

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΚΑΤΑΓΜΑΤΟΣ ΑΥΧΕΝΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ
ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ
ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΥΠΟΥ Ι**

Σπουδάστρια: ΜΠΑΤΗ ΦΩΤΕΙΝΗ

Επιβλέπων Καθηγητής: ΜΟΥΤΟΥΣΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

ΑΙΓΙΟ, 2013

Αγγλικός Τίτλος

Physiotherapist's role in fracture of upper spine
column in patients with bipolar disorder type I

Πρόλογος

Το θέμα της πτυχιακής έχει ως στόχο να κοιτάξει από άλλο πρίσμα ένα θέμα ορθοπεδικής φύσης. Ο εκάστοτε θεραπευτής για έχει επιτυχία η θεραπεία του, πρέπει να έρχεται κοντά στα μέτρα του ασθενούς και να χτίσει τη σχέση εμπιστοσύνης. Ακόμη περισσότερο όταν ο ασθενής ανήκει σε κάποια ειδική ομάδα ασθενών, όπως για παράδειγμα είναι τα άτομα με νοητική στέρηση και οι καρκινοπαθείς.



Εικόνα 1 . Ένα χαρούμενο και ένα λυπημένο πρόσωπο εγκλωβισμένα στο ίδιο σώμα (www.fightbiopolar disorder.com)

Ο ασθενής με διπολική διαταραχή τύπου I ή αλλιώς μανιοκατάθλιψη, έχει εναλλαγές συναισθήματος. Αυτό μπορεί να αποτελέσει για αυτούς ανασταλτικό παράγοντα στην κοινωνική τους ζωή ή και ευεργετικό καθώς το συναίσθημα μπορεί να μετατραπεί σε πηγή δημιουργίας. Πολλοί διάσημοι ερμηνευτές, στιχουργοί, ηθοποιοί, ζωγράφοι έπασχαν ή πάσχουν από διπολική διαταραχή. Για παράδειγμα ο Vincent van Gogh (διεθνούς φήμης ζωγράφος) και ο Ludwig van Beethoven (συνθέτης κλασσικής μουσικής) έπασχαν από διπολική διαταραχή και η ασθένεια δεν τους εμπόδισε να διοχετεύσουν όπως μπορούσαν την συναισθηματική τους ένταση, μετατρέποντας την σε τέχνη.

Περίληψη

Στη παρακάτω πτυχιακή, θα γίνει μια προσέγγιση του ρόλου του φυσικοθεραπευτή στους ψυχωτικούς ασθενείς. Οι ψυχωτικοί ασθενείς είναι μια ειδική ομάδα ασθενών όπου χρήζει και μια ειδική αντιμετώπιση από όλους τους κλάδους υγείας που ασχολούνται μαζί της.

Στο πρώτο μέρος της ανασκόπησης αυτής αναφέρεται η έννοια «ψυχωτικός ασθενής» και αναλύεται η διπολική διαταραχή τύπου I. Στο επόμενο μέρος αναφέρεται η ανατομία της αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης και τα είδη των καταγμάτων που μπορεί να εμφανίσει. Το τελευταίο μέρος ανήκει στη προσέγγιση και τον ρόλο του φυσικοθεραπευτή σύμφωνα με τα δεδομένα που έχουν αναλυθεί παραπάνω και ένα θεραπευτικό πρόγραμμα προσαρμοσμένο στις ανάγκες του ασθενούς. Ανάλογα με το στάδιο που βρίσκεται ο ασθενής μετά το κάταγμα, πως μπορεί ο φυσικοθεραπευτής να βοηθήσει τον ασθενή. Με σκοπό την δημιουργία της βέλτιστης σχέσης εμπιστοσύνης, ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη αποθεραπεία του ασθενούς. Ακόμη αναφέρονται μέθοδοι που μπορούν να προάγουν τη φυσική κατάσταση αλλά και τη ψυχική κατάσταση του ασθενούς, ώστε να βοηθήσουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

Περιεχόμενα

Κεφάλαιο 1 Ψυχιατρικοί Ορισμοί

1.1. Ψυχική νόσος	5
1.2. Διαχωρισμός ψύχωσης και νεύρωσης	6
1.3. Ψυχώσεις	6
1.4. Διπολική διαταραχή τύπου I	10
1.5. Βίαιος ασθενής	12
1.6. Αυτοκτονικές τάσεις.....	13
1.7. Επίπεδο ζωής ψυχωτικών ασθενών.....	13

Κεφάλαιο 2 Αυχενική μοίρα σπονδυλικής στήλης (Α.Μ.Σ.Σ.)

2.1. Ανατομία αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης.....	15
2.2. Κατάγματα αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης.....	16
2.3. Κακώσεις νωτιαίου μυελού.....	19

Κεφάλαιο 3 Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση

3.1. Η προσέγγιση του ασθενούς με διπολική διαταραχή.....	20
3.2. Διπολική διαταραχή και πόνος.....	21
3.3. Η στάση του θεραπευτή στη διαταραχή σκέψης του ασθενούς..	21
3.4. Η θεραπεία των καταγμάτων αυχένα.....	22
3.5. Φυσικοθεραπεία σε κατάγματα Α.Μ.Σ.Σ.....	24
3.5.1. Πρώτο στάδιο.....	25
3.5.2. Δεύτερο στάδιο.....	26
3.5.3. Τρίτο στάδιο.....	26
3.6. Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση σε κάκωση νωτιαίου μυελού..	27
3.7. Μάλαξη.....	28
3.8. Βελονισμός.....	28
3.9. Υδροθεραπεία.....	28
3.10. Ιπποθεραπεία.....	29
3.11. Η άσκηση.....	31
Συμπέρασμα.....	31
Πηγές εικόνων.....	32
Βιβλιογραφία.....	33

