποδεκτό από την κοινωνία στο δυτικό κόσμο. Μελέτες προτείνουν ότι η πλειοψηφία των πολιτών στις Η.Π.Α και πολλά έθνη της Δυτικής Ευρώπης

έχουν στιγματισμένες συμπεριφορές σχετικά με την ψυχική ασθένεια.

Αν και η στιγματισμένη στάση δεν περιορίζεται μόνο στη ψυχική ασθένεια, η κοινωνία φαίνεται να αποδοκιμάζει τα άτομα με ψυχιατρική αναπηρία πολύ περισσότερο από ότι τα άτομα με συναφείς προϋποθέσεις, όπως η σωματική ασθένεια. Σε αντίθεση με τις σωματικές αναπηρίες, τα άτομα με ψυχική ασθένεια θεωρούνται από το κοινό ότι μπορούν να έχουν τον έλεγχο της αναπηρίας τους και ότι είναι υπεύθυνοι για την πρόκληση της. Επιπλέον, είναι λιγότερο πιθανό να λυπηθούν τα άτομα με ψυχική ασθένεια, αντιθέτως αντιδρούν στην ψυχιατρική αναπηρία με θυμό και πιστεύουν ότι η βοήθεια δεν τους αξίζει (Corrigan et al., 2002). Το κοινωνικό στίγμα δείχνει έλλειψη σεβασμού στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια, πληγώνει, πονάει, τιμωρεί και ταπεινώνει τον άνθρωπο.



Το στίγμα και η κοινωνική απομόνωση είναι δυο από τα κυριότερα προβλήματα των ατόμων με ψυχική ασθένεια και των οικογενειών τους: γυναικά με ψυχωσική διαταραχή στο σπίτι της.

2.3 Αυτό - στιγματισμός

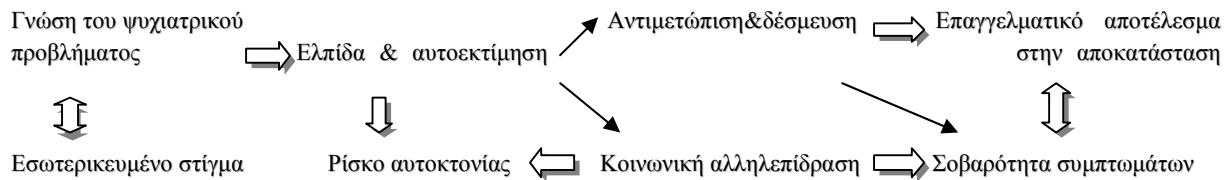
Ένας τύπος της φθαρμένης ταυτότητας, που μπορεί να επηρεάσει πολλούς ανθρώπους με σοβαρές ψυχικές ασθένειες, είναι η εσωτερικευση των στερεότυπων και των στιγματισμένων απόψεων. Το εσωτερικευμένο στίγμα έχει βρεθεί να είναι σχετικά κοινό μεταξύ των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο και να συνδέεται αρνητικά με την αισιοδοξία, την αυτοεκτίμηση και την κοινωνική λειτουργικότητα (Shrivastava, Johnston and Bureau, 2012).

Ο Crocker (1999) καταδεικνύει ότι το στίγμα δεν πραγματοποιείται μόνο μεταξύ των άλλων στην κοινωνία, αλλά μπορεί επίσης να εσωτερικευθεί από το άτομο με την κατάσταση. Έτσι, το συνεχιζόμενο αντίκτυπο του κοινωνικού/ δημοσίου στίγματος μπορεί να επηρεάσουν ένα άτομο να αισθάνεται ένοχο και ανεπαρκή για την κατάσταση του/της. Επιπλέον, οι συλλογικές αναπαραστάσεις των εννοιών στη κοινωνία συμπεριλαμβανόμενων των κοινωνικών αξιών, των πεποιθήσεων και της ιδεολογίας, μπορεί να δρουν αντί του αμέσου κοινωνικού/ δημοσίου στίγματος σε αυτές τις καταστάσεις. Αυτές οι συλλογικές αναπαραστάσεις περιλαμβάνουν ιστορικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες.

Επομένως, στον αυτό- στιγματισμό η γνώση ότι υπάρχει στίγμα στο κοινωνικό πλαίσιο μπορεί να έχει αντίκτυπο σε ένα άτομο ακόμη και αν το εν λόγω άτομο δεν έχει άμεσα στιγματιστεί. Αυτή η επίπτωση μπορεί να έχει επιβλαβή επίδραση στην αυτοεκτίμηση ενός ατόμου και της αυτό – αποτελεσματικότητας, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή της συμπεριφορικής παρουσίασης (Shrivastava, Johnston and Bureau, 2012).

Παρ' όλα αυτά ο Crocker (1999) τονίζει ότι τα άτομα είναι σε θέση να εσωτερικεύουν το στίγμα διαφορετικά με βάση τις δεδομένες τους καταστάσεις. Αυτό υποδηλώνει ότι η προσωπική αυτοεκτίμηση μπορεί ή δεν μπορεί να επηρεάζεται από το στίγμα, ανάλογα με τους προσωπικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης.

Οι στιγματισμένες πεποιθήσεις προκαλούν μια συναισθηματική αντίδραση. Δηλαδή, το προσβαλλόμενο άτομο, αυτός ή αυτή, μπορεί να αισθάνεται τον στιγματισμό και να αντιδρά συναισθηματικά με αμηχανία, απομόνωση ή θυμό.



2.4 Επαγγελματίες Υγείας

Φαίνεται απίθανο ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας φέρουν στιγματισμένες πεποιθήσεις προς τους ασθενείς τους. Ανεξαρτήτως των στιγματισμένων απόψεων των ανημέρωτων μελών του ευρύτερου κοινού, ακόμη και καλά εκπαιδευόμενοι επαγγελματίες από τους περισσότερους ψυχικούς κλάδους περιγράφουν στερεότυπα για την ψυχική νόσο.

Οι πρόσφατες βιβλιογραφίες έχουν αρχίσει να τεκμηριώνουν τις αρχικές επιπτώσεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τον στιγματισμό (Volmer, Mäesalu and Bell, 2008). Οι μαθητές της φαρμακευτικής σχολής, οι οποίοι επιθυμούν πιο κοινωνική απόσταση απέναντι στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια, βρέθηκε να είναι λιγότερο πρόθυμοι να παρέχουν συμβουλές για την φαρμακευτική αγωγή (Volmer, Mäesalu and Bell, 2008). Επιπλέον, σε μια Ελβετική μελέτη (ψυχιάτρων, νοσοκόμων και ψυχολόγων) διαπίστωσαν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεν διαφέρουν από το γενικό πληθυσμό σχετικά με την κοινωνική επιθυμητή απόσταση από τα άτομα με προβλήματα ψυχικής υγείας (Nordt, Rössler and Lauber, 2006). Οι ασθενείς έχουν αναφέρει το αίσθημα "ετικέτας" και "περιθωριοποιημένοι" από τους επαγγελματίες υγείας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορεί να αναπτύξουν τις δικές τους προκαταλήψεις από την διαπαιδαγώγηση τους ή ακόμη από την επαγγελματική εξουθένωση στα πλαίσια των εργασιακών ρόλων τους, ιδίως όταν εργάζονται με άτομα που έχουν σοβαρή και επίμονη ψυχική ασθένεια. Παρ' όλα αυτά, το στίγμα ενός επαγγελματία υγείας μπορεί να αναπτυχθεί με ένα μοναδικό τρόπο. Για παράδειγμα, οι κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας βιώνουν τα δικά τους προβλήματα ψυχικής υγείας ή χρήσης ναρκωτικών και συχνά έχουν φίλους ή μέλη της οικογένειας που βιώνουν τα ίδια ζητήματα (Siebert, 2003). Όταν οι κοινωνικοί λειτουργοί και άλλοι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας και χρήσης ναρκωτικών ενδέχεται να παρουσιάσουν επαγγελματική εξουθένωση και / ή να γίνει περισσότερο ή λιγότερο πιθανό να αναγνωρίζουν παρόμοια προβλήματα μεταξύ των ασθενών τους (Siebert, 2003). Η μετάθεση μπορεί να αναπτυχθεί ως αποτέλεσμα των

προσωπικών εμπειριών ή συμπεριφορών και μπορεί να έχει επίδραση στους ασθενείς οι οποίοι μπορεί να είναι ευάλωτοι κατά τη διάρκεια της θεραπείας και δεν διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα για να καθορίσουν πότε δεν λαμβάνεται επαρκώς η θεραπεία. Εάν το στίγμα είναι ένας παράγοντας λόγω των καθυστερήσεων της αναζήτησης και της συνέχισης της θεραπείας, τότε τα ειδικά μέτρα για τη μείωση του στιγματισμού στις ψυχικές ασθένειες θα μπορούσε να αποδειχθεί μεγάλης αξίας για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων. Αυτό θα επιτρέψει, επίσης, την καλύτερη ενσωμάτωση των ασθενών στην κοινωνία καθώς και στα κοινωνικά εμπόδια.

2.5 Συνέπειες Στίγματος

Πολλοί άνθρωποι οι οποίοι θα μπορούσαν να επωφεληθούν από τις εν λόγω υπηρεσίες, δεν τις λαμβάνουν ή δεν συμμορφώνονται πλήρως με τα θεραπευτικά σχήματα από τη στιγμή που έχουν αρχίσει. Η τήρηση της θεραπείας παίζει ζωτικό ρόλο στην ψυχιατρική αποκατάσταση.

Μια μελέτη από την Ινδία έδειξε ότι η διάρκεια της νόσου χωρίς θεραπεία από την πρώτη ψυχωτική νόσο με νευροληπτική θεραπεία στη σχιζοφρένεια ήταν 796 εβδομάδες (Shrivastava, Johnston and Bureau, 2012). Δυστυχώς η μη συμμόρφωση στην φαρμακευτική αγωγή και στην ψυχοκοινωνική θεραπεία είναι διαδεδομένη μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση της πιθανότητας υποτροπής τους και την εκ νέου νοσηλεία τους. Παρ' όλο το έργο που έχει πραγματοποιηθεί για τη μείωση του στίγματος και την εκπαίδευση του κοινού για τις ψυχικές ασθένειες, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικά εμπόδια για τη διαφοροποίηση των ατόμων με ψυχική ασθένεια από την υπόλοιπη κοινωνία. Ο στιγματισμός μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά συναισθήματα, όπως ντροπή, αυτό-εξαίρεση, συναισθήματα ανικανότητας και συνολική χαμηλή αυτοεκτίμηση (Goffman, 1963). Οι συνέπειες του στίγματος μπορεί να είναι απειλητικές για τη ζωή και ταπεινωτικές. Δεν μπορούν να στερούν ένα άτομο από βασικές ανάγκες, να τους περιθωριοποιούν και να τους αναιρούν. Πιθανόν να οδηγήσει στο θάνατο τους από αυτό παραμέληση ή την αυτοκτονία (Shrivastava, Johnston and Bureau, 2012).

2.6 Μείωση Στίγματος

Παρατηρούμε πως η τοποθέτηση "ετικέτας" σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια (αλλά και άλλες ψυχικές ασθένειες) έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους. Τα άτομα που έχουν στιγματιστεί απαξιώνουν τον εαυτό τους και βιώνουν τον φόβο της απόρριψης, εμπίπτουν σε απόγνωση και χάνουν την αυτοεκτίμησή τους. Σύμφωνα με τον Goffman (1963), το στίγμα εκδηλώνεται με τρεις διαφορετικούς τρόπους : 1) την αποστροφή του σώματος, 2) την ατέλεια του ατομικού χαρακτήρα και 3) το φυλετικό στίγμα. Το πρώτο αφορά τις αρνητικές αποδόσεις που κατευθύνονται προς την φυσική εμφάνιση. Το δεύτερο περιλαμβάνει τις αρνητικές αποδόσεις προς τον προσωπικό χαρακτήρα και το τελευταίο συνεπάγεται με αρνητικές αποδόσεις προς τη θρησκευτική, εθνική κ.α. διαφορετικότητα. Η καταπολέμηση του στιγματισμού και των διακρίσεων έχουν προτεραιότητα για την βελτίωση των επικρατούντων προτύπων της θεραπείας της ψυχικής υγείας. Έχει βρεθεί πως οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ή ομάδες υποστήριξης ασθενών δεν μπορούν μόνοι τους να επηρεάσουν μια σημαντική και διαρκή αλλαγή των αντιλήψεων της κοινωνίας. Απαιτείται μια συντονισμένη προσέγγιση με μια κοινή πολιτική και στρατηγική. Για παράδειγμα, ώθηση της υγείας μέσω των μέσων μαζικής ενημέρωσης για την αποθάρρυνση των διακρίσεων και προώθηση μεγαλύτερης ισότητας. Επιπλέον, η τεχνολογία υπάρχει τώρα για την αποτελεσματική αντιμετώπιση ανεπιθύμητων στοιχείων και για να ικανοποιήσει την ανάγκη των μέσων μαζικής ενημέρωσης για άμεσες πληροφορίες. Από την άλλη πλευρά, οι κοινωνικοί ψυχολόγοι μελετούν στρατηγικές για αλλαγή των προκαθορισμένων στερεότυπων και έχουν επισημάνει τρεις προσεγγίσεις:

- 1) την εκπαίδευση, η οποία αποσκοπεί να αντικαταστήσει τις στιγματισμένες στάσεις με ακριβείς αντιλήψεις σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές
- 2) την επικοινωνία, η οποία αμφισβητεί την κοινωνική στάση μέσω αλληλεπίδρασης με άτομα που έχουν αυτές τις διαταραχές
- 3) την διαμαρτυρία, η οποία καταργεί την στιγματισμένη στάση απέναντι στην ψυχική ασθένεια και τις συμπεριφορές, οι οποίες προάγουν αυτές τις στάσεις (Shrivastava, Johnston and Bureau, 2012).

Μια μελέτη έδειξε πως η εκπαίδευση και η επικοινωνία σχετικά με την ψυχική ασθένεια οδήγησαν στην αλλαγή στάσης, ενώ η διαμαρτυρία δεν απέφερε καμία βελτίωση. Επιπλέον, η επικοινωνία φάνηκε να βελτιώνει τις δημόσιες αντιλήψεις και την εντύπωση των ατόμων με ψυχική ασθένεια. Οι

συμμετέχοντες της έρευνας, που ολοκλήρωσαν την εκπαίδευση, βρέθηκαν πιο πρόθυμοι να συμφωνούν ότι τα άτομα με ψυχική αναπηρία επωφελούνταν από την ιατρική και τις ψυχοθεραπευτικές θεραπείες και επομένως έχουν την δυνατότητα να ανακάμψουν. Αντιστρόφως ανάλογα ευρήματα υπήρχαν όμως στην ελεγχιμότητα και αυτό επειδή έχει βρεθεί να σχετίζεται με την στάση της οικογένειας και την κοινωνική απόρριψη (Corrigan et al., 2001).

Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να εξετάσει πως τα χαρακτηριστικά της επικοινωνίας επηρεάζουν την αλλαγή στάσης απέναντι στο κοινωνικό στίγμα. Επιπλέον, θα πρέπει να διερευνηθεί ο συνδυασμός των στρατηγικών και των βιοψυχοκοινωνικών θεραπειών μπορούν να παρέχουν καλύτερα αποτελέσματα και ευκαιρίες σε άτομα με ψυχική ασθένεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

3. ΠΡΑΞΕΙΣ ΒΙΑΣ

3.1 Εγκληματικότητα

Η σχιζοφρένεια, εκτός του ότι εμποδίζει προοδευτικά το άτομο να λειτουργήσει κοινωνικά, μπορεί να οδηγήσει και σε πράξεις βίας ή στην αυτοκτονία.

Κατά καιρούς, έχουν γραφτεί πολλά για την πιθανή σχέση εγκληματικότητας και ψυχικών διαταραχών για τη "γονιδιακή" εγκληματικότητα (Brown, 1982), ενώ συχνά ακούγονται και γράφονται στον τύπο σχόλια για τους "ψυχοπαθείς δολοφόνους" ή "ο σχιζοφρενής δολοφόνος με το πριόνι". Επιπλέον, τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και οι ταινίες περιγράφουν διάφορες παρανοήσεις σχετικά με την ψυχική ασθένεια, όπως :

1) Τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι μανιακοί δολοφόνοι τους οποίους θα πρέπει να φοβόμαστε

2) Έχουν παιδική αντίληψη του κόσμου

3) Είναι υπεύθυνοι για την ασθένεια τους, επειδή έχουν αδύναμο χαρακτήρα. Η αλήθεια είναι πάντως ότι οι "μείζονες" (σχιζοφρένεια, κατάθλιψη κ.ά.) ψυχικές διαταραχές δεν έχει μέχρι σήμερα αποδειχθεί πως σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με μεγαλύτερη εγκληματικότητα από τον γενικό πληθυσμό (Corrigan et al., 2005). Ακόμη και στις περιπτώσεις εκείνες των ψυχικών διαταραχών, οι οποίες συνδέονται με τα προβλήματα με το νόμο, τα προβλήματα αυτά είναι περισσότερο η χρήση ουσιών και τα αποτελέσματα τους και λιγότερο πράξεις βίας ή άλλα εγκλήματα. Οι ασθενείς οι οποίοι φαίνεται όντως να εμπλέκονται συχνότερα από το γενικό πληθυσμό σε πράξεις βίας είναι εκείνοι που παρουσιάζουν αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας (Nawkova et al., 2012). Θα πρέπει να τονιστεί ότι κατά καιρούς οι φερόμενοι ως "ψυχοπαθείς" εγκληματίες, οι οποίοι έχουν απασχολήσει για πολύ καιρό την κοινή γνώμη και οι οποίοι προέβησαν σε ιδιαίζοντως ειδεχθή εγκλήματα, τελικά δεν αποδείχθηκε να παρουσιάζουν ουδεμία ψυχοπαθολογία (David et al., 2012).