Κεφάλαιο 1

Ψυχιατρικοί Ορισμοί

1.1. Ψυχική νόσος

Τα κριτήρια διαχωρισμού της ψυχικής υγείας από τη ψυχική νόσο, ανάλογα από την ιστορική περίοδο, τη γεωγραφική περιοχή, το πολιτικό καθεστώς, εναλλάσσονται. Ψυχική ασθένεια είναι η διαταραχή συναισθηματικής κατάστασης, ή σκέψης ή προσωπικότητας που μπορούν να διαταράξουν την υγεία ή και την ασφάλεια του ατόμου. Σε κάποιες χώρες θεωρείται φυσιολογική η αποφυγή ενός προσώπου επειδή «ματιάζει» εύκολα, ενώ σε άλλες χώρες θα μπορούσε να θεωρηθεί η πρόκατάληψη αυτή, ως ιδέες δίωξης. Το πένθος για ένα πρόσωπο θεωρείται φυσιολογικό, αλλά η παράταση του για μεγάλο χρονικό διάστημα είναι ικανή να οδηγήσει σε κατάθλιψη. Η καθαριότητα είναι απαραίτητη, αλλά ο υπερβάλλον ζήλος για αυτή, σε βαθμό όπου το άτομο δεν αντέχει να δει ούτε ένα λεκέ, σηματοδοτεί ψυχαναγκασμό. (Καρπίνης, 2011)

Για να οριοθετείται τι είναι και τι όχι ψυχική νόσος υπάρχουν συστήματα ταξινόμησης. Τα πιο διαδεδομένα συστήματα είναι το ICD και το DSM της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρίας. Αυτά τα συστήματα αναθεωρούνται ανά περίπου 10 χρόνια ώστε να διασφαλίζεται η εγκυρότητα τους. Η τελευταία αναθεώρησή τους είναι το ICD-10(1992) και το DSM-5(2012).

Το ICD-10 (International Classification of Diseases - Διεθνής κατηγοριοποίηση των παθήσεων) στο πέμπτο από τα 21 κεφάλαια, κάνει αναφορά στις ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές. Είναι ένα μονοαξονικό σύστημα που προτρέπει στον εξεταστή ιατρό να καταχωρήσει περισσότερες από μία διαγνώσεις για να προσεγγίσει την εικόνα του ασθενούς. Στο ICD-10 υπάρχουν περιγραφές των βασικών συμπτωμάτων κάθε ασθένειας αλλά και των λιγότερο ειδικών. Ακόμη περιέχει οδηγίες για τον αριθμό συμπτωμάτων που πρέπει να έχει ο ασθενής ώστε να ορισθεί διάγνωση.

Το DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών) είναι ένα σύστημα που κάνει εκτίμηση του ασθενούς σε 6 άξονες. Περιλαμβάνει μόνο ψυχικές διαταραχές ενώ το ICD-10 περιλαμβάνει όλες τις παθήσεις σωματικές και ψυχικές. Το DSM-5 αξιολογεί την κατάσταση του ασθενούς με τα παρακάτω κριτήρια:

- Βαθμολογεί σε μια κλίμακα 0-4 τα συμπτώματα: παραισθήσεις, αυταπάτες, αποδιοργανωμένος λόγος, μη φυσιολογική ψυχοκινητική συμπεριφορά, περιορισμένη συναισθηματική έκφραση, νοητική υστέρηση, κατάθλιψη, μανία.
- Καταγράφει την χρονική περίοδο που άρχισε η δυσλειτουργία και τον χώρο που γίνονται εντονότερα τα συμπτώματα π.χ. χώρος εργασίας.
- Ελέγχει τη διάρκεια των συμπτωμάτων.
- Εντοπίζει συγχετική συναισθηματική κατάσταση ή επιθυμία απομόνωσης, και αν αυτή σχετίζεται με την περίοδο συμπτωμάτων.
- Καταγράφει την συνολική φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς.
- Καταγράφει το ιστορικό ψυχικών διαταραχών του ασθενούς. (Pagsberg, 2012)
-

1.2. Διαχωρισμός ψύχωσης και νεύρωσης

Οι ψυχίατροι χαρακτηρίζουν κάποιον *νευρωτικό* αν υποφέρει από τα προβλήματά του στη ζωή και *ψυχωτικό* αν κάνει άλλους ανθρώπους να υποφέρουν.

(*Thomas Szasz, 1920-2012, Ουγγροαμερικανός ψυχίατρος*)

Η διαφορά της ψύχωσης από τη νεύρωση είναι στην ιδέα που έχει ο άρρωστος για τον εαυτό του. Στην νεύρωση ο ασθενής συγκρούεται με τους άλλους και τον εαυτό του, αλλά έχει αίσθηση της πραγματικότητας. Για παράδειγμα να είναι ψυχαναγκαστικός με τα αντικείμενα του, σε σημείο να ζητάει από τους άλλους να μην εισβάλλουν στο χώρο του όταν αυτός απουσιάζει. Αυτή η συμπεριφορά είναι μια χαρακτηριστική συμπεριφορά νεύρωσης. Στην αντίστοιχη περίπτωση, ένας ψυχωτικός ασθενής θα έλεγε πως όλοι θέλουν το κακό του και μπορεί να βάλουν αντικείμενα με σκοπό να του τραβούν την ενέργεια του. Θα κλείδωνε το δωμάτιο και θα έστηνε παγίδες για να είναι σίγουρος για το αν μπήκε κάποιος ή όχι. Για τον νευρωτικό ασθενή τα ίδια του τα συμπτώματα είναι ενοχλητικά, συζητά με τα άτομα του περίγυρου του για το τι θα μπορούσε να κάνει να τα αποβάλει. Στην ψύχωση ο ασθενής νομίζει πως είναι κάποιος άλλος, που είτε κυριαρχεί σε έναν κόσμο στα μέτρα του, είτε διώκεται από άτομα της φαντασίας του. Παρασύρεται από τα ίδια του τα συμπτώματα και θεωρεί πως οτιδήποτε και αν σκέφτεται ή κάνει είναι φυσιολογικό.