3.2 Αυτοκτονία

Η αυτοκτονία είναι ένα σύνθετο ιατροκοινωνικό φαινόμενο που απασχόλησε τις κοινωνίες με διαφορετικούς τρόπους κατά καιρούς. Αυτοκτονία μπορεί να οριστεί, σύντομα, ως η πράξη επιθετικότητας από ένα άτομο με κατεύθυνση προς τον ίδιο του τον εαυτό. Παρά το γεγονός ότι στη σχιζοφρένεια δεν κινδυνεύουν άμεσα οι ζωές των ασθενών, έχει αναφερθεί ότι τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν μικρότερη επιβίωση σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Ο λόγος του μικρότερου προσδόκιμου ζωής είναι η αυτοκτονία (Wei-Herng et al., 1991). Οι ψυχιατρικές επιδημιολογικές βιβλιογραφίες αναφέρουν την δια βίου επικράτηση της αυτοκτονίας κατά 10% μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια (Palmer et al., 2005; Alaräisänen et al., 2009). Η αυτοκτονία είναι η πιο συχνή αιτία θανάτου στην σχιζοφρένεια. Εκτιμάται ότι το 20%-50% των ασθενών με σχιζοφρένεια θα επιχειρήσει αυτοκτονία κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Meltzer, 2001). Επιπλέον, είναι ευρέως διαδομένη η ιδέα, ότι η αυτοκτονία μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι κάπως απρόβλεπτη και ότι οι ασθενείς συχνά παραλείπουν να ανακοινώσουν άμεσα την πρόθεση τους να αυτοκτονήσουν. Η σχέση μεταξύ απόπειρας αυτοκτονίας και αυτοκτονίας είναι πολύπλοκη και δεν έχει ακόμη πλήρως διευκρινιστεί. Παρ' όλα αυτά, η απόπειρα αυτοκτονίας είναι πιθανόν ο σημαντικότερος παράγοντας της ολοκληρωμένης αυτοκτονίας. Η συχνότητα του αυτοκτονικού ιδεασμού είναι πολύ υψηλή, της τάξεως του 30% και 50%. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός βρέθηκε να σχετίζεται με την χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Kasckow et al., 2007). Ο Palmer et al. (2005) υποστηρίζει πως το 4.9% των ασθενών με σχιζοφρένεια θα αποπειραθεί να αυτοκτονήσει κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Έρευνες προτείνουν ότι οι άνδρες διαπράττουν αυτοκτονία πιο συχνά από τις γυναίκες, αλλά δεν διαφέρουν σε σχέση με το ποσοστό των αποπειρών αυτοκτονίας. Έχει αναφερθεί πως το ποσοστό αυτοκτονιών στους άνδρες οι οποίοι έπασχαν από σχιζοφρένεια είναι 210 ανά 100.000 του πληθυσμού, ενώ το ποσοστό αυτοκτονίας για τις γυναίκες που έπασχαν από σχιζοφρένεια είναι 90 ανά 100.000 του πληθυσμού. Γενικά, η συχνότητα εμφάνισης της αυτοκτονίας αυξάνεται με την ηλικία. Είναι συχνότερη είτε σε νεαρά άτομα, ηλικίας 15-25, αλλά περισσότερο πλήττονται άτομα, ηλικίας άνω των 75 ετών. Στους ηλικιωμένους υπάρχουν λιγότερες απόπειρες αυτοκτονίας, αλλά περισσότερες ολοκληρωμένες αυτοκτονίες (Cohen, Abdallah and Diwan, 2010). Μια ποικιλία παραγόντων κινδύνου έχουν εντοπιστεί ότι σχετίζονται με την αυτοκτονία των

σχιζοφρενών, όπως νέοι άνδρες, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης, η πρόσφατη απώλεια, το άγχος, η κατάχρηση ουσιών και η μείωση της πίστης στην θεραπεία. Άλλοι δυνητικοί παράγοντες είναι α) η παρορμητική συμπεριφορά, η οποία μπορεί να οφείλεται σε ακουστικές ψευδαισθήσεις, όπου διατάζουν τον ασθενή να αφαιρέσει την ζωή του, β) οι διαταραχές προσωπικότητας και γ) η βαρύτητα των ψυχωτικών συμπτωμάτων. Πιθανόν, ένας υποβαθμισμένος παράγοντας που συνδέεται με την αυτοκτονία των ασθενών αυτών είναι η κατάθλιψη και η συχνότητα της έχει αναφερθεί περίπου στο 30% και 40% (Cohen, Abdallah and Diwan, 2010). Επιπλέον, ο Maurizio et al (2007) αναφέρει 17 παράγοντες κίνδυνου οι οποίοι είναι οι εξής :

- i. Νέος
- ii. Άνδρας
- iii. Λευκός
- iv. Δεν παντρεύτηκε ποτέ
- v. Καλή προνοσηρή κατάσταση
- vi. Μετεμψυχωτική κατάθλιψη
- vii. Ιστορικό κατάχρησης ουσιών
- viii. Απόπειρες αυτοκτονίας
- ix. Απόγνωση
- x. Κοινωνική απομόνωση
- xi. Ενδονοσοκομειακή περίθαλψη
- xii. Επιδεινούμενη κατάσταση υγείας με ένα υψηλό επίπεδο προνοσηρής λειτουργίας
- xiii. Πρόσφατη απώλεια
- xiv. Απόρριψη
- xv. Περιορισμένη εξωτερική υποστήριξη
- xvi. Οικογενειακό άγχος
- xvii. Συναισθηματική αστάθεια

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν και κάποιοι παράγοντες οι οποίοι θεωρούνται ότι προστατεύουν το άτομο από την αυτοκτονία, όπως οι θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης, οι αποτελεσματικές δεξιότητες για την επίλυση προβλημάτων και η γενική ικανοποίηση από τη ζωή (Montross , Zisook and Kasckow , 2005).

Ένα ενδιαφέρον εύρημα, με πιθανές κλινικές επιπτώσεις είναι τα τραυματικά παρελθοντικά γεγονότα τα οποία σχετίζονται με την αυτοκτονία. Ο Read et al.

(2005) και ο Gil et al. (2009) υποστηρίζουν την άποψη πως τα τραυματικά γεγονότα, κυρίως στην πρώιμη παιδική ηλικία, έχουν αιτιακή σχέση με την σχιζοφρένεια. Και ο Carl et al. (2010) βρήκε τα πιο υψηλά ποσοστά πρόωρης σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης μεταξύ των ατόμων που είχαν κάνει απόπειρα αυτοκτονίας. Έχει αναφερθεί η αυξημένη συχνότητα της ενεργής φάσης την στιγμή της αυτοκτονίας στα θύματα και είναι πιθανό να έχουν βιώσει ψυχωτικά συμπτώματα το διάστημα πριν την αυτοκτονία τους (Heila et al., 1997).

Βρέθηκε πως οι ασθενείς διαπράττουν αυτοκτονία κατά τη διάρκεια της ψυχιατρικής τους νοσηλείας και περίπου τα μισά θύματα έχουν διαπράξει αυτοκτονία μέσα σε 3 μήνες από το εξιτήριο τους (Heilä et al., 1997). Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια οι οποίοι διαπράττουν αυτοκτονία είναι σε στενή σχέση με το σύστημα ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τα θύματα που αυτοκτονούν γενικότερα. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να είναι δυνατόν να προληφθούν τουλάχιστον κάποιες από αυτές τις αυτοκτονίες. Έχει προταθεί ότι η πρόληψη της αυτοκτονίας μπορεί να βελτιωθεί με περισσότερα δεδομένα (Barak et al., 2008). Οι βιοψυχοκοινωνικές εκτιμήσεις και οι παρεμβάσεις είναι απαραίτητες για τη μείωση κίνδυνου της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε ασθενείς με σχιζοφρένεια. Τα άτυπα αντιψυχωσικά και τα ψυχοεκπαιδευτικά προγράμματα μπορεί να βοηθήσουν τους ασθενείς με σχιζοφρένεια οι οποίοι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. Τα συναισθήματα απόγνωσης, απελπισίας και ο αυτοκτονικός ιδεασμός θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ασθενή (De Hert, McKenzie and Peuskens, 2001). Η ταλαιπωρία των ασθενών, τόσο από οξεία όσο και από χρόνια συμπτώματα καθώς και τα απραγματοποίητα όνειρα και οι φιλοδοξίες τους, απαιτούν μια ολιστική προσέγγιση με στόχο την αποδοχή της διαταραχής και της αναπηρίας τους και η οποία θα δημιουργήσει ρεαλιστικές προοπτικές για το μέλλον (De Hert, McKenzie and Peuskens, 2001). Ζωτικής σημασίας της μακροπρόθεσμης διαχείρισης είναι οι παρεμβάσεις αποκατάστασης για την βελτίωση των κοινωνικών και επαγγελματικών δεξιοτήτων, προκειμένου να καταπολεμηθεί η κοινωνική απομόνωση και να αναπτυχθεί ένα ουσιαστικό και προσαρμοσμένο περιβάλλον για τις καθημερινή δραστηριότητα και την διαβίωση αυτών των ασθενών.

3.3 Μέθοδοι Αυτοκτονίας & Τραυματισμοί

Οι μέθοδοι οι οποίοι έχουν βρεθεί να χρησιμοποιούνται για απόπειρα αυτοκτονίας είναι τα άλματα από ύψος (52,4%), η δηλητηρίαση (19%), ο πνιγμός (11,9%), ξαπλωμένοι στις γραμμές του τρένου (4,8%), και η αυτοπυρπόληση (2,4%) (Wei-Herng, 1991).

Στο Ηνωμένο Βασίλειο οι πτώσεις από ύψη αντιπροσωπεύουν την τρίτη πιο συνηθισμένη αιτία τυχαίων θανάτων, εξηγώντας έτσι τους περίπου 5.000 θανάτους κάθε χρόνο (Teh et al., 2003). Συνηθισμένη μέθοδος αυτοκτονίας φαίνεται να είναι και στην Σκωτία, στο Hong Kong αλλά και στην Ελλάδα (Kontaxakis et al., 1988; Wei- Herng et al., 1991). Τα άλματα από ύψος είναι μια επιθετική μέθοδος απόπειρας αυτοκτονίας και ως αποτέλεσμα έχει την ολοκληρωμένη αυτοκτονία ή στην περίπτωση επιβίωσης υπάρχει μια υψηλή συχνότητα της επανάληψης της αυτοκτονικής συμπεριφοράς. Οι πτώσεις από ύψος αποτελούν την μείζονα αιτία των πολυτραυματιών με υψηλά ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας (Borg , Holstad and Larsson, 2010).

Οι τραυματισμοί που προκαλούνται στο άτομο από ελεύθερη πτώση, είτε είναι σκόπιμη, είτε είναι τυχαία, αποτελούν μια μοναδική μορφή πολύ-τραυματία με μια μοναδική κατανομή των βλαβών. Τα πολλαπλά αυτά τραύματα μπορεί να είναι δύο τύπων τραυματισμοί. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι τραυματισμοί επιτάχυνσης και στην δεύτερη οι τραυματισμοί άμεσης πρόσκρουσης (Maull et al., 1981). Οι τραυματισμοί επιτάχυνσης είναι οι τραυματισμοί εσωτερικών οργάνων οι οποίοι συμβαίνουν από την τάση μετατόπισης του ιστού στην κατεύθυνση της κίνησης κατά την πρόσκρουση, ενώ η κίνηση του σώματος σταματά απότομα από το έδαφος. Οι τραυματισμοί άμεσης πρόσκρουσης είναι κυρίως τα κατάγματα (Maull et al., 1981).

Η επιβίωση και η σοβαρότητα των τραυματισμών εξαρτάται από α) το ύψος της πτώσης , β) το είδος της επιφάνειας στην οποία τα θύματα θα προσγειωθούν και γ) το μέρος του σώματος, το οποίο θα έρθει πρώτο σε επαφή με το έδαφος και δ) την ηλικία του θύματος (Teh et al., 2003). Η γνώση αυτών των χαρακτηριστικών μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση και στην θεραπεία των θυμάτων από πτώση εστιάζοντας σε συγκεκριμένα προβλήματα.

3.3.1 Μηχανισμός τραυματισμών

Η ελεύθερη πτώση είναι κίνηση κατακόρυφη ομαλά επιταχυνόμενη, με επιτάχυνση που είναι η ίδια για όλα τα σώματα σε ένα τόπο και μεταβάλλεται από τόπο σε τόπο. Ένα σώμα πραγματοποιεί ελεύθερη πτώση όταν αφήνεται να κινηθεί με την επίδραση μόνο του βάρους του. Η επιτάχυνση του σώματος που πραγματοποιεί ελεύθερη πτώση έχει επικρατήσει να λέγεται επιτάχυνση της

βαρύτητας (g). Με εφαρμογή του θεμελιώδους νόμου της Μηχανικής βρίσκουμε ότι η μάζα m και το βάρος B ενός σώματος συνδέεται με τη σχέση: $B = m g$. Αφού η ελεύθερη πτώση είναι κίνηση ευθύγραμμη ομαλά επιταχυνόμενη (χωρίς αρχική ταχύτητα), οι εξισώσεις που περιγράφουν το διάστημα S που διάνυσε το σώμα καθώς και την ταχύτητά του v , σε κάποια χρονική στιγμή t , είναι: $S = \frac{1}{2} g t^2$ (1) και $v = g t$. (2). Η μέγιστη ταχύτητα (τελική ταχύτητα) κατά τη διάρκεια της ελεύθερης πτώσης είναι περιορισμένη κυρίως από την αντίσταση του αέρα. Η αντίσταση του αέρα εξαρτάται από την πυκνότητα του αέρα, τον προσανατολισμό του σώματος και τα είδη της ένδυσης. Η τελική ταχύτητα επιτυγχάνεται στο επίπεδο της θάλασσας σε περίπου 120 χλμ ανά ώρα. Για να επιτευχθεί αυτή η τελική ταχύτητα απαιτείται περίπου 150 μέτρα ελεύθερης πτώσης. Κατά την πρόσκρουση, η κινητική ενέργεια μεταδίδεται στο άτομο και μεταφέρεται μέσω του αξονικού σκελετού και των μαλακών ιστών. Οι τραυματισμοί που υπόκεινται οι ασθενείς ποικίλουν ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της επιφάνειας στην οποία προσκρούονται, την ελαστικότητα και την γλοιότητα των ιστών, την ταχύτητα πρόσκρουσης, τον προσανατολισμό του σώματος, την διάρκεια της πρόσκρουσης και άλλες μεταβλητές.

Η διάρκεια της δύναμης πρόσκρουσης είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας στην πρόβλεψη της σοβαρότητας του τραυματισμού και της δυνατότητας επιβίωσης. Μια δύναμη πρόσκρουσης η οποία εφαρμόζεται για μικρότερη χρονική περίοδο είναι και ο πιο πιθανός μηχανισμός να οδηγήσει σε τραυματισμό. Για παράδειγμα, όταν η πρόσκρουση πραγματοποιηθεί σε βράχο, έχουμε μικρή παραμόρφωση της επιφάνειας πρόσκρουσης, ελάχιστη διάρκεια πρόσκρουσης άρα και μεγαλύτερη πιθανότητα τραυματισμού. Ενώ, αν πραγματοποιηθεί σε νερό, χιόνι ή χώμα επιτρέπουν μεγαλύτερη διάρκεια πρόσκρουσης και μικρότερη πιθανότητα για τραυματισμό. Οι συμπιεστικές - αποσυμπιεστικές δυνάμεις και οι δυνάμεις επιβράδυνσης προκαλούν την πλειοψηφία των τραυματισμών που έχουν υποστεί τα άτομα από ελεύθερη πτώση. Η κάθετη πρόσκρουση επίσης μεταφέρεται από την καμπτική δύναμη της σπονδυλικής στήλης και την περιστροφή των κάτω άκρων.

Τέλος, όταν το ύψος της πτώσης είναι μεγάλο οι δυνάμεις μπορούν να μεταφερθούν σε όλο το σώμα μέσω κρουστικού κύματος, με αποτέλεσμα ακόμη και οστά και όργανα που βρίσκονται μακριά από το σημείο πρόσκρουσης να υποστούν σοβαρό τραυματισμό (Teh et al., 2003).

3.3.2 Κατανομή τραυματισμών

Σε αρκετές μελέτες οι τραυματισμοί των κάτω άκρων ήταν οι συχνότερες βλάβες που βρέθηκαν σε όλους τους ασθενείς που έπεσαν από ύψος (Σχήμα 3, Snyder, 1963). Τα κατάγματα της πτέρνας οφείλονται στο ότι τα άτομα προσγειώνονται στο έδαφος με τα πόδια πρώτα. Ο Teh et al. (2003) μελέτησε

μια ομάδα ασθενών, όπου η μια ομάδα είχε πέσει από ύψος εκ προθέσεως και η άλλη ομάδα κατά λάθος, π.χ. εργασιακό ατύχημα.

Διαπίστωσαν πως στην ομάδα που είχε πέσει εκ προθέσεως τα κατάγματα της πτέρνας, των αστραγάλων και των αξόνων των μακρών οστών ήταν πιο συχνά. Συγκεκριμένα, το 31% της πρώτης ομάδας (εκ προθέσεως) είχαν κατάγματα πτέρνας σε αντίθεση με το 5% της δεύτερης ομάδας (από ατύχημα). Επίσης, στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι τα κατάγματα της πυέλου και της κοτύλης είναι συχνά σε άλματα από ύψος, λόγω της υψηλής ενέργειας που εμπλέκεται. Το υψηλότερο ποσοστό των τραυματισμών της πυέλου αντιπροσώπευε τα άτομα τα οποία έπεσαν εκ προθέσεως, σε αντίθεση με τα άτομα τα οποία έπεσαν κατά λάθος. Τέλος, η πρώτη ομάδα (εκ προθέσεως) είχαν υποστεί περισσότερα κατάγματα ανά άτομο, ενώ τα λιγότερα τραύματα ήταν στο κεφάλι σε σύγκριση με την δεύτερη ομάδα (κατά λάθος). Αυτό ίσως είναι η πιο πειστική απόδειξη ότι στην πρώτη περίπτωση (εκ προθέσεως) τα άτομα προσγειώνονται με διαφορετικό προσανατολισμό από ότι στην δεύτερη περίπτωση (κατά λάθος). Τα ευρήματα αυτά είναι παρόμοια με εκείνα του Katz et al., (1988), ο οποίος διαπίστωσε πως 12 από τους 28 που έπεσαν εκ προθέσεως (43%) υπέστησαν κατάγματα πτέρνας. Παρατηρούμε πως οι πτώσεις εκ προθέσεως διαφέρουν από τις τυχαίες πτώσεις στον μηχανισμό του τραύματος.

Ο Snyder (1963) υπέθεσε ότι οι ψυχιατρικοί ασθενείς είναι χαλαροί σωματικά την στιγμή που προσγειώνονται στο έδαφος, με συνέπεια να αντέχουν στις δυνάμεις που δημιουργούνται με περισσότερη επιτυχία, απ' ότι συμβαίνει σε "φυσιολογικά" άτομα. Ο Richter et al. (1996) ανέλυσε το πρότυπο των τραυματισμών από 101 ενήλικους ασθενείς, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε θεραπεία στο κέντρο τους μετά από πτώση με μέσο ύψος 7,2 μέτρα από το 1987 έως το 1990. Οι πιο συνηθισμένοι τραυματισμοί ήταν τα κατάγματα της θωρακικής και οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (83%). Τα πιο συχνά κατάγματα βρέθηκαν στην άρθρωση του καρπού, του αγκώνα, του αστραγάλου και της υπαστραγαλικής. Ενώ, τα κατάγματα της άρθρωσης του ώμου, του βραχιόνιου οστού, του ισχίου και του μηρού ήταν πιο σπάνια.

Το χαρακτηριστικό και σε αυτή την έρευνα ήταν το υψηλό ποσοστό των καταγμάτων των άκρων και ο μικρός αριθμός των τραυματισμών στο κεφάλι στα άτομα που προσγειώθηκαν στο έδαφος με τα πόδια πρώτα. Η πιο κοινή μέθοδος αυτοκτονίας ήταν το άλμα έξω από το παράθυρο (84,6%). Εκτός των τραυματισμών σε όλες σχεδόν τις περιοχές του σώματος, αποκάλυψαν και έναν υψηλό αριθμό νευρολογικών ελλειμμάτων. Αντίστοιχα αποτελέσματα έχουμε και από τον Katz et al., (1988), ο οποίος διερεύνησε το πρότυπο και την διαχείριση των τραυματισμών από 28 ασθενείς που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν κάνοντας άλμα από ύψος. Η μια ομάδα είχε προσγειωθεί στο έδαφος με τα πόδια πρώτα και η δεύτερη ομάδα στο πλάι.





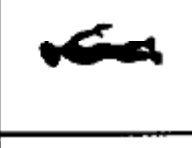




Η διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων δείχνει ότι τα κατάγματα στα άνω άκρα συνήθως αποκλείουν τα κατάγματα της σπονδυλικής στήλης. Κατά τη διάρκεια της πρόσκρουσης το σώμα που πέφτει έχει μεγαλύτερη κινητική ενέργεια που

στο μεγαλύτερο μέρος της μετατρέπεται σε ενέργεια κατάγματος. Στην πρώτη ομάδα το μεγαλύτερο ποσοστό κινητικής ενέργειας διαχέεται στα κάτω άκρα, τη λεκάνη και τη σπονδυλική στήλη, προκαλώντας κατάγματα σε αυτά τα σημεία. Στη δεύτερη ομάδα οι ασθενείς χρησιμοποίησαν τα άνω άκρα προσπαθώντας να προστατέψουν τον εαυτό τους πιθανώς με περισσότερη κάμψη στο επίπεδο των ισχίων. Η αυξημένη κάμψη μετατρέπει την εναπομείνουσα ενέργεια σε πρόσθια στροφική ενέργεια του κορμού εκθέτοντας τα τεντωμένα άνω άκρα σε κατάγματα. Είναι πιθανόν αυτή η διάχυση της ενέργειας να προστατεύει τη σπονδυλική στήλη από κατάγματα. Παρόμοια ευρήματα μας δίνει και η έρευνα του Wirbel et al., (1988) μελετώντας 36 ασθενείς που προσπάθησαν να αυτοκτονήσουν με άλμα από ύψος και διαπίστωσαν ότι οι πιο συνηθισμένοι τραυματισμοί ήταν κατάγματα της σπονδυλικής στήλης και των κάτω άκρων. Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν ψυχιατρική διαταραχή, ενώ οι 18 ασθενείς είχαν επιχειρήσει και στο παρελθόν αυτοκτονία τουλάχιστον μια φορά, αν και είχαν προκληθεί μόνο ελαφρά τραύματα. Οι 29 από τους 36 λάμβαναν ψυχιατρική φροντίδα κατά τη διάρκεια της απόπειρας αυτοκτονίας. Συνοψίζοντας, οι ασθενείς που προσγειώνονται στα πόδια τους υπόκεινται σε μεγάλη κατακόρυφη επιβράδυνση και συμπιεστικές δυνάμεις, οι οποίες μεταβιβάζονται μέσω του αξονικού σκελετού και των μαλακών ιστών, προκαλώντας ποικίλους τραυματισμούς. Όσο μικρότερη είναι η περιοχή πάνω στην οποία προσγειώνονται οι ασθενείς τόσο μεγαλύτερο είναι το φορτίο που δέχεται η περιοχή. Οι ασθενείς που προσγειώνονται στα κάτω άκρα τείνουν να υπόκεινται σε πιο σοβαρούς τραυματισμούς από εκείνους που προσγειώνονται στο πλάι (Katz et al., 1988).

Λόγω της αξονικής μεταφοράς των δυνάμεων το 10% έως το 25% των ασθενών οι οποίοι υποφέρουν από κατάγματα πτέρνας, υποφέρουν επίσης από κατάγματα της θωρακικής και οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης (Teh et al., 2003). Οι ασθενείς οι οποίοι επιχειρούν αυτοκτονία, συνήθως, θεωρούνται αναξιόπιστοι και δύσκολοι στη συνεργασία κατά τη διάρκεια της θεραπείας και βρίσκονται σε υψηλό ρίσκο να διαπράξουν μια επιπλέον απόπειρα αυτοκτονίας. Φτωχά λειτουργικά αποτελέσματα αναμένονται τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε περιορισμένη συμμετοχή των γιατρών, των νοσηλευτών και των φυσικοθεραπευτών.

Σε μια έρευνα ο Wirbel et al., (1998) ανέφερε ότι και οι 36 ασθενείς (από τους οποίους οι 26 ήταν ψυχωτικοί) παραδέχθηκαν ότι οι σοβαροί τραυματισμοί και η μετέπειτα διαδικασία τους προκάλεσε ψυχολογικό τραύμα, το οποίο τους έκανε να μην θέλουν να διαπράξουν αυτοκτονία ξανά. Παρ' όλο που το 52% των ασθενών δεν έμενε με σύντροφο και το 67% ήταν άνεργοι, η ψυχική τους κατάσταση κρίθηκε σταθερή. Μόνο ένα 19χρονο κορίτσι με αντιδραστική νευρωτική διαταραχή αρνήθηκε να συνεργαστεί με τον φυσικοθεραπευτή. Το

διατροχαντήριο μηριαίο κάταγμα της σταθεροποιήθηκε με ολισθέντα ήλιο. Λόγω της άρνησης της να συνεργαστεί με το φυσικοθεραπευτή, είχε ως άμεσο αποτέλεσμα το γόνατο της να γίνει δύσκαμπτο. Μετά την απομάκρυνση της βίδας, 8 μήνες μετεγχειρητικά το γόνατο της απαίτησε ανοιχτή κινητοποίηση και ήταν αναγκασμένη να λαμβάνει μόνιμη φυσικοθεραπεία κάτω από συνεχή επισκληρίδιο αναισθησία.

IMPACT POINT		** P.C.S.	NO. OF CASES		TOTAL
			♂ MALE	♀ FEMALE	
FEET		+G _z	57	21	78
HEAD		-G _z	19	2	21
BUTTOCKS		+G _z	6	4	10
PRONE (A-P)		-G _x	3	0	3
SUPINE (P-A)		+G _x	3	0	3
HANDS & KNEES Transverse (A-P)		-G _x	3	2	5
SIDE Rt. & left Lateral		±G _y	8	0	8
Direction of Force 			99	29	128*

Σχήμα 3: Θέση του σώματος στο αρχικό αντίκτυπο, ανάλυση 128 περιπτώσεων (Snyder,1963).

3.3.3 Επιβίωση

Η επιβίωση μετά από ακραία ύψη έχει τεκμηριωθεί. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι νεαρά άτομα με καλή φυσική κατάσταση έχουν περισσότερες πιθανότητες να επιβιώσουν από τη πτώση. Έχει προταθεί ότι είναι πιο πιθανό να επιβιώσουν λόγω περισσότερης ευελιξίας του σκελετού τους, τον χαλαρό μυϊκό πόνο και το μεγαλύτερο ποσοστό του μυϊκού λίπους (Roshkow et al., 1990). Ο Kurtz et al. (1987) αναφέρει 4 επιζώντες, οι οποίοι έπεσαν από ύψος περίπου 50μ. από την Brooklyn Bridge στο νερό. Εάν αυτό το άλμα συνέβαινε σε στέρεο έδαφος, από το συγκεκριμένο ύψος, τότε θα ήταν 100% θανατηφόρο.

Αρκετές έρευνες έχουν δείξει ότι ένα υψηλό ποσοστό των ασθενών οι οποίοι διαπράττουν αυτοκτονία με άλματα έχουν ψυχικές διαταραχές (Reisch, Schuster and Michel, 2008).

Έχει προταθεί πως η προσγείωση με τα πόδια πρώτα έχει ως αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη δύναμη ανά μονάδα επιφάνειας, αυξάνοντας έτσι την πιθανότητα καταγμάτων. Όταν συμβεί αυτό, η δύναμη που φτάνει στα ζωτικά όργανα μπορεί να μειωθεί λόγω της απορρόφησης της κινητικής ενέργειας από τα κάτω άκρα.

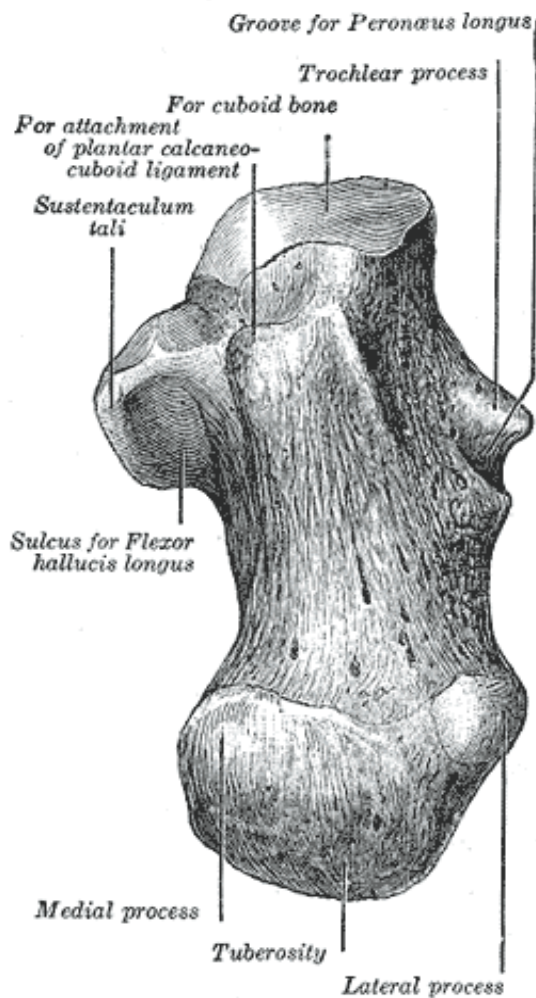
Η αρχική θεραπεία θα πρέπει να περιοριστεί σε διαδικασίες απαραίτητες για τη διατήρηση της ζωής και την σύντομη σταθεροποίηση της σπονδυλικής στήλης και των άκρων. Μελέτες δείχνουν ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς αυτούς υποφέρουν από σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Αυτοί οι ασθενείς υποφέρουν από ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών συμπτωμάτων, όπως άγχος, ένταση, κατάθλιψη, εχθρικότητα, ευερεθιστότητα, αποδιοργανωτική συμπεριφορά, διαταραχές σκέψης και αντίληψης. Κάποιες φορές έχουν ενεργό αυτοκτονικό ιδεασμό ή ακόμα και ένα λεπτομερές αυτοκτονικό σχέδιο. Γι' αυτό το λόγο η προσέγγιση της θεραπείας για αυτούς τους ασθενείς λαμβάνει υπ' όψη την ψυχιατρική τους κατάσταση. Αυτές οι ψυχιατρικές εκδηλώσεις δημιουργούν υποκειμενική αγωνιά στον ασθενή και μπορεί να εμποδίσουν ή ακόμη και να αποτρέψουν την ιατρική και χειρουργική φροντίδα σε κάποιες περιπτώσεις.

Η διαχείριση αυτών των ασθενών στην ορθοπεδική ή χειρουργική μονάδα είναι δύσκολη λόγω της ανησυχίας, της μη συνεργασίας του ασθενή και το πρόβλημα του ανεκπαιδευτού προσωπικού στον χειρισμό του ψυχιατρικού ασθενή (Reisch, Schuster and Michel, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

4. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΠΤΕΡΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Όπως αναφέρετε παραπάνω οι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια κάποια στιγμή στη ζωή υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να αποπειραθούν να αυτοκτονήσουν, σύνθητες σχέδιο αυτοκαταστροφής είναι τα άλματα από ύψος (52,4%). Όταν ένας πάσχων πραγματοποιήσει μια τέτοια αποπήρα οι πιο συχνόί τραυματισμοί είναι τα κατάγματα πτερνών λόγω ότι η πρόσκρουση στο έδαφος γίνεται με τα κάτω άκρα. Ένα τέτοιο περιστατικό θα αναλύσουμε παρά κάτω.



Εικ. 1

Απεικόνιση πτέρνας (Gray's, 2007)

4.1. Ανατομικά στοιχεία της πτέρνας

Η πτέρνα είναι το μεγαλύτερο οστού του ταρσού . Σχηματίζει το σκελετικό υπόβαθρο της πτέρνας. Βρίσκεται κάτω από τον αστράγαλο, τον οποίο και υποβαστάζει. Είναι ένα ακανόνιστο τετράπλευρο οστό, με τον επιμήκη άξονα προσανατολισμένο συνήθως κατά μήκος της μέσης γραμμής του ποδιού. Η πτέρνα έχει σχήμα ακανόνιστου τετράπλευρου. Η οπίσθια επιφάνειά της προεξέχει πίσω από την ποδοκνημική άρθρωση και είναι κυκλική. Η οπίσθια επιφάνεια της πτέρνας διαιρείται σε τρία τμήματα, άνω , μέσο και κάτω. Στο μέσο τμήμα καταφύεται ο πτερνικός ή αχίλλειος τένοντας. Το κάτω είναι καμπύλο και αποτελεί τη περιοχή στήριξης του βάρους του σώματος στη πτέρνα και συνεχίζει στη πελματιαία επιφάνεια του οστού αποτελώντας το κύρτωμα της πτέρνας. Το κύρτωμα προεξέχει στο πρόσθιο τμήμα του προς τα πλάγια με την μορφή δύο αποφύσεων, το έσω και έξω φύμα της πτέρνας, με το έσω φύμα να είναι μεγαλύτερο. Τα δύο φύματα χωρίζονται με μια σφηνοειδή εντομή. Στην πρόσθια κάτω επιφάνεια της πτέρνας υπάρχει ένα φύμα, το πρόσθιο φύμα της πτέρνας που χρησιμεύει για την πρόσφυση του βραχέος πελματικού συνδέσμου του ποδιού. Η έξω επιφάνεια είναι ομαλή με εξαίρεση δύο προεξοχές. Η πιο πρόσθια είναι περονιαία τροχίλια και η πιο πίσω χρησιμεύει ως σημείο πρόσφυσης του πτεροπερονιαίου τμήματος του έξω πλάγιου συνδέσμου της ποδοκνημικής άρθρωσης.

Η έσω επιφάνεια της πτέρνας είναι κοίλη και εμφανίζει το υπερείσμα του αστραγάλου, ένα οστεϊνο χείλος που προεξέχει προς τα έσω και υποβαστάζει την κεφαλή του αστραγάλου. Στο κάτω μέρος του υπερείσματος υπάρχει μια αύλακα με κατεύθυνση μπρος-πίσω, από την οποία περνά ο τένοντας του μακρός εκτείνοντος το μεγάλο δάκτυλο. Στην άνω επιφάνεια του υπερείσματος υπάρχει μια αρθρική επιφάνεια, η μέση αστραγαλική αρθρική επιφάνεια, για την άρθρωση με την αντίστοιχη επιφάνεια στον αστράγαλο. Στην άνω επιφάνεια του σώματος της πτέρνας βρίσκονται επίσης άλλες δύο αρθρικές επιφάνειες, η πρόσθια και η οπίσθια αστραγαλική αρθρική επιφάνεια, οι οποίες αρθρώνονται με τις αντίστοιχες αρθρικές επιφάνειες του αστραγάλου. Η οπίσθια αρθρική επιφάνεια είναι η μεγάλη. Ανάμεσα στην οπίσθια και τις άλλες δύο αρθρικές επιφάνειες βρίσκεται μια βαθιά αύλακα, η πτερνική αύλακα. Αυτή η αύλακα μαζί με την αστραγαλική αύλακα του αυχένα του αστραγάλου σχηματίζουν τον ταρσιαίο κόλπο, ο οποίος είναι ορατός όταν ο σκελετός παρατηρείται από έξω. Το πρόσθιο μέρος της πτέρνας αρθρώνεται με το κυβοειδές οστό.(Drake, Vogli and Mitchell,2007)

4.2. Κατάγματα πτερνών:

Τα κατάγματα της πτέρνας διαιρούνται σε δύο βασικές κατηγορίες:

Στα **εξωαρθρικά** (25-30%) περιλαμβάνονται τα κατάγματα των διαφόρων αποφύσεων και ογκομάτων της πτέρνας.(Εικ.4)

Στα **ενδαρθρικά** (70-75%), στα οποία η γραμμή του κατάγματος φτάνει μέχρι την υπαστραγαλική άρθρωση και είναι συνήθως συμπιεστικά. Η διαίρεση αυτή έχει μεγάλη σπουδαιότητα και για την πρόγνωση, αλλά ιδιαίτερα και για τον τρόπο αντιμετώπισης.(Εικ.3) (Συμεωνίδης,1997)

Κλινική εικόνα: α) Πόνος, β) Οίδημα και εκχυμώσεις που αυξάνονται ταχύτατα μέσα στις πρώτες ώρες, γ) Παραμόρφωση.(Πουρνάρας,2009)

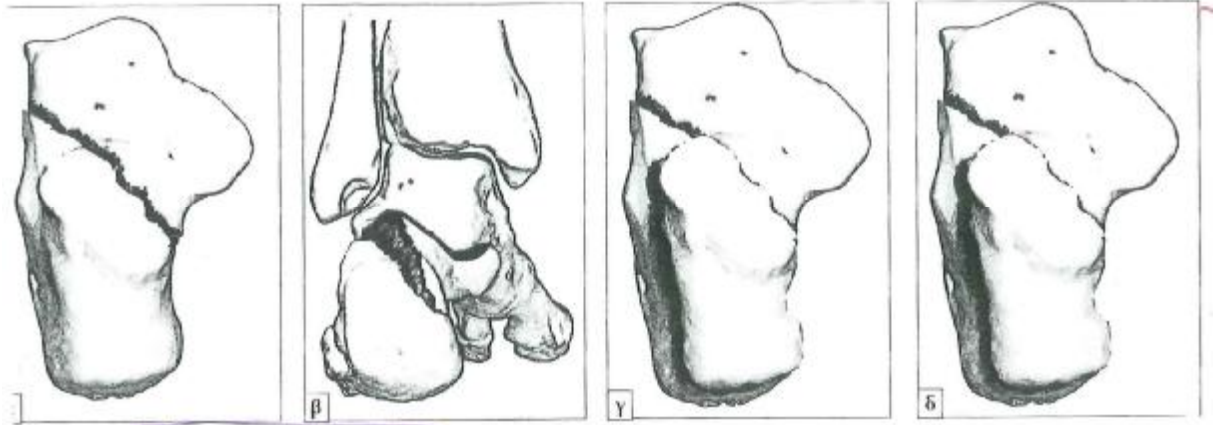
Ακτινολογικός έλεγχος: Οι απλές ακτινογραφίες θα πρέπει να περιλαμβάνουν πλάγιες, λοξές και αξονικές λήψεις. Τα εξωαρθρικά κατάγματα είναι συνήθως προφανή. Τα ενδαρθρικά κατάγματα μπορούν επίσης να διαγνωστούν σε απλές ακτινογραφίες και εφόσον υπάρχει παρεκτόπιση των τμημάτων, στην πλάγια ακτινογραφία, μπορεί να φανεί μία επιπέδωση της γωνίας ογκώματος – άρθρωσης(γωνία Bohler).(Εικ.2)

Για την ακριβή περιγραφή των ενδαρθρικών είναι απαραίτητη η αξονική τομογραφία. Λαμβάνοντας εγκάρσιες τομές στον άξονα της πτέρνας οι οποίες θα δείξουν την γεωμετρία του κατάγματος αρκετά καθαρά, ώστε να επιτρέψουν ακριβή διάγνωση των περισσότερων ενδαρθρικών καταγμάτων.(Apley,Solomon,Warwick, 2001)



Εικ. 2 Τρόπος λήψης ακτινογραφίας πτέρνας .