Στη νεύρωση ο ασθενής είναι σε θέση να αναγνωρίζει τα παθολογικά του συμπτώματα. Θέλει να απαλλαγεί από την ύπαρξη τους και γι' αυτό ζητά βοήθεια από ειδικό, αν τα συμπτώματα του τον κάνουν να νιώσει πως δεν έχει τον απαιτούμενο έλεγχο τους. Η νεύρωση επιρρεάζει την αλληλεπίδραση του με τον κοινωνικό του κύκλο, σε σχετικά μικρό βαθμό.

Στην ψύχωση διαταράσσεται η προσωπικότητα του ατόμου. Η αίσθηση της πραγματικότητας και της ταυτότητας του είναι διαφορετική από αυτή που αναγνωρίζει το περιβάλλον του ασθενούς. Ιδέες μεγαλείου ή αυτολύπησης είναι χαρακτηριστικά γνωρίσματα. Το άτομο δεν αναγνωρίζει την κατάσταση του ως παθολογική, θεωρεί πως ότι αντιλαμβάνεται είναι φυσιολογικό. Κάνει παραληρισμούς που δεν έχουν λογικό αντίκρισμα και στηρίζει πάνω σε αυτούς ολόκληρες ιστορίες που φτιάχνει μέσα στο μυαλό του. Η κοινωνικοποίηση του είναι αισθητά διαταραγμένη, καθώς η επικοινωνία του με τα άτομα που τον πειτριάζουν είναι ελάχιστη. Κλείνεται στον εαυτό του και δεν αφήνει να τον πλησιάσουν. Σε περίπτωση που προσπαθήσει κάποιος να του δείξει την φούσκα που τον έχει βάλει εκεί η ασθένεια, απλά θα αρνηθεί την πιθανότητα να του συμβαίνει κάτι τέτοιο. (Καρπίνης, 2011)

1.3. Ψυχώσεις

Οι ψυχώσεις χωρίζονται σε οργανικές και λειτουργικές ψυχώσεις. Οι οργανικές ψυχώσεις, που αποτελούν σωματικές διαταραχές με αντίκτυπο στη ψυχική υγεία χωρίζονται σε κληρονομικές και επίκτητες. Οι κληρονομικές περιλαμβάνουν τις χρωμοσωμικές ανωμαλίες, διαταραχές μεταβολισμού και εγκεφαλικές βλάβες. Οι επίκτητες προκαλούνται από διάφορες αιτίες όπως κάποιο τραύμα ή λοίμωξη εγκεφάλου, κάποιο δηλητήριο, διαταραχή ενδοκρινικής λειτουργίας. Οι λειτουργικές ψυχώσεις στις οποίες ανήκει και η διπολική διαταραχή τύπου I χωρίζονται ως εξής:

i) Σχιζοφρενικές διαταραχές

Ο όρος σχιζοφρένεια προέρχεται από τις ελληνικές λέξεις «σχίζω» και «φρην»(νους) αποδόθηκε στην ασθένεια αυτή η ονομασία προσπαθώντας να εξηγήσει την διάσχιση του μυαλού. Η κλινική εικόνα του ασθενούς εμφανίζει τα παρακάτω συμπτώματα:

- Διαταραχές στην δομή και την οργάνωση της σκέψης. Είναι έντονες σε σημείο ο ασθενής να λείπει ασάφειες και ασυναρτησίες.
- Ξαφνικό σταμάτημα της ροής του λόγου.
- Παραληρητικές σκέψεις δίωξης, ζηλοτυπίας, μεγαλείου για τον εαυτό του, υποχονδριακά άγχη για το σώμα του, πιστεύει πως κάποιο κοινωνικά καταξιωμένο άτομο τον έχει ερωτευτεί.
- Ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις, ακούει φωνές από τη φαντασία του να τον βρίζουν ή να τον απειλούν και συνδυάζει τυχαία γεγονότα με αυτές. Μπορεί να ακούει τις φωνές να φωνάζουν δυνατά.
- Μετασχιζοφρενική κατάθλιψη. Περίοδοι που μετά από κάποια κρίση δεν έχει διάθεση.
- Ο ασθενής πιστεύει πως άλλοι τον αναγκάζουν να κάνει αυτά που κάνει.
- Περιορισμένη αίσθηση του κινδύνου και μειωμένη αυτοπροστασία.
- Άρνηση ύπαρξης παθολογίας στη κατάσταση του.
- Ασχολείται με τις μυθοπλασίες του μυαλού του και αποκόβεται από τη πραγματικότητα.
- Μιλά και γράφει ιδιόρρυθμα.
- Η συνείδηση, η προσοχή και η μνήμη διαταράσσονται. Καθώς το μυαλό του ταξιδεύει δεν έχει συνεχώς τη συγκέντρωση του σε όσο συμβαίνουν γύρω του και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μη τα θυμάται όλα. (Καρπίνης, 2011)

ii) Παραληρητικές διαταραχές

Οι παραληρητικές διαταραχές έχουν ποικιλομορφία στα συμπτώματα που εμφανίζουν, συνήθως δεν έχουν απώλεια συνείδησης και διαρκούν μερικές βδομάδες έως μήνες. Σύμφωνα με την αιτιολογία τους χωρίζονται σε:

- Πρωτοπαθή, που συμβαίνουν ξαφνικά χωρίς αιτία εκδήλωσης,
- Ψυχογενή ή αντιδραστικά, που συμβαίνουν μετά από κάποιο τραυματικό γεγονός
- Οξεία, που συμβαίνουν μετά από προσβολή του εγκεφάλου (φαρμακευτική, λοιμώδη, αγγειακή, τραυματική, μεταβολική). Στην τελευταία κατηγορία τοποθετούνται και οι επιλόχειες ψυχώσεις. (Καρπίνης, 2011)

iii) Συναισθηματικές διαταραχές

Στις συναισθηματικές διαταραχές ανήκει και η διπολική διαταραχή τύπου I. Ένας άνθρωπος είναι φυσιολογικό να έχει διακυμάνσεις στη συναισθηματική του κατάσταση. Αλλά όταν το συναίσθημα του βρίσκεται σε ένα από τα δύο άκρα για μεγάλο χρονικό διάστημα μπαίνει σε συζήτηση ο όρος παθολογικό συναίσθημα. Όταν μια συναισθηματική κατάσταση είτε μεγάλης χαράς, είτε μεγάλης θλίψης διαρκεί πάνω από δύο εβδομάδες, το συναίσθημα είναι παθολογικό. Η παρατεταμένη θλίψη οδηγεί σε κατάθλιψη ενώ η παρατεταμένη εφορία οδηγεί σε μανία. Πριν την ταξινόμηση των συναισθηματικών διαταραχών θα πρέπει να διαχωριστούν οι έννοιες μανιακό και καταθλιπτικό επεισόδιο.

Τα κλινικά σημεία του καταθλιπτικού επεισοδίου είναι τα παρακάτω:

- Το συναίσθημα είναι τόσο έντονα καταθλιπτικό, που μπορεί να παρασύρει και το γιατρό. Δηλαδή ο ασθενής βιώνει τόσο έντονα τη θλίψη του, που μεταφέρει το συναίσθημα του στους συνομιλητές του.
- Οι σκέψεις του είναι αργές, διακατέχονται από ηττοπάθεια και έλλειψη αυτοπεπήθησης, και πολλές φορές διακρίνονται σημεία τάσης αυτοκαταστροφής.
- Οι σκέψεις θανάτου είναι πολύ συχνές και ίσως τόσο συχνές να είναι και οι απόπειρες.
- Μιλάργά και λακωνικά, με ελάχιστο ή καθόλου αυθορμισμό, με μεγάλες παύσεις ανάμεσα στα λόγια του και με φωνή μονότονη και χαμηλής έντασης.
- Η βούληση του είναι μειωμένη σε βαθμό να λέει πως δεν έχει δυνάμεις ούτε για να διατηρήσει την προσωπική του υγιεινή, αλλά ούτε για να σηκωθεί από το κρεβάτι.
- Η κρίση του είναι μειωμένη και απαισιόδοξη, βλέπει δηλαδή τις καταστάσεις από ένα δικό του περιορισμένο οπτικό πεδίο με σκουρόχρωμο πρίσμα.
- Έχει χάσει το ενδιαφέρον και την ευχαρίστηση σε όλες ή τις περισσότερες δραστηριότητες που συνήθιζε να έχει. Είναι διαρκώς κουρασμένος ή με μειωμένα αποθέματα ενέργειας.
- Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί σε οτιδήποτε, τόσο που επηρεάζεται ακόμη και η μνήμη του.
- Ο ύπνος διαταράσσεται οδηγώντας τον είτε σε υπερυπνία, είτε σε αϋπνία. Όποια από τις δύο και αν είναι η κατάσταση του ύπνου του, αυξάνει την νωχελικότητα του.
- Η όρεξη του για φαγητό είτε περιορίζεται, είτε αυξάνεται προκαλώντας ανάλογες μεταβολές στο βάρος.
- Η ανοχή του ασθενούς στο πόνο μειώνεται, μπορεί να αισθάνεται πιο επίπονα τα ερεθίσματα.
- Η σεξουαλική διάθεση μειώνεται. Παραμελεί την εξωτερική του εμφάνιση, διότι δεν της δίνει προσοχή.
- Έχει συχνά παραληρητικές ιδέες που συμβαδίζουν με τη καταθλιπτική διάθεση του, σχετιζόμενες με ενοχή ή άγχος. Αν υπάρχει πρόβλημα προσανατολισμού, συνείδησης και αντίληψης πρέπει να διερευνηθεί αν ο ασθενής πάσχει από σχιζοφρένεια ή κάποιο οργανικό ψυχικό νόσημα.

Στο μανιακό επεισόδιο συμβαίνουν τα περισσότερα αντίθετα από ότι στο καταθλιπτικό:

- Η διάθεση του είναι εύθυμη, παρορμητική και ευερέθιστη.
- Η κρίση είναι μειωμένη και στη μανία, απλά με τη διαφορά πως είναι υπεραισιόδοξη.
- Η μνήμη του μειώνεται λόγω του ότι παρατηρώντας όλα τα ερεθίσματα δεν του μένει χρόνος να τα αφομοιώσει όλα.
- Ο ύπνος του μανιακού είναι λίγος, νιώθει ανάπαυση ακόμη και με τρεις ώρες ύπνο, φτάνει σε σημείο να καταρρέει από την αϋπνία.

- Μιλά δυνατά, ακατάπαυστα και κάνει ασύνδετους συλλογισμούς τους οποίους δραματοποιεί.
- Θέλει διαρκώς να καταπιάνεται με πράγματα, έχει άγχος για το αν θα καταφέρει να το χωρέσει όλα στο προγραμμά του.
- Ενθουσιάζεται εύκολα από τα ερεθίσματα που δέχεται και θέλει να ασχοληθεί με όλα, με αποτέλεσμα να παίρνει ευθύνες που δε μπορεί τελικά να διαχειριστεί. Αυτό συχνά τον οδηγεί σε παρορμητικά ταξίδια, τυχερά παιχνίδια και άλλους τρόπους απερίσκεπτης δαπάνης χρημάτων.
- Έχει παραληρητικές ιδέες πως έχει αδιανόητα ταλέντα και δυνατότητες.
- Δεν ανέχεται να αναβάλλονται ή να ματαιώνονται δραστηριότητες που είχε στο πρόγραμμά του και αντιδρά με εκρήξεις θυμού.
- Η όρεξη του για φαγητό είναι αυξημένη αλλά από τον ενθουσιασμό του να κάνει όσο περισσότερα πράγματα μπορεί, ξεχνάει να φάει.
- Τα αποθέματα ενέργειας του είναι αυξημένα.
- Η ενδυμασία του είναι είτε σαγηνευτική, είτε με παράδοξους έντονους συδιασμούς.
- Η σεξουαλική διάθεση αυξάνεται σε σημείο να τον οδηγεί σε παρορμητική μανιακή σεξουαλική συμπεριφορά. Η σεξουαλική ενέργεια είναι τόσο έντονη και αχαλίνωτη που ο ασθενής δεν κάνει διακρίσεις.