(Παναγαγιωτης Π.Συμεωνιδης , 1997)



Εικ.3 Ενδαρθρικά κατάγματα πτέρνας (Arpleys, 2001)



Εικ.4 Εξωαρθρικό κάταγμα πτέρνα.

(Παναγιωτης Π.Συμεωνιδης , 1997)

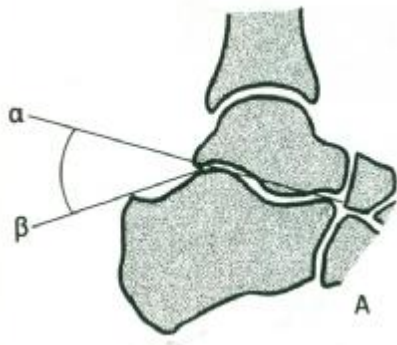
4.3. Γωνίες Bohler, Gissane.

Στην πλάγια ακτινογραφία είναι δυνατόν να εκτιμηθεί ο βαθμός συμπίεσης, ενώ στην προσθιοπίσθια ο βαθμός της διάστασης των οστικών τμημάτων. Ως δείκτης του βαθμού συμπίεσης της πτέρνας λαμβάνονται 2 γωνίες. Η πρώτη σχηματίζεται μεταξύ της γραμμής της υπαστραγαλικής άρθρωσης και αυτής που συνδέει το άνω άκρο της οπίσθιας επιφάνειας της πτέρνας με το πλέον οπίσθιο σημείο της υπαστραγαλικής (γωνίας Bohler). Η γωνία αυτή φυσιολογικά είναι 35° - 40° , μικραίνει δε ανάλογα με την συμπίεση του κατάγματος, για να φθάσει να γίνει ακόμη και αρνητική. Η δεύτερη είναι συνήθως μεταξύ 95° - 105° (γωνία Gissane). Είναι σημαντική η μελέτη των γωνιών αυτών από τους αρμόδιους γιατρούς λόγω ότι είναι ένδειξη για τον τρόπο χειρουργικής (Joseph,Jaimo,2010).



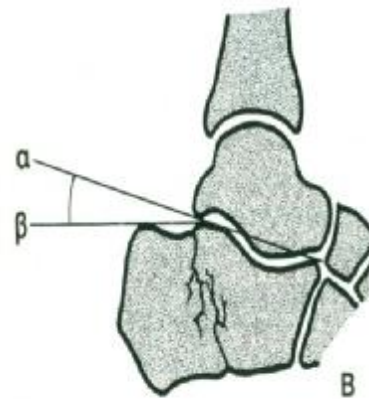
Εικ.5 Μια πλάγια ακτινογραφία της πτέρνας δείχνει γωνίας Bohler του (γωνία A) και την κρίσιμη γωνία του Gissane (γωνία B).

(Joseph&Jaimo,2010)

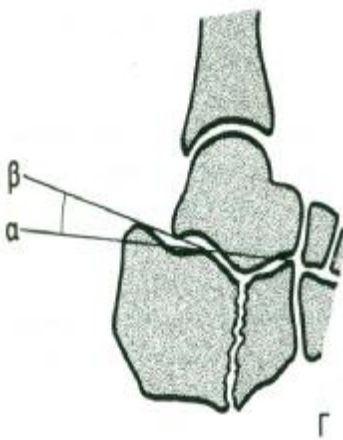


φυσιολογική γωνία

ελάττωση της γωνίας



αναστροφή της γωνίας



Εικ.6(Παναγαγιωτης Π.Συμεωνιδης , 1997)

4.4. Ταξινόμηση καταγμάτων πτέρνας

A. Εξωαθρικά κατάγματα.

Στον τύπο αυτό ανήκει το 25% του συνόλου των καταγμάτων της πτέρνας και συνήθως είναι ελάχιστα παρεκτοπισμένα. Αφορούν κατάγματα των αποφύσεων της πτέρνας και του σώματος της πτέρνας. Έχουν αρκετά απλές μορφές και περιλαμβάνουν τη διάτμηση ή απόσπαση της πρόσθιας απόφυσης, του

υπερείσματος του αστραγάλου, του ογκώματος, ή της κάτω και έσω απόφυσης. Τα κατάγματα του οπισθίου τμήματος του σώματος (εξωαρθρικά) οφείλονται σε συμπίεση. Τα εξωαρθρικά κατάγματα είναι συνήθως εύκολα στην αντιμετώπισή τους και έχουν καλή πρόγνωση. (Πουρνάρας,2009)

B. Ενδοαρθρικά κατάγματα.

Είναι πολύπλοκα και η πρόγνωση τους αβέβαιη. Τα κατάγματα αυτά κατανοούνται καλύτερα εάν φανταστεί κανείς τον αστράγαλο σαν σφήνα, η οποία πιέζει την πτέρνα παράγοντας μια πρωτογενή καταγματική γραμμή. Η γραμμή του κατάγματος διατρέχει λοξά την οπίσθια αρθρική επιφάνεια και το σώμα, από οπίσθια έσω προς τα πρόσθια και έξω. Το σημείο στο οποίο θα υποστεί το κάταγμα η αρθρική επιφάνεια εξαρτάται από τη θέση του ποδιού την στιγμή της πρόσκρουσης. Όταν η πτέρνα είναι σε βλαισότητα (απαγωγή) το κάταγμα δημιουργείται στην έξω πλευρά της αρθρικής επιφάνειας, ενώ όταν η πτέρνα είναι σε ραιβότητα (προσαγωγή) το κάταγμα προκαλείται πιο εσωτερικά. . (Πουρνάρας,2009)

Σπάνια να είναι μόνο αυτή όλη η έκταση της κάκωσης, δηλαδή ένα κάταγμα δύο τεμαχίων με ένα μεγάλο οπίσθιο – έξω τεμάχιο και ένα ελαφρά μικρότερο πρόσθιο – έξω τεμάχιο. Πολύ πιο συχνά δημιουργείται και μία δευτερεύουσα καταγματική γραμμή στο οπίσθιο έξω τεμάχιο, μετατρέποντας την κάκωση σε ένα κάταγμα τριών τεμαχίων. Η δευτερογενής καταγματική γραμμή επεκτείνεται με έναν από τους δύο τρόπους, οι οποίοι συχνά περιγράφονται ως: “κάταγμα τύπου γλώσσας”, και “ κάταγμα αρθρικής συμπίεσης”. Στα κατάγματα τύπου “γλώσσας”, η καταγματική γραμμή πορεύεται προς τα πίσω από την γωνία του Gissane, μέχρι το όγκωμα της πτέρνας δημιουργώντας μία εικόνα στην πλάγια ακτινογραφία που θυμίζει μία μεγάλη “γλώσσα” (το τεμάχιο αυτό είναι το άνω και έσω τμήμα του σώματος του αστραγάλου με μεγάλο τμήμα της αρθρικής επιφάνειας.) Στα κατάγματα “αρθρικής συμπίεσης”, η δευτερογενής καταγματική γραμμή πορεύεται κυκλικά πίσω απο την αρθρική επιφάνεια, ξεχωρίζοντας έτσι ένα μικρό τεμάχιο, το οποίο περιέχει το θαλαμικό τμήμα της πτέρνας μαζί με το έξω τμήμα της αρθρικής επιφάνειας . Και στους δύο τύπους η πλάγια ακτινογραφία δείχνει την καθίζηση του θαλαμικού τμήματος της πτέρνας. Στην πραγματικότητα (και όπως φαίνεται στην αξονική τομογραφία), το έξω αρθρικό τεμάχιο παρεκτοπίζεται προς τα πίσω και έξω, το σώμα της πτέρνας ωθείται προς τα πάνω και έξω (αποκτώντας και μία κλίση ραιβότητας) και το τεμάχιο του υπερείσματος συνεχίζει να διατηρεί την ανατομική του σχέση με τον αστράγαλο. Το έξω αρθρικό τεμάχιο μπορεί

ορισμένες φορές να ενσφηνωθεί μέσα στο σώμα της πτέρνας και η ανάταξή του είναι δυνατή μόνο όταν γίνει οστεοτομία του εξωτερικού τοιχώματος του σώματος της πτέρνας . Η προς τα πάνω παρεκτόπιση του σώματος της πτέρνας δημιουργεί μία από τις χαρακτηριστικές ακτινογραφικές εικόνες του συμπίεσμένου κατάγματος: τη μείωση της γωνίας που σχηματίζεται από την οπίσθια αρθρική επιφάνεια και την άνω επιφάνεια του σώματος πίσω από την άρθρωση (γωνία Bohler).

(Essex-Iopresti 1993)

Μετά την εμφάνιση της αξονικής τομογραφίας και με την βελτίωση των χειρουργικών τεχνικών, οι κακώσεις της πτέρνας έχουν σε μεγάλο βαθμό κατανοηθεί. Στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχουν περισσότερο από 3 τεμάχια, με σημαντική ποικιλία στην μορφή παρεκτόπισης. Η γραμμή του κατάγματος συχνά επεκτείνεται δια μέσου της πρόσθιας αρθρικής επιφάνειας προς την περνοκυβοειδή άρθρωση. Το έξω τοίχωμα της πτέρνας μπορεί να έχει σημαντική συντριβή, ενώ η οπίσθια αρθρική επιφάνεια μπορεί να έχει δύο ή περισσότερες καταγματικές γραμμές. Η παρεκτόπιση του σώματος προς τα έξω προκαλεί την διεύρυνση της πτέρνας και έτσι το άκρο της περόνης μπορεί να προσκρούσει στο εξωτερικό τοίχωμα προκαλώντας συμπίεση των περνιαίων τενόντων. (Langdon,1994)

4.5. Θεραπεία των κατάγμάτων της πτέρνας

Στα κατάγματα χωρίς παρεκτόπιση εφαρμόζεται η συντηρητική θεραπεία, η οποία συνίσταται σε ελαστική επίδεση, ανάρροπη θέση του σκέλους για τη μείωση του οιδήματος, πρώιμη κινησιοθεραπεία, ιδιαίτερα της υπαστραγαλικής άρθρωσης και αποφυγή φόρτισης επί 6 εβδομάδες.

Τα κατάγματα των αποφύσεων και κυρτωμάτων της πτέρνας, εάν είναι παρεκτοπισμένα ανατάσσονται ανοικτά και καθηλώνονται στη θέση τους με βελόνες ή βίδες.

Σε όλες τις κακώσεις της πτέρνας, εκτός από τις πολύ μικρές, ο ασθενής εισάγεται στο νοσοκομείο, το άκρο τίθεται σε ανάρροπη θέση και τοποθετούνται κρύα επιθέματα έως ότου υποχωρήσει το οίδημα.

4.5.1 Συντηρητική θεραπεία

Τα κατάγματα που δεν περιλαμβάνουν την υπαστραγαλική άρθρωση πρέπει να αντιμετωπίζονται με κλειστές μεθόδους. Η συντηρητική μέθοδος αρχίζει τυπικά με την τοποθέτηση ψυχρών επιθεμάτων και ανύψωση του κάτω άκρου από 2 έως και 7 ημέρες, επιτρέποντας στο οίδημα να απορροφηθεί. Σε αυτή τη χρονική περίοδο απαιτείται πρώιμη ενεργητική κίνηση, όσο το άλγος το επιτρέπει, για την επανάκτηση του εύρους κίνησης της ποδοκνημικής και υπαστραγαλικής άρθρωσης. Η φόρτιση πρέπει να καθυστερήσει από 6 έως και 12 εβδομάδες. Εάν και θεωρητικά υφίσταται το ενδεχόμενο της παρεκτόπισης του κατάγματος με την πρώιμη κινητοποίηση, αυτό δεν φαίνεται ότι αποτελεί κλινικό πρόβλημα, εκτός από την περίπτωση του κατάγματος τύπου «γλώσσας», στο οποίο εφαρμόζεται λιγότερο επιθετική τακτική, με έναρξη ενεργητικής κίνησης μετά την 3η ή 4η εβδομάδα.

A) Κατάγματα της πρόσθιας απόφυσης. Τα περισσότερα από αυτά τα κατάγματα είναι αποσπαστικά και αρκετές φορές η αρχική διάγνωση είναι ένα διάστρεμμα ποδοκνημικής. Το κάταγμα θα φανεί στις λοξές ακτινογραφίες, όπου συνήθως φαίνεται και η συμμετοχή της πτερνοκυβοειδούς αρθρώσεως. Όταν το τεμάχιο είναι μεγάλο και παρεκτοπισμένο, μπορεί να είναι απαραίτητη η εσωτερική οστεοσύνθεση. Ο ασθενής κατόπιν ακολουθεί το κλασικό πρόγραμμα της συντηρητικής θεραπείας.

Β) Κατάγματα του ογκώματος. Αυτά είναι αποσπαστικά κατάγματα από βίαιη σύσπαση του αχίλλειου τένοντα. Η κλινική εικόνα είναι παρόμοια με αυτή της ρήξεως του αχίλλειου τένοντα. Όταν το κάταγμα είναι παρεκτοπισμένο, θα πρέπει να ανατάσσεται και οστεοσυνθέεται με βίδες σπογγώδους οστού. Το άκρο ακινητοποιείται σε θέση ελαφράς ιπποποδίας για να χαλαρώσει η τάση στον αχίλλειο τένοντα. Η φόρτιση του άκρου επιτρέπεται μετά από 4 εβδομάδες.

Γ) Κατάγματα του σώματος. Όταν είναι βέβαιο ότι το κάταγμα δεν αφορά την υπαστραγαλική άρθρωση, τότε μπορεί να αντιμετωπιστεί συντηρητικά με καλή πρόγνωση. Όταν όμως υπάρχει σημαντική παρεκτόπιση προς τα έξω με διεύρυνση της πτέρνας, τότε θα πρέπει να γίνεται προσπάθεια κλειστής ανάταξης με πλάγια συμπίεση. Ο ασθενής δεν φορτίζει το άκρο για 6-8 εβδομάδες, αλλά η ακινητοποίηση σε γύψο δεν είναι απαραίτητη. Εξαιρέση αποτελούν τα αμφοτερόπλευρα κατάγματα της πτέρνας και οι ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούν να καταφέρουν τη βάδιση με βακτηρίες χωρίς φόρτιση (π.χ. ηλικιωμένοι).

4.5.2 Χειρουργική αντιμετώπιση

Κατά τη θεραπεία των ενδαρθρικών καταγμάτων της πτέρνας (συμπιεστικών) πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ότι:

α) Η ανάταξη του κατάγματος είναι εξαιρετικά δύσκολη.

β) Η αποκατάσταση της λείας αρθρικής επιφάνειας στο ενδαρθρικό κάταγμα της πτέρνας είναι αδύνατη.

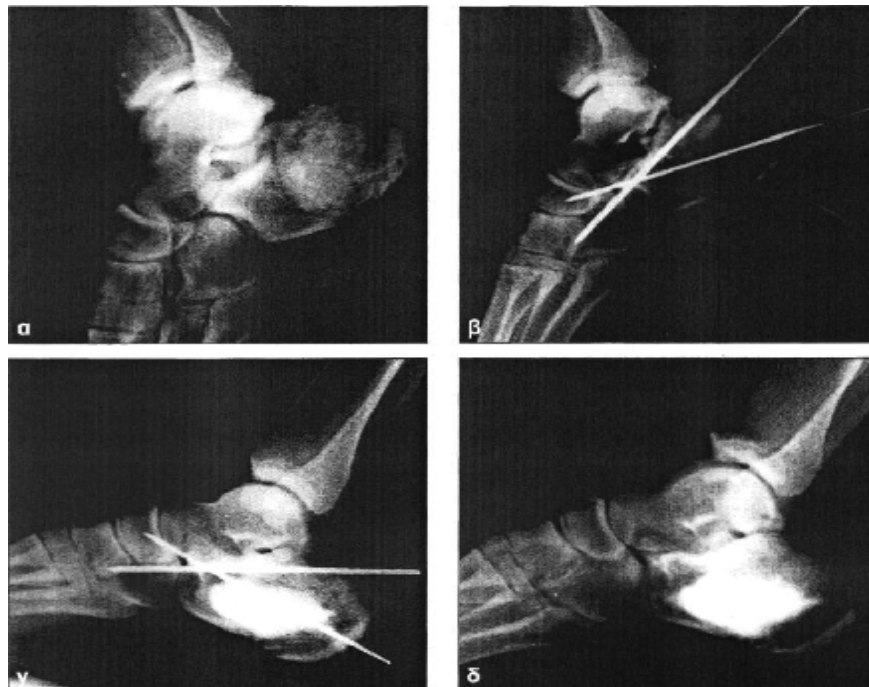
γ) Η πώρωση του κατάγματος, επειδή το οστό έχει σπογγώδη σύσταση, είναι ταχεία και επιτυγχάνεται και χωρίς ακινητοποίηση.

Μακροχρόνια ακινητοποίηση δημιουργεί δυσκαμψία που είναι πάντοτε επώδυνη.

Όταν η γωνία του Bohler έχει μειωθεί, γίνεται προσπάθεια αποκατάστασης του ύψους της πτέρνας με τη χρήση διαδερμικών βελόνων. Όταν αποκαθίσταται το ύψος, γίνονται κλειστοί χειρισμοί αποκατάστασης του πλάτους της πτέρνας. Η φόρτιση και σε αυτή την περίπτωση πρέπει να καθυστερήσει από 6 έως και 8

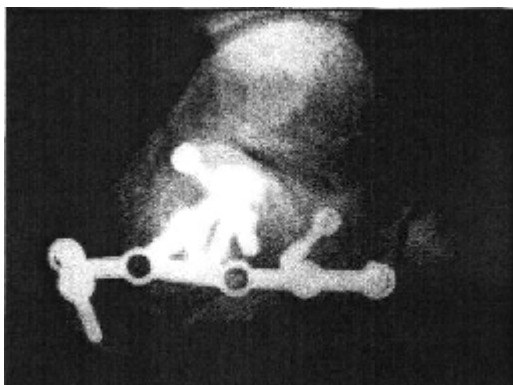
εβδομάδες, έως ότου πωρωθεί το κάταγμα. Ο ασθενής χρήζει της εφαρμογής ενός μικρού ύψους μη φορτιζόμενου νάρθηκα. Μετά την αφαίρεση του νάρθηκα, πρέπει να γίνει όσο το δυνατόν συντομότερα ενεργητική κινητοποίηση για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας της υπαστραγαλικής άρθρωσης. Όταν η συντηρητική αντιμετώπιση εφαρμοστεί έχοντας απόλυτη ένδειξη, τότε τα ικανοποιητικά αποτελέσματα φτάνουν σε ποσοστό 75%-85% των περιπτώσεων, με χρόνο επανένταξης σε εργασίες που απαιτούν σωματική κόπωση, διάρκειας από 3 έως και 6 μήνες.

Κατά τη θεραπεία των ενδαρθρικών καταγμάτων της πτέρνας (συμπιεστικών) πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ότι: Τα ενδαρθρικά κατάγματα με παρεκτόπιση αντιμετωπίζονται χειρουργικά. Τα αρθρικά τμήματα ανατάσσονται για να αποκατασταθεί η υπαστραγαλική άρθρωση και συγκρατούνται με βελόνες, βίδες ή ειδική πλάκα-βίδες. Εάν δημιουργηθεί κενό στην πτέρνα μετά την ανάταξη των αστικών τμημάτων, τοποθετούνται αστικά μοσχεύματα ή οπτικά υποκατάστατα. Παλαιότερα επικρατούσε η άποψη ότι τα συντριπτικά ενδαρθρικά κατάγματα πρέπει να αντιμετωπίζονται συντηρητικά με επίδεση και γρήγορη κινητοποίηση.



Εικ 7 Ενδαρθρικό κάταγμα πτέρνας: α) Πριν από την αντιμετώπιση. β) Μετά την ανάταξη και την οστεοσύνθεση με βελόνες. γ) Τοποθέτηση μίγματος υδροξυαπατίτη στο κενό που δημιουργήθηκε μετά την ανάταξη. δ) Μετά την αφαίρεση των βελονών. (Ιωάννης Δ.Πουρνάρας , 2009)

Σε σπάνιες περιπτώσεις με μεγάλη καθίζηση της πτέρνας και πλάγια παρεκτόπιση των αστικών τμημάτων χρειάζεται ανάταξη. Με γενική νάρκωση ασκείται από τα πλάγια πίεση στο σώμα της πτέρνας, ενώ με μία βελόνη Steínmann πού εισάγεται στο οπίσθιο τμήμα που παρεκτοπίσθηκε προς τα πάνω, γίνεται προσπάθεια επαναφοράς του σε θέση κατά το δυνατό ανατομική. Στη συνέχεια γίνεται εφαρμογή κνημοποδικού γύψου μέσα στον οποίο ενσωματώνεται η βελόνη. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει τάση αρκετά από τα κατάγματα της πτέρνας να χειρουργούνται. Ιδιαίτερα κάταγμα στο έσω μέρος της πτέρνας στο οβελιαίο επίπεδο που περιλαμβάνει το υπέρεισμα του αστραγάλου μαζί με τμήμα του σώματος και της οπίσθιας αρθρικής επιφάνειας. Μετά την ανάταξη γίνεται οστεοσύνθεση με πλάκα και βίδες.



Εικ. 8 Οστεοσύνθεση κατάγματος πτέρνας με ειδική πλάκα και βίδες.

(Ιωάννης Δ.Πουρνάρας, 2009)

Παλαιότερα επικρατούσε η άποψη ότι τα συντριπτικά ενδαθρικά κατάγματα πρέπει να αντιμετωπίζονται συντηρητικά με επίδεση και γρήγορη κινητοποίηση. Αν αργότερα προκύψει πρόβλημα με την υπαστραγαλική άρθρωση, μπορεί να επανακολληθεί η αρθρόδεσή της. Σήμερα, η άποψη αυτή έχει λίγους υποστηρικτές. Ίσως παλαιότερα να υποστηριζόταν, διότι δεν υπήρχαν οι προϋποθέσεις για σωστή χειρουργική αντιμετώπιση.



Εικ. 9 Ανάταξη κα τάγματος πτέρνας με βελόνη Steinmann

(Παναγαγιωτης Π.Συμεωνιδης ,1997)

4.6. Επιπλοκές:

Άμεσες:

1. Το έντονο οίδημα και οι φυσαλίδες του δέρματος μπορεί να κάνουν την επιλογή της χειρουργικής θεραπείας επικίνδυνη. Το άκρο θα πρέπει να τίθεται σε ανάρροπη θέση χωρίς την ελάχιστη καθυστέρηση.

2.Σύνδρομο διαμερίσματος. Σε ποσοστό 10% των ασθενών, αναπτύσσονται συμπτώματα από αυξημένη ενδοδιαμερισματική πίεση. Ο κίνδυνος ενός βαρέως συνδρόμου διαμερίσματος μπορεί να περιοριστεί με έγκαιρη έναρξη της θεραπείας. Η επέμβαση διάνοιξης των περιτονιών, έχει σαν αποτέλεσμα και την καθυστέρηση της οριστικής αντιμετώπισης του κατάγματος.

Απώτερες :

1. Πώρωση σε πλημμελή θέση. Η κλειστή ανάταξη των παρεκτοπισμένων καταγμάτων, ή η πρώιμη φόρτιση του μέλους μετά από μια ανοιχτή ανάταξη, μπορεί να οδηγήσουν σε πώρωση σε πλημμελή θέση. Η πτέρνα είναι πλατιά και τετραγωνισμένη και ο ασθενής έχει πρόβλημα στην χρήση υποδημάτων. Το

πόδι βρίσκεται συνήθως σε βλαισότητα και η βάδιση είναι διαταραγμένη. Η παραμόρφωση σε ραιβότητα προκαλεί πόνο και αστάθεια της ποδοκνημικής.

2. Παγίδευση των περνιαίων τενόντων. Η καθίζηση και η απαγωγή της πτέρνας μπορεί να οδηγήσει σε επώδυνη παγίδευση των περνιαίων τενόντων πάνω από έξω σφυρό. Η θεραπεία είναι χειρουργική και συνίσταται στην εκτομή της οστικής προπέτειας της εξωτερικής επιφάνειας της πτέρνας.

(Apley,Solomon,Warwick.2001)

3. Οστεοαρθρίτιδα της υπαστραγαλικής άρθρωσης, η οποία αναπτύσσεται σε ποικίλο βαθμό ανάλογα με την έκταση της καταστροφής της αρθρικής επιφάνειας της πτέρνας. Πρέπει όμως ν' αναφερθεί ότι οι κλινικές εκδηλώσεις της δεν είναι συνάρτηση της έκτασης των βλαβών που διαπιστώνονται ακτινολογικά. Σε μερικές π.χ. περιπτώσεις ο πόνος και η δυσχέρεια βάδισης είναι τόσο έντονα ώστε η αρθρόδεση να είναι αναπόφευκτη. Σε άλλες όμως τα ενοχλήματα είναι ασήμαντα και οι ασθενείς εκτελούν την εργασία τους χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία.

4. Οστεοαρθρίτιδα της πτεροκυβοειδούς άρθρωσης. Η επιπλοκή αυτή εμφανίζεται, όταν το κάταγμα εκτείνεται μέχρι την άρθρωση αυτή ή γίνεται αιτία παραμόρφωσής της. Προκαλεί πόνο και δυσχέρεια στη βάδιση και αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με αρθρόδεση της άρθρωσης αυτής καθώς και της υπαστραγαλικής.

5. Χαλάρωση του αχίλλειου τένοντα (φαινομενική επιμήκυνση). Οφείλεται σε παρεκτόπιση του οπίσθιου τμήματος της πτέρνας μαζί με την κατάφυση του αχίλλειου τένοντα προς τα πάνω. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ελάττωση της δύναμης των μυών της γαστροκνημίας και η εμφάνιση χολότητας. Θεραπευτικά εφαρμόζονται συστηματικές ενεργητικές ασκήσεις του γαστροκνημίου, και σε περίπτωση αποτυχίας βράχυνση του αχίλλειου τένοντα.

Εκτός από τα παραπάνω πρέπει κανείς να έχει υπόψη του, πριν αποφασίσει για αρθροδεσία της υπαστραγαλικής, ότι είναι δυνατόν οι πόνοι στην περιοχή της πτέρνας να οφείλονται:

α) Σε μετατραυματική τενοντοελυτρίτιδα των περνιαίων, που είναι αποτέλεσμα συνεχούς ερεθισμού τούς από τα οστικά τμήματα της πτέρνας που παρεκτοπίστηκαν. Η διατομή του ελύτρου των τενόντων αυτών είναι δυνατό ν' απαλλάξει τον ασθενή από τα ενοχλήματά του.

β) Σε σύνδρομο του ταρσιαίου σωλήνα.

Σε προστριβή κατά τη βάδιση της πτέρνας που παραμορφώθηκε επάνω στο έξω σφυρό. Αυτή προκαλεί κυρίως πόνο κατά την κάμψη και έκταση του ποδιού και δεν πρέπει να συγχέεται με τον πόνο της υπαστραγαλικής αρθρίτιδας, ο οποίος εκδηλώνεται στις κινήσεις πρηνισμού και υπτιασμού.

γ) Σε πελματιαία απονευρωσίτιδα που προέρχεται από ερεθισμό της πελματιαίας απονεύρωσης από την ανώμαλη κάτω επιφάνεια της πτέρνας.

(Συμεωνιδης.1997)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

5. Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση

5.1. Φυσικοθεραπεία στην Ψυχιατρική

Μια ευρέως διαδεδομένη αντίληψη είναι ότι η φυσική κατάσταση συνδέεται άμεσα με την ψυχολογική ευεξία. Αυτή η αντίληψη δεν είναι καινούργια. Η σχέση μεταξύ σωματικής υγείας και ευεξίας έχει τεκμηριωθεί από την εποχή των αρχαίων Ελλήνων με το γνώριμο αρχαίο ρητό «νους υγιής εν σώματι υγιές».

Τα αποδεικτικά στοιχεία για το ψυχολογικό όφελος, αν και είναι σημαντικά για ψυχικά υγιή άτομα, είναι ακόμη πιο εντυπωσιακά για τον ψυχιατρικό πληθυσμό (Daley 2012)

Ποιά μπορεί όμως να είναι η σχέση της φυσικοθεραπείας με μη οργανικά προβλήματα, όπως η σχιζοφρένεια και άλλα ψυχικά νοσήματα; Η φυσικοθεραπεία δεν μπορεί να θεραπεύσει την ίδια την σχιζοφρένεια, αλλά είναι απαραίτητη για την αποκατάσταση ασθενών με οργανικά προβλήματα. Έτσι, το πεδίο δράσης της φυσικοθεραπείας περιλαμβάνει και τον ψυχιατρικό χώρο.

Το ψυχικό νόσημα μπορεί να μην αποτελεί στόχο προς αποκατάσταση από τον φυσικοθεραπευτή, ωστόσο η ίδια η ψυχική νόσος επηρεάζει τις κινητικές λειτουργίες οδηγώντας σε σωματικά προβλήματα ή μπορεί να συνυπάρχει με άλλες οργανικές παθήσεις. Ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει το 6% των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια (Sernyak et al, 2002). Επομένως, ο φυσικοθεραπευτής καλείται να αντιμετωπίσει μια πληθώρα προβλημάτων όπως μυοσκελετικά, αναπνευστικά, νευρολογικά με τα διάφορα θεραπευτικά μέσα που διαθέτει και κυριότερο από αυτά την άσκηση η οποία επιδρά στην ψυχική κατάσταση των ασθενών λαμβάνοντας υπ' όψη πάντοτε το ψυχικό νόσημα.(Rand et al,2007)

5.2. Άσκηση και Οφέλη

Για άτομα με διαταραχές της ψυχικής υγείας, όπως η σχιζοφρένεια, η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους έχει την τάση να ενισχύει τη δυνατότητα των ατόμων να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν τη διαταραχή τους. Ως εκ τούτου, η άσκηση παρέχει τη δυνατότητα στα άτομα με ψυχική ασθένεια να

βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους μέσω δύο οδών : σωματικά και ψυχολογικά.

Μελέτες έχουν δείξει μια θετική σχέση μεταξύ της άσκησης και της ψυχικής υγείας σε άτομα τα οποία πάσχουν από σχιζοφρένεια αλλά και σε άτομα με κατάθλιψη.

Οι άνθρωποι που πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια συμπεριλαμβανομένου της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, της σχιζοφρένειας και της διπολικής διαταραχής, συχνά έχουν κακή σωματική υγεία και σημαντικές ψυχιατρικές, κοινωνικές και γνωστικές αναπηρίες. Η καθιστική ζωή είναι μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας. Σε σύγκριση με τα άτομα που είναι σωματικά δραστήριοι η καθιστική ζωή συμβάλλει στην ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη, καρδιακή νόσο και υψηλή αρτηριακή πίεση (Daley 2012)

Η σωματική δραστηριότητα παίζει σημαντικό ρόλο στην απώλεια βάρους και στην μείωση κινδύνου αύξησης του σωματικού βάρους στο γενικό πληθυσμό. Ακόμη, και ανεξαρτήτως της απώλειας βάρους, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά οφέλη για την υγεία καθώς τα άτομα τα οποία είναι παχύσαρκα αλλά ενεργά είναι κατά μέσο όρο πιο υγιεινά από ότι τα άτομα που κάνουν καθιστική ζωή αλλά δεν είναι παχύσαρκα. Ο Faulkner και ο Biddle (2001) ανέφεραν ότι η άσκηση πρόκειται για μια παρέμβαση η οποία δεν θεωρήθηκε κατάλληλη από κλινικούς ψυχολόγους.

Φαίνεται ότι χρειάζεται πολύ δουλειά για να πεισθούν όσοι προσφέρουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας το δεσμό μεταξύ νου και σώματος και να εξετάσουν πιο θετικά το ρόλο της άσκησης ως θεραπεία σε θέματα ψυχικής υγείας.

Τα άτομα με ψυχική ασθένεια διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωρης θνησιμότητας από τον γενικό πληθυσμό. Κατά μέσο όρο τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια πεθαίνουν 10-15 χρόνια νωρίτερα από τον γενικό πληθυσμό. Αν και ορισμένοι από τους θανάτους οφείλονται στην αυτοκτονία, η ισχαιμική καρδιακή νόσος είναι μια κοινή αιτία της αυξημένης θνησιμότητας στον συγκεκριμένο πληθυσμό. Τα ποσοστά συνυπάρχουσας ασθένειας όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αναπνευστική και καρδιαγγειακή νόσος ανέρχονται στο 60% των ατόμων με σοβαρή ψυχική ασθένεια. Το επίπεδο της φυσικής κατάστασης σχετίζεται αρνητικά με κατάθλιψη, άγχος και εγωκεντρισμό και συσχετίζεται θετικά με αυτοϊκανοποίηση και κοινωνική προσαρμογή. Η έρευνα έδειξε ότι τόσο σε υγιή όσο και σε ψυχικά ασθενείς

άτομα η φυσική κατάσταση συνδέεται με τη διάθεση, την εικόνα του σώματος (η εντύπωση που έχει ο καθένας για την εξωτερική του εμφάνιση την συμπεριφορά και τη αυτό-εικόνα). Σε μια μελέτη διαπίστωσαν πως μια ομάδα από ασθενείς οι οποίοι έπασχαν από ψυχικό νόσημα και είχαν νοσηλευτεί για ψυχιατρική φροντίδα, έλαβαν μέρος σε ένα πρόγραμμα ασκήσεων το οποίο αποτελείτο από τρεις περιόδους ασκήσεων για 6 εβδομάδες. Το αποτέλεσμα ήταν η μείωση του άγχους και της κατάθλιψης και βελτίωση της σωματικής υγείας

Σε μια άλλη μελέτη το 1970 τα άτομα τα οποία έπασχαν από σχιζοφρένεια φαίνεται να απολαμβάνουν την βελτιωμένη αίσθηση της εικόνας του σώματος τους μετά την ολοκλήρωση του καθημερινού προγράμματος άσκησης. Το 1972 διαπιστώθηκε πως υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στη φυσική κατάσταση και στην αυτό-εικόνα. Αργότερα το 1976 αναφέρθηκε πως η άσκηση μπορεί να βελτιώσει την αυτοαντίληψη (Daley, 2012)

Παρά τον αυξανόμενο όγκο αποδεικτικών στοιχείων που υποστηρίζουν την σχέση μεταξύ της άσκησης και της ψυχικής υγείας, κάποιες οργανώσεις δείχνουν απρόθυμες να υποστηρίξουν τη χρήση της άσκησης στην αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας. Τέλος, η άσκηση δεν έχει υιοθετηθεί ευρέως από κλινικούς ψυχολόγους και ψυχιάτρους ως συμπληρωματική στρατηγική παρέμβασης για την βελτίωση της ψυχικής υγείας των ασθενών. Για παράδειγμα, σε μια πρόσφατη μελέτη για την κατάθλιψη και την θεραπεία της στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν υπήρξε καμία αναφορά στην αξία της άσκησης (Hale 1997, Daley 2012)

5.3. Μηχανισμοί & Μοντέλα

Υπάρχουν κάποιες υποθέσεις για τον τρόπο με τον οποίο η άσκηση επιδρά θετικά σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο, όπως ο βιοχημικός, ο φυσιολογικός, ο ψυχο-κοινωνικός και απόσπασης μηχανισμός.

Φυσιολογικός μηχανισμός: Μια κοινή εξήγηση των συναισθηματικών αλλαγών είναι ένα νευροφυσιολογικό μοντέλο γνωστό και ως μοντέλο "υπερθέρμανσης". Το οποίο προτείνει ότι το πρωταρχικό κίνητρο της προαγωγής της συναισθηματικής αλλαγής είναι η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος λόγω της άσκησης, η μυϊκή χαλάρωση και άλλες οργανικές διεργασίες

οι οποίες ελέγχονται από τον υποθάλαμο με αποτέλεσμα τη θετική επίδραση στο άτομο με ψυχικό νόσημα. Η πεποίθηση ότι η αύξηση της θερμοκρασίας μπορεί να είναι θεραπευτική είναι μακροχρόνια (π.χ. σάουνα και χαμάμ). Μια έρευνα έδειξε ότι η συνολική αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος (π.χ. ζεστό νερό) μειώνει την μυϊκή ένταση (Daley, 2012).