Χαρακτηριστική διαφορά της μανιάς από τη κατάθλιψη είναι πως ο καταθλιπτικός έχει την πεποίθηση πως είναι ανίκανος και ανάξιος να κάνει το οτιδήποτε, ενώ ο μανιακός πως μπορεί και πρέπει να κάνει το οτιδήποτε ανεξαρτήτα από το αν είναι ικανός ή από το ποια θα είναι τα αποτελέσματα των πράξεων του.

Οι συναισθηματικές διαταραχές χωρίζονται σύμφωνα με την εμφάνιση στον ασθενή καταθλιπτικών ή και μανιακών επεισοδίων, σε:

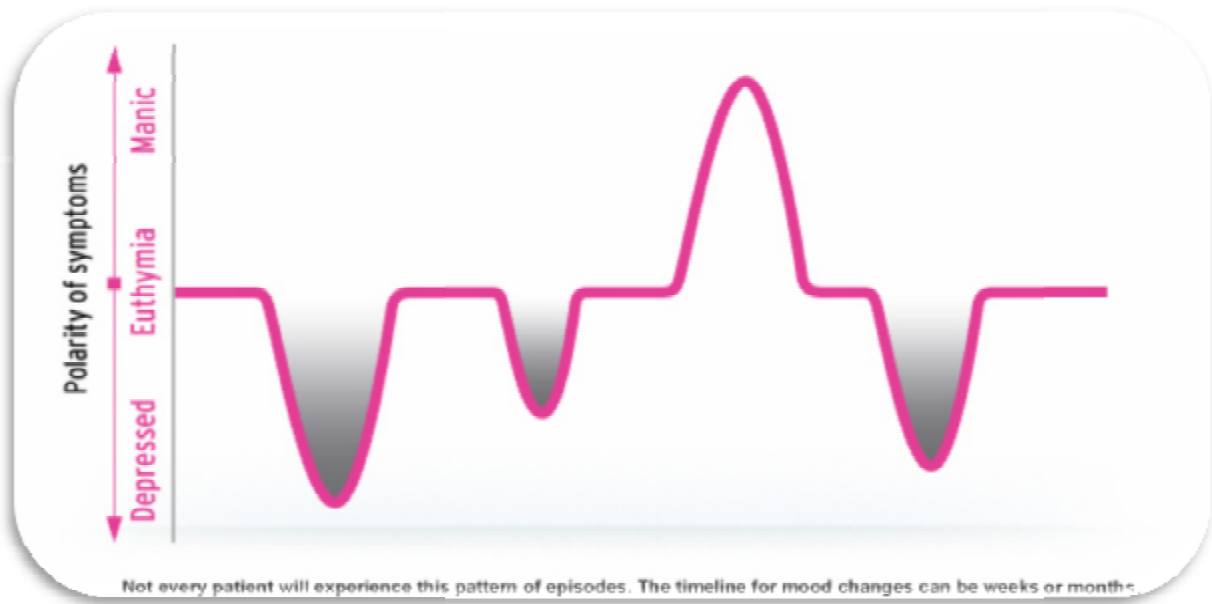
- Καταθλιπτικές διαταραχές

Οι καταθλιπτικές διαταραχές χωρίζονται στη μείζων κατάθλιψη, την ελαφριά ή αντιδραστική κατάθλιψη και τη δυσθυμία ή νευρωτική κατάθλιψη. Η μείζων κατάθλιψη εμφανίζει τα χαρακτηριστικά που περιγράφηκαν παραπάνω στον όρο καταθλιπτικό επεισόδιο. Η αντιδραστική κατάθλιψη εμφανίζει ότι η μείζων αλλά σε πιο ελαφριά μορφή και συναντάται σαν αντίδραση στην αλλαγή περιβάλλοντος, σε δύσκολες συνθήκες μετατρέπεται όμως, σε μείζονα. Και τέλος η δυσθυμία εμφανίζει συμπτώματα πιο ελαφρά και από τις δύο προηγούμενες αλλά κρατά τουλάχιστον δύο χρόνια και σε δύσκολες καταστάσεις μετατρέπεται και αυτή σε μείζονα.

- Διπολικές διαταραχές

Οι διπολικές διαταραχές είναι εναλλαγές καταθλιπτικών και μανιακών επεισοδίων. Η τύπου I, II και III περιγράφονται από την πιο βαριά μορφή με τις γρηγορότερης σε εναλλαγές, στην ελαφρύτερης μορφή με πιο αργές εναλλαγές. (Σολδατος,2007)

1.4. Διπολική διαταραχή τύπου I



Εικόνα 2. Διάγραμμα που δείχνει ένα παράδειγμα εναλλαγής πολικότητας στη διάθεση ενός διπολικού ασθενούς <http://egatineando.com/MarcasCoches>