Βιοχημικός μηχανισμός: Έχουν μελετηθεί δυο μηχανισμοί για τις επιπτώσεις της άσκησης στον τομέα της ψυχικής υγείας και βασίζονται στις : 1) μονοαμίνες και 2) ενδορφίνες. Η πρώτη υπόθεση στηρίζεται στο γεγονός ότι η άσκηση αυξάνει την συνοπτική διαβίβαση των μονοαμινών, οι οποίες υποτίθεται ότι λειτουργούν με τον ίδιο τρόπο που λειτουργούν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η δεύτερη υπόθεση προτείνει ότι τα αποτελέσματα της άσκησης στην ψυχολογική ευεξία και ειδικότερα στην "ευφορία", προκαλείται από την απελευθέρωση και την μετέπειτα σύνδεση των ενδογενών οπιοειδών, τις βενδορφίνες στον εγκέφαλο (Daley, 2012)

Έχει αποδειχτεί ότι το επίπεδο ενδορφινών στον εγκέφαλο ποντικών αυξάνονταν όταν τα έβαζαν να ασκηθούν εντατικά σε τροχό ή να κολυμπήσουν σε ειδικές δεξαμενές στο εργαστήριο, κολυμπώντας σημαντικές για τα δεδομένα τους αποστάσεις. Οι ενδορφίνες λειτουργούσαν ως μια φυσική εκδοχή μορφίνης και τα ποντίκια μπορούσαν να αναπτύξουν εξάρτηση, αν ασκούσαν συχνά.

Επιπλέον, έχει αναφερθεί μια θετική σχέση ανάμεσα στις β- ενδορφίνες και την άσκηση, η οποία υποστήριξε ότι οδηγεί σε πιο θετικές συναισθηματικές καταστάσεις.

Ενδιαφέρον είναι ότι η υπόθεση ενδορφίνης παραμένει μια από τις δημοφιλείς εξηγήσεις του ψυχικού οφέλους της άσκησης (Daley, 2012)..

Ψυχο-κοινωνικός μηχανισμός: Υπάρχει ένας αριθμός θεωρητικών μοντέλων που έχουν προσπαθήσει να εξετάσουν την πιθανή σχέση μεταξύ άσκησης και αυτοσεβασμού. Ένα τέτοιο μοντέλο είναι του Sonstroem το 1978, ένα ψυχολογικό μοντέλο για τη σωματική δραστηριότητα. Αυτό το μοντέλο προϋποθέτει ότι η συμμετοχή σε σωματική δραστηριότητα αυξάνει την φυσική ικανότητα, η οποία έχει θετική επιρροή στην αυτοεκτίμηση του ατόμου και κατά συνέπεια οδηγεί σε υψηλότερα επίπεδα αυτοσεβασμού. Συγκεκριμένα, τα άτομα με υψηλό αυτοσεβασμό, τα οποία νοιώθουν περήφανα για το σώμα τους, συνεχίζουν την άσκηση με αποτέλεσμα την διατήρηση ή την αύξηση της φυσικής κατάστασης. Επιπλέον, η άσκηση οδηγεί σε αυξημένες αντιλήψεις της φυσικής ικανότητας και του αυτοσεβασμού, η οποία έχει ως αποτέλεσμα στην

ακόμη μεγαλύτερη έλξη για σωματική άσκηση (ο κύκλος αυτός συνεχίζεται με τον ίδιο τρόπο).

Το μοντέλο αυτό θεωρείται αρκετά επιτυχημένο στην παρουσίαση συσχέτισης αποδεικτικών στοιχείων που συνδέουν τη σωματική δραστηριότητα με την ψυχική υγεία. Η άσκηση μπορεί να προσφέρει ιδιοδεκτική ανατροφοδότηση βελτίωσης της συνολικής λειτουργικής ικανότητας στα σώματα των ασθενών. Η θετική σχέση μεταξύ άσκησης και ψυχικής υγείας θα μπορούσε να εξηγηθεί όσον αφορά των φυσικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με την άσκηση (π.χ. μυϊκό τόνο και απώλεια βάρους) και αυτά τα φυσικά σημεία θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως θετικά ερεθίσματα προς το αίσθημα επίτευξης του σώματος τους. Αυτό είναι σημαντικό για τους ασθενείς οι οποίοι συχνά έχουν αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό τους και το σώμα τους.

Μηχανισμός απόσπασης: Μια δημοφιλής εξήγηση για τη θετική σχέση μεταξύ της άσκησης και της ψυχικής υγείας είναι η απόσπαση της προσοχής από την οποιαδήποτε νοσηρή ψυχική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής και ως αποτέλεσμα έχει την βελτίωση της ψυχικής του κατάστασης. Το πιο πιθανό είναι οι επιδράσεις της άσκησης είναι αποτέλεσμα του συνδυασμού των τεσσάρων μηχανισμών- μοντέλων (Daley, 2012).

5.4. Ψυχικά οφέλη άσκησης

Η άσκηση μπορεί επίσης να προσφέρει ψυχολογικά οφέλη στους ασθενείς με ψυχική ασθένεια. Δυο πρόσφατες μετά-αναλύσεις οι οποίες εξέτασαν την κλινική κατάθλιψη ανέφεραν πως οι συνέπειες της άσκησης ήταν παρόμοια με εκείνα που βρέθηκαν από άλλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις (Lawlor and Hopker, 2001). Πιο μικρή αλλά θετική επίδραση για την σωματική δραστηριότητα έχει σημειωθεί για την γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, φοβίες, κρίσεις πανικού και διαταραχές άγχους (O'Conner, Raglin and Martinsen, 2000).

Η τακτική σωματική δραστηριότητα μπορεί να βελτιώσει την ψυχική υγεία μεταξύ των ατόμων με ψυχική νόσο. Σε μια ανασκόπηση οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η άσκηση θα μπορούσε να ανακουφίσει τα δευτερεύοντα συμπτώματα της σχιζοφρένειας όπως κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση και την κοινωνική απόσυρση. Σε μερικούς ασθενείς η άσκηση μπορεί επίσης να είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση των θετικών συμπτωμάτων

της σχιζοφρένειας, όπως οι ακουστικές ψευδαισθήσεις (O'Conner, Raglin and Martinsen, 2000).

5.5. Αυτοέλεγχος

Εξίσου σημαντικό κομμάτι στην επίτευξη της αλλαγής συμπεριφορά τους με επιτυχία είναι και ο αυτοέλεγχος. Δυστυχώς, ο αυτοέλεγχος της σωματικής δραστηριότητας είναι δύσκολο. Για παράδειγμα, οι περισσότεροι άνθρωποι δεν είναι σε θέση να αναφέρουν με ακρίβεια πόσο έχουν περπατήσει (Bassett, Cureton and Ainsworth, 2000). Ευτυχώς υπάρχουν ανέξοδοι και αποτελεσματικοί τρόποι να βοηθήσουν τους ασθενείς στον αυτοέλεγχο της σωματικής δραστηριότητας τους. Οι δυο από αυτές τις μεθόδους είναι το πεδόμετρο και το μόνιτορ καρδιακού ρυθμού. Το πεδόμετρο έχει ως βασική λειτουργία να μετρά τα βήματα γι' αυτό το λόγο ονομάζεται και "βηματομετρητής". Ο βηματομετρητής είναι φθηνός, εύκολος στη χρήση, αξιόπιστος και μπορεί να φορεθεί όλη την ημέρα. Μετρά κάθε βήμα που πραγματοποιείται από τον ασθενή, σε μια μικρή ενσωματωμένη οθόνη.

Το μόνιτορ καρδιακού ρυθμού είναι επίσης φθινό, αξιόπιστο, εύκολο στη χρήση, και ακριβής μέθοδος παρακολούθησης της καρδιακής συχνότητας. Αποτελείται από ένα λουρί το οποίο εφαρμόζει σταθερά γύρω από το στήθος. Παρακολουθεί τις δραστηριότητες της καρδιάς άμεσα από ερεθίσματα που λαμβάνει από το στήθος. Μια ασύρματη μονάδα περιλαμβάνει μια συσκευή αποστολής σημάτων για τη διαβίβαση των δεδομένων σε μια οθόνη στο καρπό (Schneider, Crouter and Bassett, 2004).

5.6. Φυσικοθεραπεία

Η παρουσία του φυσικοθεραπευτή είναι απαραίτητη πλέον στον χώρο της ψυχιατρικής. Ο ρόλος του είναι σημαντικός επειδή καλείται να βοηθήσει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των ατόμων με ψυχική ασθένεια. Το γεγονός ότι οι ασθενείς πάσχουν από μη οργανικό αίτιο δεν σημαίνει ότι δεν πάσχουν και από άλλες οργανικές παθήσεις, όπως κατάγματα, τραυματισμούς και αναπνευστικές παθήσεις (πρωτογενούς αιτιολογία) ή οσφυαλγία, αυχενικό σύνδρομο, παχυσαρκία κ.α. (δευτερογενούς αιτιολογία), (Jones et al., 2004).

Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να αξιολογήσει το άτομο για το πρόβλημα για το οποίο παραπονιέται και να σχεδιάσει το κατάλληλο πρόγραμμα για την

αντιμετώπιση του. Έχει μεγάλη σημασία στην αξιολόγηση αυτή του ασθενή η επαφή με τον ψυχίατρο και το νοσηλευτικό προσωπικό, διότι το μη οργανικό αίτιο μπορεί να προκάλεσε τα οργανικά συμπτώματα του ασθενή.

Κάποια πρόταση προσέγγισης του τρόπου ζωής είναι η άσκηση μέτριας έντασης καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας. Σε μια αναφορά του Surgeon General συνίσταται πως όλοι οι άνθρωποι ανεξαρτήτου ηλικίας θα πρέπει να ασκούνται τουλάχιστον 30 λεπτά, με μέτρια ένταση (όπως το έντονο περπάτημα) τις περισσότερες, αν όχι όλες τις ημέρες της εβδομάδας. Επιπλέον, ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει να είναι ενήμερος για την φαρμακευτική θεραπεία των ασθενών με ψυχική ασθένεια, επειδή μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες ενέργειες στο νευρικό (Πίνακας 1) και καρδιαγγειακό σύστημα, π.χ. υπόταση, αλλά και στον μεταβολισμό, όπως αύξηση του σωματικού βάρους. Αυτό θα επηρεάσει την φυσικοθεραπευτική παρέμβαση και τον σχεδιασμό του κατάλληλου προγράμματος αποκατάστασης (Daley 2012)

Στην ιδανική περίπτωση σε συνδυασμό με τις ασκήσεις θα πρέπει να προσφέρεται η εξόπλιση των ατόμων με δεξιότητες, γνώση και αυτοπεποίθηση, ώστε να αισθάνονται ότι μπορούν να συμμετέχουν σε σωματική δραστηριότητα σε τακτική βάση σε όλη την υπόλοιπη ζωή τους. Στις θεραπευτικές συνεδρίες θα πρέπει να χρησιμοποιούνται μια ποικιλία γνωστικών- συμπεριφορών τεχνικών (γνωστική επαναξιολόγηση, καθορισμός στόχων, αυτοέλεγχος και εύρεση κοινωνικής υποστήριξης) για την προώθηση της θετικής στάσης προς την άσκηση με την εμπειρία και την συμπεριφορά (Higgs, Refshauge and Ellis, 2001). Τα θεραπευτικά μέσα τα οποία διαθέτει ο φυσικοθεραπευτής είναι πολλά, που τα κυριότερα από αυτά είναι η άσκηση, η χρήση υδροθεραπείας και ηλεκτροθεραπείας, η μάλαξη και οι ειδικές τεχνικές κινητοποίησης (Rand et al., 2007).

5.6.1. Ομαδικό και ατομικό πρόγραμμα

Το ομαδικό πρόγραμμα είναι σχετικά φθηνότερο από τα ατομικά προγράμματα. Ωστόσο η εξατομικευμένη προσοχή και η ατομικά προσαρμοσμένη στοχοθέτηση μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικότερο ρόλο στην αλλαγή του τρόπου ζωής των ψυχικά ασθενών. Η παροχή εξατομικευμένης προσοχής στους συμμετέχοντες είναι μια πρόκληση στην ομαδική δραστηριότητα. Η παροχή πιστοποιητικών συμμετοχής μπορεί να συμβάλει στην αναγνώριση των συμμετεχόντων. Λόγω των ψυχολογικών επιβαρύνσεων οι ασθενείς θα πρέπει

να ενθαρρύνονται για να ξεπερνούν τα εμπόδια όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Richardson et al,2005)

Το ομαδικό πρόγραμμα περιλαμβάνει διάφορες ασκήσεις, όπως ένα άθλημα ή αεροβική γυμναστική. Ο σχεδιασμός του προγράμματος θα πρέπει να αφορά όλες τις παραμέτρους της άσκησης όπως την ένταση, τη διάρκεια και το είδος της άσκησης. Ο κάθε ασθενής είναι μοναδικός και επομένως για να σχεδιαστεί το κατάλληλο πρόγραμμα κινησιοθεραπείας θα πρέπει να ληφθεί υπ' όψη η κατάσταση του ασθενούς, ειδικά σε περιπτώσεις όπου πρόκειται να χρησιμοποιηθούν όργανα (Richardson et al., 2005; McDermott and Mernitz, 2006). Η άσκηση επιφέρει βελτίωση του καρδιαγγειακού και του αναπνευστικού συστήματος, ελάττωση του σωματικού βάρους ενδυνάμωση και διατήρηση της σωματικής λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας, συστατικά ζωτικής σημασίας για την αυτονομία του ασθενή. Επιπλέον, σε ψυχικό επίπεδο οδηγεί σε βελτιώσει του ύπνου, της αυτοπεποίθησης, της αντίληψης και τέλος της διάθεσης. Μέσω των ομαδικών προγραμμάτων κινησιοθεραπείας ο ασθενής στρέφεται προς την κοινωνικοποίηση (Peluso and Guerra de Andrade, 2005).

Σε περίπτωση αδυναμίας του ασθενή να συμμετέχει σε ένα ομαδικό πρόγραμμα αποκατάστασης τότε υπάρχει η δυνατότητα να ακολουθήσει ένα ατομικό πρόγραμμα (Richardson et al., 2005). Ο φυσικοθεραπευτής ακολουθεί τους γενικούς κανόνες αποκατάστασης για την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου οργανικού προβλήματος οι οποίοι περιλαμβάνουν την εξέταση, την αξιολόγηση, τον σχεδιασμό προγράμματος αποκατάστασης και την θεραπευτική παρέμβαση (Higgs, Refshauge and Ellis, 2001).

5.7. Ενδεικτικό πρόγραμμα φυσικοθεραπείας

Η ηλικία, το φύλο, η γενική φυσική κατάσταση, η ψυχολογική κατάσταση, οι δραστηριότητες του ασθενή, το άγχος, η κατάθλιψη, η αποδιοργανωτική συμπεριφορά, η εχθρικότητα και το αίσθημα παραίτησης είναι πράγματα που πρέπει να εξετάσει και να λάβει υπόψη του ο φυσικοθεραπευτής. Επιπλέον είναι σημαντικό σε αρχικό στάδιο να ενημερωθεί από τον επιβλέπων ψυχίατρο σε τι ψυχολογική κατάσταση βρίσκεται ο ασθενής, αν ακολουθεί την φαρμακευτική του αγωγή και τι επιδράσεις έχει στον ασθενή.

Πριν αρχίσει το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να έρθει σε επαφή με τον ασθενή, να τον γνωρίσει και να τον ενημερώσει για το πρόγραμμα που θα κάνουν μαζί και το πόσο σημαντικό είναι για τον ίδιο τον ασθενή να το ακολουθήσει και να το ολοκληρώσει. Γι αυτό το λόγο είναι καλό για τον πάσχον να έχει καθημερινή επαφή με τον φυσικοθεραπευτή. Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να είναι συνεπής έτσι ώστε να δημιουργήσει μια συγκροτημένη και ευχάριστη καθημερινή ρουτίνα. Τον ασθενή τον βοηθάει να έχει ένα σταθερό πρόγραμμα και μια δομή μέσα στη μέρα του, έτσι θα νιώσει ασφάλεια, σταθερότητα και εμπιστοσύνη με τον φυσικοθεραπευτή. Ο φυσικοθεραπευτής κατά την διάρκεια του προγράμματος πρέπει να είναι θετικός και υποστηρικτικός, γιατί ο ασθενής έχει την ανάγκη να πιστέψει ότι πηγαίνει καλά, η αυτοεκτίμησή του πρέπει να ενισχύεται συστηματικά και να ενθαρρύνονται όλες οι θετικές προσπάθειες. Μην ξεχνάμε ότι είναι ένας άνθρωπος που προσπάθησε να βάλει τέλος στη ζωή του.

Η φυσιοθεραπευτική αποκατάσταση ξεκινά αμέσως και χωρίζεται σε τρεις φάσεις:

- A) ακινητοποίησης
- B) κινητοποίησης
- Γ) ενδυνάμωσης

A) Πρώτη φάση ακινητοποίησης

Μετά την σταθεροποίηση, την επέμβαση ή την τοποθέτηση γύψου εφαρμόζεται κατόπιν εντολής γιατρού πρόγραμμα φυσικοθεραπείας.

Οι φυσικοθεραπευτικοί στόχοι είναι:

- Πρόληψη αναπνευστικών επιπλοκών (εφόσον πρόκειται για κλινήρεις ασθενείς)
- Πρόληψη μυϊκών ατροφιών
- Αποφυγή κατακλίσεων
- Κινητοποίηση άνω άκρων, κορμού, υγιούς σκέλους
- Διατήρηση της μυϊκής ισχύος των μυών του χειρουργημένου σκέλους

Ο φυσικοθεραπευτής αξιολογεί την κατάσταση της περιοχής του κατάγματος καθ' όλη την διάρκεια της εφαρμογής του προγράμματος φυσικοθεραπείας (εφόσον υπάρχει γύψος)

- Θερμοκρασία
- Χρώμα
- Κινητικότητα των δακτύλων

(εφόσον δεν υπάρχει γύψος)

- Θέση αστραγάλου
- Μορφή πέλματος
- Θέση και μορφή των δακτύλων
- Μεταβολές στο χρώμα και στο δέρμα της περιοχής
- Οίδημα
- Θερμοκρασία
- Ευαισθησία στην πίεση
- Διαταραχές της αισθητικότητας
- Έλεγχος κατάστασης των μυών της περιοχής

Ενδεικτικές αναπνευστικές ασκήσεις που εκτελεί ο ασθενής είναι: Ο φυσικοθεραπευτής

- Τοποθετεί τις παλάμες του στην κοιλιά του ασθενή, του ζητά να πάρει βαθιά εισπνοή στέλνοντας τον αέρα στην κοιλιά και να σηκώσει τις παλάμες του (φυσικοθεραπευτή) όσο πιο ψηλά μπορεί, ενώ ο φυσικοθεραπευτής ασκεί ελεγχόμενη αντίσταση, κρατά για λίγο και εκπνέει αργά.
- Τοποθετεί τις παλάμες του στο στήθος του ασθενή, του ζητά να πάρει βαθιά εισπνοή, στέλνοντας τον αέρα στο θώρακα και να σηκώσει τις παλάμες του (φυσικοθεραπευτή) όσο πιο ψηλά μπορεί, ενώ ο φυσικοθεραπευτής ασκεί ελεγχόμενη αντίσταση, κρατά για λίγο και εκπνέει αργά.
- Τοποθετεί την μία παλάμη στο θώρακα και την άλλη στην κοιλιά του ασθενή, του ζητά να πάρει βαθιά εισπνοή και να καταλείψει τον αέρα στην κοιλιά και

στο στήθος, ενώ ο φυσικοθεραπευτής ασκεί ελεγχόμενη αντίσταση, κρατά για λίγο και εκπνέει αργά.