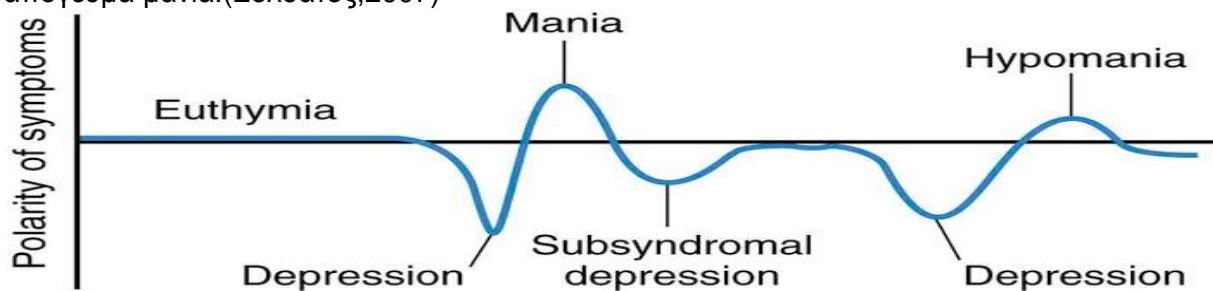
Με τον όρο διπολική διαταραχή ονομάζεται η ασθένεια όπου ο ασθενής παρουσιάζει μανιακά επεισόδια ή και καταθλιπτικά. Δηλαδή για να βγει η διάγνωση πως ένας ασθενής πάσχει από διπολική διαταραχή, αρκεί η εμφάνιση ενός μανιακού επεισοδίου ή δύο επεισόδια συναισθηματικής διαταραχής, από τα οποία το ένα είναι μανιακό. Χωρίς την εμφάνιση μανιακού επεισοδίου δεν μπορούμε να χαρακτηρίσουμε την ασθένεια ως διπολική διαταραχή. Με ένα ή περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια χωρίς εμφάνιση μανιακού επεισοδίου, η ασθένεια ονομάζεται κατάθλιψη. Είτε εμφανιστούν καταθλιπτικά επεισόδια, είτε όχι, η πρόγνωση και η θεραπεία της διπολικής διαταραχής βρίσκονται στον ίδιο άξονα. (Σολδάτος, 2007)

Η διάγνωση της διπολικής διαταραχής είναι συνήθως περίπλοκη κατά την έναρξη της. Ξεκινά συνήθως με υπομανιακά συμπτώματα τα οποία συνήθως δεν είναι ενοχλητικά. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που μπορεί να μπερδέψουν την διάγνωση της διπολικής από την μονοπολική (καταθλιπτική) διαταραχή. Τα παρακάτω μπορούν να βοηθήσουν στη πιο έγκυρη διάγνωση:

- Οικογενιακό ιστορικό διπολικής διαταραχής.
- Σοβαρή μελαγχολική ή ψυχωτική διαταραχή στη παιδική ή την εφηβική ηλικία.
- Εποχιακά ή άτυπα χαρακτηριστικά της ασθένειας.
- Υπομανιακά συμπτώματα στη διάρκεια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου.
- Ανάπτυξη μανιακών επεισοδίων μετά τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. (Pfennigetal., 2013)

Η ασθένεια ξεκινά συνήθως σε ηλικία 18-20 ετών. Αν και σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να ξεκινήσει στην εφηβία ή την τρίτη ηλικία και σπανιότερα στην παιδική ηλικία. Το πρώτο επεισόδιο συνήθως περνά απαρατήρητο και αναγνωρίζεται το ότι υπήρξε αργότερα, όταν εμφανιστούν τα επόμενα επεισόδια. Ανάμεσα στα επεισόδια ο ασθενής έχει φυσιολογική συναισθηματική κατάσταση και οι παραληρητικές ιδέες αν υπάρχουν στα επεισόδια του, σ' αυτήν την ενδιάμεση περίοδο εξαφανίζονται εντελώς. Ένα επεισόδιο στην αρχή της νόσου

μπορεί να κρατά 2-6 μήνες και μετά από αυτό να ακολουθεί μια φυσιολογική περίοδος για μήνες ή και χρόνια. Η ασθένεια εξελίσσεται με τα επεισόδια να εμφανίζονται με λιγότερη περίοδο φυσιολογικού συναισθήματος, και πιο γρήγορη εναλλαγή επεισοδίων. Σε σπάνιες περιπτώσεις η εναλλαγή είναι τόσο γρήγορη που ο ασθενής έχει το πρώι κατάθλιψη και το απόγευμα μανία. (Σολδάτος, 2007)



Εικόνα 3. Διάγραμμα με επεξήγηση. Πολικότητα διάθεσης διπολικού ασθενούς. (www.clevelandclinicmeded.com).

Η διπολική διαταραχή στις περισσότερες περιπτώσεις είναι χρόνια. Συνήθως τα συμπτώματα έχουν τάση να αυξάνονται ανεξάρτητα από τη φαρμακευτική αγωγή. Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή εμφανίζουν μικρότερη βελτίωση με τη φαρμακευτική αγωγή από τους ασθενείς με σχιζοφρένεια ή παραληρητική διαταραχή. Ακόμη και στη ψυχοθεραπεία δεν ανταποκρίνονται ιδιαίτερα διότι δεν εμπιστεύονται εύκολα το γιατρό τους. Φοβούνται τον γιατρό τους σε σημείο να τον επισκέπτονται μόνο αν τους προτρέψει το περιβάλλον τους. Πρέπει να έχουν τη σωστή ψυχοθεραπεία για να καταφέρουν να μην επιρρεάζουν οι παραληρητικές τους ιδέες την κοινωνική τους ζωή. Σε περιόδους που ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή και η επιθετικότητα τους προς τους άλλους αυξάνεται, είναι καλύτερα να νοσηλεύονται. (Sadock, 2007)

Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή συνήθως από καχυποψία αρνούνται να δεχθούν τη φαρμακευτική τους αγωγή. Πολλές φορές αναγκάστικά, λόγω αυτής της άρνησης τα φάρμακα τους χορηγούνται ενδομυϊκά. Σε μανιακά επεισόδια η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να αυξήσει της παραληρητικές ιδέες. (Sadock, 2007)

Σε αντίθεση με την διπολική διαταραχή τύπου I, στην διπολική διαταραχή τύπου II τα συμπτώματα μανίας είναι ύπια. Ενώ στην διπολική διαταραχή τύπου III τα μανιακά επεισόδια είναι τόσο ύπια που αποκτούν ένταση μόνο από την αντικαταθλιπτική αγωγή. (Sadock, 2007)

Η φαρμακευτική αγωγή είναι είτε αντιψυχωσικά φάρμακα σε περιόδους μανιακών επεισοδίων, είτε αντικαταθλιπτική αγωγή (π.χ. λίθιο) που βοηθά και στα καταθλιπτικά και στα μανιακά επεισόδια. (Sadock, 2007)

Σε μια έρευνα των Maria Syl D. dela Cruz et al. σε διπολικούς ασθενείς συγκρίθηκε το επίπεδο υγείας και τη ποιότητα ζωής ανάλογα με το φύλο. Στην έρευνα συμμετείχαν 384 άτομα (το 67% ήταν γυναίκες), ηλικίας 18 έως 70 ετών. Η έρευνα αυτή έδειξε πως:

- Οι γυναίκες έχουν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης από τους άντρες. Συχνότερα οι γυναίκες με διπολική διαταραχή έχουν πανεπιστημιακή μόρφωση.
- Τα καταθλιπτικά επεισόδια έχουν μεγαλύτερη διάρκεια στις γυναίκες. Γεγονός που πιθανών συδέεται με χειρότερη νοητική και σωματική κατάσταση.
- Οι γυναίκες με διπολική διαταραχή έχουν μικρότερη ανοχή στο πόνο από ότι οι άντρες. Γεγονός που τις κάνει να είναι επιρρεπείς στο να χρησιμοποιήσουν πολλά περισσότερα παυσίπονα.
- Η απόκριση της φαρμακευτικής αγωγής στη νόσο και στη συμπεριφορά του ασθενούς δεν εξαρτάται από το φύλο.

- Τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι πιο ισχυρά από τα μανιακά στη πορεία της νόσου.

Έχουν γίνει διάφορες έρευνες για την επίπτωση των αντικαταθλιπτικών, των αντιψυχωτικών φαρμάκων και του λιθίου που δρα ως σταθεροποιητής διάθεσης. Έχουν ερευνηθεί σε συνδιασμό μεταξύ τους αλλά και με ψυχοθεραπεία. Αλλά στις έρευνες υπάρχει κενό στον αν η ψυχοθεραπεία άρχιζε από την έναρξη της νόσου, αν θα ήταν ικανή να βοηθήσει τον ασθενή χωρίς την χορήγηση φαρμάκων. Αυτό συμβαίνει γιατί το κόστος είναι υψηλό και οι περισσότεροι ασθενείς δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν. (Geddes etal., 2013)

1.5.Βίαιος ασθενής

Ο διπολικός ασθενής είναι ένας από τους ψυχωτικούς ασθενείς που εμφανίζουν βίαιη συμπεριφορά. Προδιαθεσικοί παράγοντες για εμφάνιση βίας είναι η ηλικία, η έκθεση στη βία από τη παιδική ηλικία, η παραμέληση ή κακοποίηση από τους γονείς, το ιστορικό του ασθενούς σε καταχρήσεις ή εμφάνιση βίας και άλλοι παράγοντες ανάλογα με τη περίπτωση του ασθενούς. Τις περισσότερες φορές οι ασθενείς που γίνονται βίαιοι, γίνονται απέναντι σε άτομο του στενού τους κύκλου. (Σολδάτος,2007)

Η βίαιη συμπεριφορά σπάνια είναι απρόβλεπτη. Πολλές φορές προέρχεται από ασθενείς που μετά το τέλος της νοσηλίας τους σταμάτησαν απερίσκεπτα τη φαρμακευτική αγωγή, ή λόγω κακού χειρισμού του ασθενούς από το περιβάλλον τους. Βίαιη συμπεριφορά μπορεί να προκαλέσει και η κατάχρηση αλκοόλ ακόμη και σε μη νοσούντες. Οι ασθενείς πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση αλκοόλ μετά τη διακοπή των φαρμάκων τους αλλά πολύ περισσότερο παράλληλα με την φαρμακευτική τους αγωγή. Το αλκοόλ μπορεί να γίνει αιτία βίαιης συμπεριφοράς και από τη χρήση του αλλά και από την απαγόρευση του. (Χριστοδούλου και συν., 2008)

Σε περίπτωση βίαιης συμπεριφοράς, ασθενής ή μη πρέπει να νοσηλεύεται για την ασφάλεια και του ίδιου αλλά και του περιβάλλοντος του. Το πρόσωπο ή η κατάσταση που του προκαλεί βίαιη συμπεριφορά πρέπει να αποφεύγεται. Αν για παράδειγμα ο ασθενής γίνεται επιθετικός μόνο με το πατέρα του, θα ήταν καλό να σταματήσει να τον συναντά όσπου η φαρμακευτική αγωγή να καταστήσει τα βίαια συναισθήματα του. Ακόμη και κατά τη βίαιη συμπεριφορά σε θεραπεία του ασθενούς χορηγούνται αντιψυχωσικά για την καταστολή του. Ο χειρισμός ενός ασθενούς με ιστορικό βίαιης συμπεριφοράς χρήζει πάντοτε προσοχής. Οι περισσότεροι ασθενείς που έχουν εκδηλώσει βίαιη συμπεριφορά είχαν εκδηλώσει και αυτοκτονικές τάσεις. (Σολδάτος, 2007)