- Σταθεροποιεί τα άνω άκρα του ασθενή από το κάτω τριτημόριο του βραχιονίου, ζητά από τον ασθενή να πάρει βαθιά εισπνοή, στέλνοντας τον αέρα στο στήθος και συγχρόνως να εκτελέσει απαγωγή των άνω άκρων, με το φυσικοθεραπευτή να ασκεί αντίσταση, κρατά για λίγο και εκπνέει αργά.

Αρχικά ο ασθενής τοποθετεί πάγο στην περιοχή για 10 λεπτά(εφόσον δέχεται το κρύο) πολλές φορές την ημέρα για την απορρόφηση του οιδήματος. Λόγω ότι ο ασθενής παραμένει πολύ ώρα στο κρεβάτι τα κάτω άκρα πρέπει να βρίσκονται σε ανάρροπη θέση(μαξιλάρι κάτω από τις πτέρνες). Ο φυσικοθεραπευτής πριν την έναρξη της κινησιοθεραπείας εφαρμόζει μάλαξη στα κάτω άκρα.

Ενδεικτικές ασκήσεις διατήρησης της μυϊκής ισχύος των χειρουργημένων ή ακινητοποιημένων άκρων.

Ο ασθενής εκτελεί από ύπτια θέση:

- Ασκήσεις ισομετρικής σύσπασης τετρακεφάλου
- Μικρού εύρους κάμψη του ισχύος με το γόνατο σε έκταση
- Εκτελεί μικρού εύρους ραχιαία -πελματιαία κάμψη των δακτύλων
- Απαγωγή-προσαγωγή του ισχύου
- Ο φυσικοθεραπευτής κινητοποιεί την επιγονατίδα επάνω-κάτω-πλάγια, την συμπιέζει στην άρθρωση και την αποκολλά.(Εικ.10)



Εικ.10 κινητοποίηση επιγονατίδας.

(Διομήδης Α. Κοτζαηλίας ,2008)

Ενδεικτικές ασκήσεις για τη διατήρηση της μυϊκής ισχύος των υγείων μελών:

Ο ασθενής εκτελεί από ύπτια θέση:

- Κάμψη της κεφαλής, χωρίς να αναδηκωθεί η κάτω γωνία της ωμοπλάτης από το στρώμα
- Πλάγια κάμψη της κεφαλής αριστερά-δεξιά
- Υπερέκταση της κεφαλής, πιέζοντας την δυνατά στο στρώμα.
- Κάμψη και στροφή του κορμού αριστερά
- Απαγωγή-προσαγωγή των άνω άκρων με τους αγκώνες σε έκταση
- Οριζόντια απαγωγή-προσαγωγή των άνω άκρων
- Έσω-έξω στροφή του ώμου με τους αγκώνες σε κάμψη 90°
- Υπτιασμό-πρηνισμό του αντιβραχίου, με του αντιβραχίου, με τον αγκώνα σε κάμψη 90°

Ο φυσικοθεραπευτή:

- Τοποθετεί τις παλάμες του κάτω από τις ωμοπλάτες του ασθενή και του ζητά να εκτελέσει προσαγωγή αυτών και να τις πιέσει δυνατά στο στρώμα
- Τοποθετεί τις παλάμες του στην πρόσθια επιφάνεια των ώμων, ζητά από τον ασθενή να εκτελέσει απαγωγή ωμοπλάτων και αυτός ασκεί ελεγχόμενη αντίσταση στην κίνηση
- Τοποθετεί την παλάμη του κάτω από την οσφύ του ασθενή (περιοχή τετράγωνων οσφυϊκών) και του ζητά να την πιέσει δυνατά στο στρώμα
- Ζητά από τον ασθενή να πιέσει εναλλάξ τις ωμοπλάτες στο στρώμα (προκαλούνται μικρές στροφικές κινήσεις του κορμού)

Αυτές τις ασκήσεις τις εκτελεί περισσότερες από μια φορά την μέρα και μόνος του χωρίς τον φυσικοθεραπευτή, γι αυτό ενημερώνονται από τον φυσικοθεραπευτή και τα συγγενικά πρόσωπα του ασθενή έτσι ώστε να επιβλέπουν αν πραγματοποιούνται οι ασκήσεις που έχει υποδείξει ο φυσικοθεραπευτής, γι αυτό το λόγο δίνονται στο ασθενή διάφορα βοηθήματα, π.χ. λάστιχα ή επίδεσμοι.

Σ' αυτή την φάση του προγράμματος και λόγω των καταγμάτων αμφώ πτερνών αποφεύγουμε ο ασθενής να ξεκινήσει την βάδιση, χρησιμοποιώντας περπατητούρα ή βακτηρίες. Επίσης του υποδεικνύει μετά από την εφαρμογή των ασκήσεων να τοποθετεί πάγο στην περιοχή της ποδοκνυμικής και να αλλάζει θέση του κάτω άκρου για την πρόληψη του οιδήματος(π.χ. καθιστή θέση). Στη συνέχεια ανάλογα με την επέμβαση και τις οδηγίες του γιατρού ο ασθενής από καθιστή θέση έχει μια ζυγαριά στα πόδια του και την πιέζει 5 με 10 κιλά φόρτιση έτσι ώστε να είναι ελεγχόμενη η φόρτιση. Το παραπάνω πρόγραμμα φυσικοθεραπείας εφαρμόζεται μέχρι να υπάρξει πώρωση του κατάγματος, όπου ο γιατρός εφόσον ενημερωθεί για την πώρωση θα επιτρέψει την φόρτιση των κάτω άκρων. Ο χρόνος εφαρμογής του παραπάνω

προγράμματος είναι μέχρι την πάρωση των κατάγματων, όπου θα δώσει εντολή ο γιατρός για να περάσει ο ασθενής στο στάδιο κινητοποίησης.

B) Δεύτερη φάση κινητοποίησης

Αφού τα κατάγματα έχουν παρωθεί και με εντολή του γιατρού ο ασθενής φορτίζει τα κάτω άκρα. Το πρόγραμμα περιλαμβάνει εφαρμογή των μηχανικών μέσων φυσικοθεραπείας και υποβολή του ασθενή σε ασκήσεις με φόρτιση των κάτω άκρων

Οι φυσικοθεραπευτικοί στόχοι είναι:

- Ενδυνάμωση των μυών του χειρουργημένου σκέλους
- Έγκαιρη φόρτιση για αποφυγή οστεοπόρωσης
- Ισχυροποίηση του μυϊκού συστήματος της ποδοκνυμικής
- Αύξηση του εύρους κίνησης της ποδοκνυμικής
- Βελτίωση της γενικής φυσικής κατάστασης

Μέσα φυσικοθεραπείας που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε είναι:

- Δινόλουτρο
- Υπέρηχα κύματα
- Κρυοθεραπεία
- Μαγνητοθεραπεία
- Θερμοθεραπεία
- Μάλαξη
- Κινησιοθεραπεία

Στο στάδιο κινητοποίησης ο φυσικοθεραπευτής αξιολογεί την περιοχή του κατάγματος σε όλη την διάρκεια της εφαρμογής του προγράμματος:

- Παραμόρφωση της άρθρωσης σε υπτιασμό ή πρηνισμό
- Οίδημα
- Μυϊκές διαταραχές
- Διαταραχές της θερμοκρασίας
- Διαταραχές της αισθητικότητας
- Ρικνώσεις και δυσκαμψίες μυών
- Ομαλότητα και ρυθμικότητα της βάρδισης

Ενδεικτικές ασκήσεις:

(Ύπτια θέση)

- Ο ασθενής συσπά δυνατά τους γλουτιαίους μυς
- Ο φυσικοθεραπευτής τοποθετεί την παλάμη του κάτω από την άρθρωση του γόνατος και ζητά από τον ασθενή να την πιέσει δυνατά στο στρώμα
- Ο ασθενής πραγματοποιεί απαγωγή-προσαγωγή ισχύου με αντίσταση της κίνησης από τον φυσικοθεραπευτή

Ο φυσικοθεραπευτής φέρνει τον ασθενή χαμηλά στο κρεβάτι, ώστε οι πτέρνες να βρίσκονται έξω από αυτό με τη μια παλάμη σταθεροποιεί το κάτω τριτημόριο της κνήμης και με την άλλη πιάνει τον ταρσό του ασθενή

- Του ζητά να εκτελέσει ραχιαία-πελματιαία κάμψη και ο φυσικοθεραπευτής ασκεί ελεγχόμενη αντίσταση στις κινήσεις,

- Του ζητά να εκτελέσει ανάσπαση έσω-έξω χείλους και ο φυσικοθεραπευτής ασκεί ελεγχόμενη αντίσταση στις κινήσεις,

- Με τη μια παλάμη σταθεροποιεί τον ταρσό και με την άλλη πιάνει τα δάκτυλά του ασθενή και του ζητά να εκτελέσει ραχιαία-πελματιαία κάμψη των δακτύλων και ο φυσικοθεραπευτής ασκεί ελεγχόμενη αντίσταση στις κινήσεις.



Εικ.11 Ασκήσεις ελεγχόμενης αντίστασης από τον φυσικοθεραπευτή (Ραχιαία – πελματιαία κάμψη, ανάσπαση έσω – έξω χείλους) (Διομήδης Α. Κοτζαηλίας ,2008)

Ασκήσεις από όρθια στάση

Ο φυσικοθεραπευτής είναι συνεχώς δίπλα από τον ασθενή και του υποδεικνύει .

Ο φυσικοθεραπευτής:

- φέρνει τον ασθενή σε όρθια στάση και του ζητά να βαδίσει σε ευθεία γραμμή στις μύτες των ποδιών (δακτυλοβάδιση)(Εικ.12)
- ζητά από τον ασθενή να βαδίσει σε ευθεία γραμμή πότε με ανάσπαση του έσω χείλους και πότε με ανάσπαση του έξω χείλους της ποδοκνημικής(Εικ13,14.)
- ζητά από τον ασθενή να βαδίσει σε ευθεία γραμμή, στηριζόμενος στις πτέρνες

Προτιμούμε οι ασκήσεις να είναι κλειστής κινητικής αλυσίδας. Επιδιώκεται η απόκτηση πλήρους εύρους κίνησης παρά η ενδυνάμωση.

Στο στάδιο κινητοποίησης απαγορεύεται: οι παθητικές κινήσεις, οι έλξης, οι διατάσεις, η υπερβολική κόπωση



Εικ.12. Δακτυλοβάδιση
(Διομήδης Α. Κοτζαηλίας ,2008)



Εικ.13. Βάδιση με ανάσπαση
του έσω χείλους
(Διομήδης Α. Κοτζαηλίας ,2008)



Εικ.14. Βάδιση με ανάσπαση του έξω χείλους
(Διομήδης Α. Κοτζαηλίας ,2008)

Γ) ΤΡΙΤΗ ΦΑΣΗ ΣΤΑΔΙΟ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗΣ

Στη συγκεκριμένη φάση οι βλάβες έχουν αποκατασταθεί και στο πρόγραμμα φυσικοθεραπείας δεν υπάρχουν περιορισμοί. Στόχος της τρίτης φάσης του προγράμματος είναι η επίτευξη του πλήρους εύρους κίνησης της ποδοκνυμικής και των δακτύλων, ισχυροποίηση των μυών της ποδοκνυμικής και την βελτίωση της ομαλής και συντονισμένης κίνησης της ποδοκνυμικής, άρα και της βάδισης.

Μέσα φυσικοθεραπείας που χρησιμοποιούμε είναι: δινόλουτρο, μάλαξη, υδροθεραπεία, υπέρηχα κύματα και κρυοθεραπεία.

Ενδεικτικές ασκήσεις:

- Ο ασθενής κάνει στατικό ποδήλατο (περίπου δέκα λεπτά για προθέρμανση)
- Ο ασθενής κάθεται στο μηχάνημα leg press και εκτελεί πιέσεις των κάτω άκρων, αυξάνοντας προοδευτικά το εύρος κάμψης-έκτασης
- Στη συνέχεια ανεβαίνει στο δίσκο ισορροπίας όπου ο φυσικοθεραπευτής τον πιάνει από την πύελο και προκαλεί μετατοπίσεις του κέντρου βάρους του σώματος εμπρός, πίσω, αριστερά και δεξιά.(Εικ.15)
- Ο ασθενής με το λάστιχο ξαπλωμένος εκτελεί ραχιαία και πελματιαία κάμψη της ποδοκνυμικής (εναλλαγή λάστιχων από μικρής σε μεγαλύτερης σκληρότητας).
- Περπάτημα στις μύτες των ποδιών, κάνει σκινάκι και εκτελεί επιτόπια άλματα
- Αναβαίνει και κατεβαίνει σκαλοπάτια στις μύτες των ποδιών.
- Εκτελεί μικρά άλματα στις μύτες των ποδιών

Υδροθεραπεία

Η κινησιοθεραπεία σε θερμαινόμενη πισίνα μπορεί να πραγματοποιηθεί 2 με 3 φορές την εβδομάδα.

- Ενδεικτικές ασκήσεις:
- Βαδίζει στις μύτες των ποδιών
- Βαδίζει στηριζόμενος στις πτέρνες
- Εκτελεί άλματα
- Κολυμπάει ελεύθερα



Εικ.15 Ασκήσεις στο δίσκο ισοροπίας

(Διομήδης Α. Κοτσαηλίας ,2008)

Διατάσεις:

Αν παρατηρηθεί περιορισμός της κινητικότητας της ποδοκνυμικής, ο οποίος οφείλεται σε ρικνώσεις των μαλακών μορίων, ο φυσικοθεραπευτής εφαρμόζει παθητικές διατάσεις.

- Διάταση γαστροκνημίου και υποκνημίδιου



Εικ.15

(Διομήδης Α. Κοτσαηλίας ,2008)

- Διάταση καμπτήρων των δακτύλων και πελματιαίας απονεύρωσης



Εικ.16

(Διομήδης Α. Κοτσαηλίας ,2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σήμερα ο φυσικοθεραπευτής εργάζεται και με άτομα που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα. Τα άτομα αυτά αποτελούν ειδική ομάδα ασθενών η οποία χρειάζεται ένα ευρύ πεδίο γνώσεων από την πλευρά του φυσικοθεραπευτή για την αντιμετώπιση πληθώρας οργανικών προβλημάτων καθώς και της ψυχικής νόσου. Οι αρχές αξιολόγησης και αποκατάστασης είναι οι ίδιες που θα πρέπει να ακολουθήσει ο φυσικοθεραπευτής στην περίπτωση ασθενών με ψυχική πάθηση όπως θα έκανε και σε ένα άτομο που δεν έχει τέτοιο νόσημα.

Έρευνες έχουν δείξει πως το 52,4% χρησιμοποιεί ως μέθοδο αυτοκτονίας τα άλματα από ύψος. Αρκετές μελέτες αναφέρουν πως οι τραυματισμοί των κάτω άκρων ήταν οι συχνότερες βλάβες που βρέθηκαν σε όλους τους ασθενείς που έπεσαν από ύψος. Οι ασθενείς που επιχειρούν αυτοκτονία συνήθως θεωρούνται αναξιόπιστοι και δύσκολοι στη συνεργασία κατά τη διάρκεια της θεραπείας και βρίσκονται σε υψηλό ρίσκο να κάνουν μια επιπλέον απόπειρα αυτοκτονίας.

Σημαντικό εργαλείο του φυσικοθεραπευτή στην βοήθεια της κατάστασης του ψυχικά αρρώστου είναι η άσκηση αφού χαρακτηρίζονται από κακή διατροφή, κάπνισμα και κακό τρόπο ζωής, όπως η καθιστή ζωή και η απομάκρυνση από οποιοδήποτε είδος κινητοποίησης. Επιπλέον, ακόμη και η φαρμακευτική αγωγή η οποία ακολουθείται σε άτομα με ψυχικό νόσημα με τις παρενέργειες της συμβάλλει στην κατάσταση αυτή.

Με την άσκηση επιτυγχάνονται βελτίωση του ψυχικά ασθενή σε οργανικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο μέσω τεσσάρων τρόπων όπως έχει δείξει η έρευνα μέχρι σήμερα. Αυτό που πρέπει να λάβει υπόψη του ο φυσικοθεραπευτής όταν καλείται να εργαστεί με πάσχοντες ψυχικού νοσήματος είναι ο τρόπος προσέγγισης του ασθενή και η ανάπτυξη σχέσεως συνεργασίας καθώς επίσης και ο σεβασμός στο ψυχικό νόσημα προκειμένου να αποδώσει όσο το δυνατόν καλύτερα το οποιοδήποτε πρόγραμμα αποκατάστασης που θα επιλεγεί.

Περαιτέρω έρευνα απαιτείται από την φυσικοθεραπεία στον χώρο της ψυχιατρικής προκειμένου να δοθούν απαντήσεις στον τρόπο θεραπευτικής προσέγγισης και τον σχεδιασμό των κατάλληλων προγραμμάτων αποκατάστασης όταν συνυπάρχουν οργανικό και ψυχικό νόσημα μαζί.

Η ιδανική κάθε φορά θεραπευτική προσέγγιση πρέπει να εξατομικεύεται σε κάθε περίπτωση, λαμβάνοντας υπόψη την κατάσταση υγείας και τις ανάγκες του

ασθενούς. Βασική προϋπόθεση παραμένει η διεξοδική μελέτη της ανατομίας, της φυσιολογίας και της παθοφυσιολογίας του νευρικού και μυοσκελετικού συστήματος.

Η διάγνωση της κακώσεως κάθε άλλο παρά εύκολη δεν μπορεί να θεωρηθεί, λόγω του ότι μπορεί να συνυπάρχουν και άλλες κακώσεις. Για αυτό το λόγο ο ασθενής υποβάλλεται σε ολοκληρωμένη και σαφής διάγνωση (ακτινογραφία, μαγνητική). Στην συνέχεια ο ασθενής υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση όπου η τεχνική διαφέρει ανάλογα με τον τύπο του κατάγματος.

Μια σωστή αξιολόγηση και ένα άρτια καταρτισμένο πρόγραμμα αποκατάστασης είναι αυτά που θα δώσουν τη λύση στο πρόβλημα που ονομάζετε κατάγματα πτερνών. Για την επίτευξη αυτού του στόχου καθοριστικό ρολό θα παίζει η συνεργασία ιατρού, φυσικοθεραπευτή και ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Alaräsänen A., Miettunen J., Räsänen P., Fenton W., Koivumaa-Honkanen H.T., Isohanni M.** 2009, Suicide rate in schizophrenia in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 44:1107-10.
2. **Angermeyer M.C., Dietrich S.** 2006, Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatr Scand.* 113(3):163-79
3. **Balsam K.F., Mohr J.J.** 2007, Adaptation to Sexual Orientation Stigma: A Comparison of Bisexual and Lesbian/Gay Adults. *Journal of Counseling Psychology.* 54(3): 306-319.
4. **Barak Y., Baruch Y., Achiron A., Aizenberg D.** 2008, Suicide attempts of schizophrenia patients:A case-controlled study in tertiary care. *Journal of Psychiatric Research.* 42(10):822- 6.
5. **Barak Y., Baruch Y., Achiron A., Aizenberg D.** 2008, Suicide attempts of schizophrenia patients:a case-controlled study in tertiary care. *J. Psychiatr Res.* 42(10): 822–826.
6. **Bassett D.R Jr, Cureton A.L., Ainsworth B.E.,** 2000, Measurement of daily walking distance-questionnaire versus pedometer. *Med Sci Sports Exerc .* 32(5):1018-23.
7. **Benirschke S., Sangeorzan J.,**1993, Extensive intraarticular fractures of the foot. *Surgical management of calcaneal fractures.* 128–134.
8. **Borg T., Holstad M., Larsson S.** 2010, Quality of life in patients operated for pelvic fractures caused by suicide attempt by jumping. *Scand J Surg.* 99(3):180-6.
9. **Bromet E.J., Fennig S.** 1999, Epidemiology and Natural History of Schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 46:871-881.
10. **Carr J.B.** 1994, Surgical treatment of the intra-articular calcaneus fracture. *Orthop Clin North Am ,* 25:665-675.
11. **Cohen I.C., Abdallah C.G., Diwan S.** 2010, Suicide attempts and associated factors in older adults with schizophrenia. *Schizophr res.* 119(1-3):253-257.
12. **Conwell Y., Cholette J., Duberstein P.R.** 1998, Suicide and Schizophrenia: Identifying Risk Factors and Preventive Strategies *Medscape Mental Health* 3(3).
13. **Corrigan P.W., River L.P., Lundin R.K., Penn D.L., Wasowski K.U., Champion J., et al.** 2001, Three Strategies for Changing

14. **Corrigan P.W., Rowan D., Green A., Lundin R., River P., Uphoff-Wasowski K., White K., et al.** 2002, Challenging two mental illness stigmas: personal responsibility and dangerousness. *Schizophr Bull.* 28(2):293-309.
15. **Corrigan P.W., Watson A.C., Gracia G., Slopen N., Rasinski K., Hall L.L.** 2005, Newspaper stories as measures of structural stigma. *Psychiatr Serv.* 56:551-6.
16. **Daley A.J.** 2002, Exercise therapy and mental health in clinical populations: is exercise therapy a worthwhile intervention? *Advances in Psychiatric Treatment.* 8:262-270.
17. **David J.V., Edwin D.B., Marki B., Thomas R., Hans W.H.** 2012, Proportion of crimes attributable to mental disorders in the Netherlands population. *World Psychiatry.* 11: 134.
18. **Davies M.A., Sheffler D.J., Roth B.L.** 2004, Aripiprazole: a novel atypical antipsychotic drug with a uniquely robust pharmacology. *CNS Drug Rev.* 10(3):317–336.
19. **De Hert M., McKenzie K., Peuskens J.** 2001, Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study. *Schizophrenia Research.* 47(2-3):127-34.
20. **Dudley J.R.,** 2000, Confronting stigma within the services system. *Social Work.* 45(5):449–455.
21. **Eastwood D.M., Irgau I., Atkins R.M.** 2002, The Distal Course of the Sural Nerve and its Significance for Incisions around the Lateral Hindfoot. *Foot & Ankle International/Vol 13. No 4/May pp:*199-202.
22. **Essex-Lopresti P.** 1993, The mechanism, reduction technique and results in fractures of the os calcis, 1951-52. *Clin Orthop,* 290:3-16.
23. **Femino J., Vaseenon T., Levin D., Edward Y.,** 2010, Modification of the sinus tarsi approach for open reduction and plate fixation of intra-articular calcaneus fractures : the limits of proximal extension based upon the vascular anatomy of the lateral calcaneal artery . 30: 161–167.
24. **Folk J., Starr A., Early J.,** 1999. Early wound complications of operative treatment of calcaneus fractures: analysis of 190 fractures. *J Orthop Trauma.* 13:369–372.
25. **Freeman B., Duff S., Allen P.E., Nicholson H.D., Atkins R.** 1998, The extended lateral approach to the hindfoot /Anatomical basis and surgical implications. *JBJS [Br],* 80-B:139-42.
26. **Gil A., Gama C.S., de Jesus D.R., Lobato M.I., Zimmer M., Belmonte-de-Abreu P.** 2009, The association of child abuse and neglect with adult disability in schizophrenia and the prominent role of physical neglect. *Child Abuse Negl.* 33(9): 618–24.

27. **Griffiths K.M. , Nakane Y., Christensen H., Yoshioka K., Jorm A.F., Nakane H.** 2006, Stigma in response to mental disorders:a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry.* 6:21.
28. **Gupta A, Ghalambor N, Nihal A, Trepman E.,**2003. The modified Palmer lateral approach for calcaneal fractures: wound healing and postoperative computed tomographic evaluation of fracture reduction.*Foot Ankle Int.*24:744–753.
29. **Hale A.S.** 1997, ABC of mental health:Depression. *BMJ.* 315(7099):43–46.
30. **Hao D., Chen C., Wang D., Yin Y.,**2013, Non-operation related risk factors of wound complications of calcaneal fractures using lateral extensive L-shaped incision.*27(1):*30-5.
31. **Heilä H., Isometsä E.T., Henriksson M.M., Heikkinen M.E., Marttunen M.J., Lönnqvist J.K.** 1997, Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry.* 154(9):1235–42.
32. **Higgs J., Refshauge K., Ellis E.** 2001, Portrait of the physiotherapy profession. *J Interprof Care.* 15(1):79-89.
33. **Hu W.H., Sun C.M., Lee C.T., Peng S.L., Lin S.K., Shen W.W.** 1991, A clinical study of schizophrenic suicides. 42 cases in Taiwan. *Schizophr. Res.*5:43– 50.
34. **Huber G., Gross G., Schüttler R. and Linz M.** 1980, Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophr Bull .* 6(4):592-605.
35. **Isbister F.** 1974, Calcaneo-fibular abutment following crush fracture of the calcaneus. *JBJS Am,* 56:274-8.
36. **Jablensky A.** 1997, The 100-year epidemiology of schizophrenia, *Schizophr Res.* 28(2-3):111-25.
37. **Jones D.R., Macias C., Barreira P.J., Fisher W.H., Hargreaves W.A., Harding C.M.** 2004, Prevalence, severity, and co-occurrence of chronic physical health problems of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* 55(11):1250-7.
38. **Joseph B.,Jaimo A.,**2010,In brief:fractures in brief:calcaneal fractures *468(12):*3432-3434.
39. **Kaldgouel K.T, Gottesman II.** Μια επισκόπηση των παραγόντων κινδύνου της αυτοκτονίας. *Schizophr* 16:571-589, 1990.
40. **Kaldgouel K.T., Gottesman II:** Σχιζοφρένεια - Υψηλού παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονίες: Ενδείξεις στη μείωση του κινδύνου. *22:479-493,* 1992.
41. **Kasckow J., Montross L., Golshan S., Mohamed S., Patterson T., Sollanzano E., et al.** 2007, Suicidality in middle aged and older patients

- with schizophrenia and depressive symptoms: relationship to functioning and quality of life. *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. 22 (12):1223–8.
42. **Katz K., Gonen N., Goldberg I., Mizrahi J., Radwan M., Yosipovitch Z.** 1988, Injuries in attempted suicide by jumping from a height. *Injury*. 19(6):371-374.
 43. **Kontaxakis V., Markidis M., Vaslamatzis G., Ioannidis H., Stefanis C.** 1988, Attempted suicide by jumping: clinical and social features. *Acta Psychiatr Scand*. 77(4):435-7.
 44. **Kurtz R.J., Pizzi W.F., Richman H., Tiefenbrun J.** 1987, Jumping from the Brooklyn Bridge. *Surg Gynecol Obstet*. 165(1): 60-2.
 45. **Lawlor D.A., Hopker S.W.** 2001, The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *British Medical Journal*. 322(7289):763–767.
 46. **Letournel E.** 1993, Open treatment of acute calcaneal fractures. *Cin Orthop*, 290:60-67.
 47. **Lim L.C., Tsoi W.F.** 1991, Suicide and schizophrenia in Singapore--a fifteen year follow-up study. *Ann Acad Med Singapore*, 20(2):201-3.
 48. **Link B.G., Phelan J.C.** 2001, Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 27:363–385.
 49. **McDermott A.Y., Mernitz H.** 2006, Exercise and older patients: prescribing guidelines. *Am Fam Physician*. 74(3):437-44.
 50. **Meltzer H.Y.** 1991, The Mechanism of Action of Novel Antipsychotic Drugs . *Schizophr Bull*. 17: 263-87.
 51. **Meltzer H.Y.** 2001, Treatment of suicidality in schizophrenia. *Ann NY Acad Sci*. 932:44-58.
 52. **Meltzer, H.Y., Alphas, L., Green, A.I., Altamura, C., Anand, R., Bertoldi, A.B., et al.** 2003, International Suicide Prevention Trial Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 60(1):82–91.
 53. **Montross L.P., Zisook S., Kasckow J.** 2005, Suicide among patients with schizophrenia: a consideration of risk and protective factors. *Ann Clin Psychiatry*. 17(3):173-82.
 54. **Nawkova L., Nawka A., Adamkova T., Rukavina T.V., Holcnerova P., Rojnic Kuzman M., et al.** 2012, The picture of mental health/illness in the printed media in three central European countries. *J Health Commun*. 17:22–40.
 55. **Nevitt M., Cummings R., Hudes E.** 1991, Risk factors for injurious falls: a prospective study. *J Gerontol*, 46: 164-70
 56. **O’Conner P.J., Raglin J.S., Martinsen E.W.** 2000, Physical activity, anxiety, and anxiety disorders. *International Journal of Sport Psychology*. 31(2):136-155.

57. **Ory G., Schechtman B., Miller P.** 1993, Frailty and injuries in later life: the FICSIT trials. *J Am Geriatr Soc*, 41: 283-96.
58. **Ostrum RF.** 2013, Orthopaedic trauma mythbusters: intra-articular fractures . 62:29-33.
59. **Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M.** 2005, The lifetime risk of suicide in schizophrenia:a reexamination. *Arch Gen Psychiatry*. 62:247-53.
60. **Palmersheim K., Hines B., Olsen B.** 2012, Calcaneal fractures: update on current treatments. *Clin Podiatr Med Surg*. 29(2):205-20
61. **Parmar V., Triffitt D., Gregg J.** 1993, Intra-articular fractures of the calcaneum treated operatively or conservatively: a prospective study. *JBJS*. 75:932-937.
62. **Peluso M.A., Guerra de Andrade L.H.** 2005, Physical activity and mental health:the association between exercise and mood. *Clinics (Sao Paulo)*. 60(1):61-70.
63. **Pompili M., Amador X.F., Girardi P. , Harkavy-Friedman J., Harrow M., Kaplan K.K., Krausz M., et al.** 2007, Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry*. 6:10.
64. **Prats D., Munoz A., Llopis S. et al.** 1993, Surgery for fracture of the calcaneus:5(2-8) year follow up of 20 cases. *Acta Orthop Scand*. 64:161-164.
65. **Rand S.E., Goerlich C., Marchand K., Jablecki N.** 2007, The physical therapy prescription. *Am Fam Physician*. 76(11):1661-6.
66. **Read J., Van Os J., Morrison A.P., Ross C.A.** 2005, Childhood trauma, psychosis and schizophrenia:a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr. Scand*. 112(5): 330–50.
67. **Reisch T., Schuster U., Michel K.** 2008, Suicide by jumping from bridges and other heights:social and diagnostic factors. *Psychiatry Res*. 161(1):97-104.
68. **Richardson C.R, Faulkner G., McDevitt J., Skrinar G.S., Hutchinson D.S., Piette J.D.** 2005, Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 56(3):324-31.
69. **Richter D., Hahn M.P., Ostermann P.A., Ekkernkamp A., Muhr, G.** 1996, Vertical deceleration injuries: a comparative study of the injury patterns of 101 patients after accidental and intentional high falls. *Injury*. 27(9):655–9.
70. **Richter D., Hahn M.P., Ostermann P.A., Ekkernkamp A., Muhr G.** 1996, Vertical deceleration injuries: a comparative study of the injury

- patterns of 101 patients after accidental and intentional high falls. *Injury*. 27(9):655-9.
71. **Roshkow J.E., Haller J.O., Hotson G.C., Sclafani S.J., Mezzacappa P.M., Rachlin S.** 1990, Imaging evaluation of children after falls from a height: review of 45 cases. *Radiology*. 175(2):359-63.
 72. **Rusch N., Angermeyer M.C., Corrigan P.W.** 2005, Mental illness stigma: concepts, consequences and initiatives to reduce stigma. *Eur Psychiatry*. 20(8):529-39.
 73. **Sanders R., Fortin D., Pasquale T., Walling A.** 1993, Operative treatment in 120 displaced calcaneal fractures. Results using a prognostic computed tomography scan classification. *Clin Orthop*. 290:87-95.
 74. **Sanders R., Gregory P.** 1995, Operative treatment of intra-articular fractures of the calcaneus. *Orthop Clin North Am*. 26:203-214
 75. **Sanders W., Benirschke K., Carr B. et al.** 1996, Symposium: the treatment of displaced intraarticular fractures of the calcaneus. *Contemp Orthop*, 32:187-208.
 76. **Schneider P.L., Crouter S.E., Bassett D.R.** 2004, pedometer measures of free-living physical activity: comparison of 13 models. *Med Sci Sports Exerc*. 36(2):331-335.
 77. **Schultzsh S.H., North S.W., Shields C.G.** 2007, Schizophrenia:a Review. *Am Fam Physician*. 75(12):1821-9.
 78. **Sernyak M.J., Leslie D.L., Alarcon R.D., Losonczy M.F., Rosenbeck R.** 2002, Association of Diabetes Mellitus with Use of Atypical Neuroleptics in the Treatment of Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 159(4): 561-566.
 - Shrivastava A., Johnston M., Bureau Y.** 2012, Stigma of Mental Illness-1: Clinical reflections. *Mens Sana Monogr*. 10(1): 70-84.
 79. **Shrivastava A., Johnston M., Bureau Y.** 2012, Stigma of Mental Illness-2: Non-compliance and Intervention. *Mens Sana Monogr*. 10(1): 85-97.
 80. **Shrivastava A., Johnston M.E., Thakar M., Shrivastava S., Sarkhel G., Sunita I., et al.** 2011, Origin and impact of stigma and discrimination in schizophrenia-patients' perception: Mumbai study. *Stigma Research Action*. 1:67-72.
 81. **Siebert D.C.** 2003, Denial of AOD use: an issue for social workers and the profession. *Health Soc Work*. 28(2):89-97.
 82. **Snyder R.G.** 1963, Human tolerances to extreme impacts in free-fall. *Aerosp Med*. 34:695-709.
 83. **Tandon R., Keshavan M.S., Nasrallah H.A.** 2008, Schizophrenia, Just the facts" What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. 102:1-18.
 84. **Tandon R., Nasrallah H.A., Keshavan M.S.** 2009, Schizophrenia, "just the facts" 4. Clinical features and conceptualization. *Schizophr Res*. 110:1-23.

85. **Teh J., Firth M., Sharma A., Wilson A., Reznik R., Chan O.** 2003, Jumpers and fallers: a comparison of the distribution of skeletal injury. *Clin Radiol* . 58(6):482-6.
86. **Tu S.,Huang k.,Suai YM.,Xu NY.,Yuan Q.,Guo J.,**2012. Treatment of linguiform calcaneus fracture by close nail-pry reduction and internal fixation with hollow screws.25(6):499-501.
87. **Villares C.C., Sartorius N.** 2003, Challenging the stigma of schizophrenia. *Rev Bras Psiquiatr.* 25(1):1-2.
88. **Volmer D., Mäesalu M., Bell J.S.** 2008, Pharmacy students' attitudes toward and professional interactions with people with mental disorders. *Int J Soc Psychiatry.* 54(5):402-13.
89. **Wig N.N.** 1997, Stigma against mental illness. *Indian J Psychiatry.* 39(3):187-9.
90. **Wirbel R.J., Olinger A., Karst M., Mutschler W.E.** 1998, Treatment of severe injuries caused by attempted suicide: pattern of injury and influence of the psychiatric disorder on the postoperative course. *Eur J Surg.* 164(2):109-13.
91. **Yildiz M., Yazici A., Boke O.** 2010, Demographic and clinical characteristics in schizophrenia: A multi center cross-sectional case record study. *Turk Psikiyatri Derg.* 21(3):213-24.
92. **Zeman P., Zeman J., Matejka J., Koudela K.** 2008 Long-term results of calcaneal fracture treatment by open reduction and internal fixation using a calcaneal locking compression plate from an extended lateral approach. *Acta Chir Orthop Traumatol Cech,* 75(6):457-64.
93. **Zheng YB.,QiYF.**2012, Research progress in the treatment of calcaneal fractures.25(11):926-6.

Βιβλία

1. **Apley G., Solomon L., Warwick D.** 2001. Σύγχρονη ορθοπαιδική & τραυματολογία. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις π.χ. Πασχαλίδης.
2. **Crocker, J.** 1999. Social stigma and selfesteem: Situational construction of self-worth. *Journal of Experimental Social Psychology*.35:89-107.
3. **Goffman, E.** 1963. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Englewood Cliffs NJ: Prentice Hall.
4. **Kaplan & Saldock's.**2004. Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής. 3^η εκδ. Παρισιάνου Α.Ε.
5. **Κοτζαηλίας,Α.** 2008. Φυσικοθεραπεία σε κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος. University Studio Press.
6. **Πουρνάρας Ι.** 2009. Ορθοπαιδική Χειρουργική. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις π.χ. Πασχαλίδης.
7. **R.L. Drake, W. Vogl, A.W.M. Mitchell.** 2007. Ανατομία Gray's, εκδόσεις Πασχαλίδης.
8. **Σολδάτος , Κ., Λύκουρας, Α.** 2006. Σύγγραμμα ψυχιατρικής.1^η εκδ. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
9. **Σολδάτος, Κ.** 2007. Oxford Σύγχρονη Ψυχιατρική. 1η έκδ. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις π.χ. Πασχαλίδης.
10. **Συμεωνίδης, Π.**1997. Ορθοπαιδική ΙΙ . εκδ.Θεσσαλονικη: University studio press.