Η βίαιη συμπεριφορά είναι πιθανότερη αν το άτομο θεωρεί εχθρό του ή εκνευρίζεται πολύ με κάποιο άτομο, αν βρίσκεται υπό την επιρροή αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών, αν έχει αναφέρει σε τρίτα άτομα σκοπό για βίαιη συμπεριφορά απέναντι σε κάποιο πρόσωπο και αν έχει στη κατοχή του κάποιο όπλο ή αιχμηρό αντικείμενο. Οι ψυχικές διαταραχές που είναι πιθανότερο να εμφανίσουν βίαιη συμπεριφορά η διπολική διαταραχή, η παρανοειδής σχιζοφρένεια, η άνοια, το ντελίριο (Αλλιώς ονομάζεται οξύ παραλήρημα είναι σύνδρομο που προκαλείται από μείωση της ακετυλοχολίνης στη περιοχή του δικτυωτού σχηματισμού του εγκεφαλικού στελέχους. Προκαλείται από πολυφαρμακία, ύπαρξη πολλών νοσημάτων ή εξασθένηση του ασθενούς από κάποιο νόσημα ή χειρουργείο. Διαρκεί ημέρες ή εβδομάδες ανάλογα με την ηλικία του ασθενούς. Καρπίνης, 2011), οι διαταραχές προσωπικότητας, η νοητική στέρηση και οι τοξικές από διεγερτικά ή αλκοόλ. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις πρέπει να είναι σε ετοιμότητα το περιβάλλον του ασθενούς ώστε να μην βρεθεί κανείς σε κίνδυνο. (Σολδάτος, 2007)

1.6. Αυτοκτονικές τάσεις

Οι συναισθηματικές διαταραχές και ειδικότερα η διπολική διαταραχή και η μείζων καταθλιπτική διαταραχή έχουν υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. Γύρω στο 50% των ασθενών κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας τουλάχιστον μια φορά στη πορεία της ασθένειάς τους. Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος παρά τη φαρμακευτική αγωγή διότι τα συμπτώματα υποτονίας που συνοδεύουν τη κατάθλιψη υποχωρούν αλλά δεν έχει αποδειχθεί πως μειώνεται και η αυτοκτονική σκέψη.

Η φαρμακευτική αγωγή που μειώνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε συνδυασμό με πρόγραμμα ψυχοθεραπείας μπορούν να μειώσουν τη πιθανότητα αυτοκτονίας. Οι παράγοντες όμως που επηρεάζουν τον ασθενή είναι και οι κοινωνικοί. Μετά το πέρας της περιόδου νοσηλίας του ασθενούς που έχει εκδηλώσει ή όχι αυτοκτονική επιθυμία πρέπει να επιβεβαιωθεί πως η φαρμακευτική αγωγή είναι η κατάλληλη αλλά και πως το περιβάλλον του ασθενούς είναι ικανό να τον στηρίξει.

Πολλοί ασθενείς εκτονώνουν την αυτοκαταστροφική τους ένταση με γδαρσίματα, καψίματα, επικίνδυνη οδήγηση ή αθλήματα, κατάχρηση ουσιών ή αλκοόλ χωρίς απαραίτητα να έχουν σκοπό το θάνατο. Κάθε άνθρωπος στο περιβάλλον του ασθενούς, το παραϊατρικό προσωπικό και οι συγγενείς του, πρέπει να ενημερώνουν το γιατρό του για πράξεις ή λεγόμενα του ασθενούς που παραπέμπουν σε αυτοκτονικές τάσεις. Προέχει η ασφάλεια του ασθενούς και γι' αυτό πρέπει ο γιατρός να ενημερώνεται για κάθε αλλαγή στη κατάσταση του ασθενούς.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως ο αυτοκτονικός ιδεασμός μπορεί να είναι αυτός που θα αποκαλύψει την ύπαρξη της ψυχικής νόσου. Ειδικά σε νεαρά άτομα που ζουν σε ένα περιβάλλον πίεσης ικανό να εκτονώσει τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι άμεσο επακόλουθο ενός καταθλιπτικού επεισοδίου. Τα χρέη, η ερωτική απογοήτευση, η χρήση ουσιών και η απώλεια ενός σημαντικού προσώπου είναι ικανά να οδηγήσουν έναν φαινομενικά υγιή σε υλοποίηση αυτοκτονικού ιδεασμού. Στη περίπτωση που ο ασθενής επιζήσει από μια απόπειρα αυτοκτονίας, είναι η απαραίτητη η παρακολούθηση του από ψυχίατρο ώστε να κρίνει ποια θα πρέπει να είναι η αντιμετώπιση του. (Σολδάτος, 2007)

Σε μια έρευνα των Didhametal. (2005) εξετάστηκε αν τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να αυξήσουν το ποσοστό ασθενών που αυτοκτονούν. Η έρευνα έγινε σε 57.361 ασθενείς στη Νέα Ζηλανδία στο διάστημα 1996 έως 2001. Στις πρώτες 120 μέρες παρουσιάστηκαν 26 αυτοκτονίες και 330 απόπειρες αυτοτραυματισμού. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως αν και σημαντικό ρόλο στην αυτοκτονική συμπεριφορά παίζουν ο αυτοκτονικός ιδεασμός και η κατάθλιψη, ωστόσο και τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να επηρεάσουν τον ασθενή.

1.7. Επίπεδο ζωής ψυχωτικών ασθενών

Στο προηγούμενο αιώνα η διάγνωση ψύχωσης σε κάποιον ασθενή, σήμαινε πως το υπόλοιπο της ζωής του θα ήταν σε κάποιο άσυλο. Η παρακολούθηση του από γιατρούς ήταν καθημερινή και η φαρμακευτική αγωγή εφ' όρου ζωής. Η ζωή του ψυχωτικού ήταν ελεγχόμενη και αυτό περιόριζε τη πιθανότητα να κάνει πράξη την αυτοκτονική του διάθεση. Τα αντιψυχωτικά φάρμακα και η περιορισμένη ελευθερία του ατόμου είχαν σαν αποτέλεσμα να μειώνουν το προσδόκιμο ζωής των ασθενών. Τα αυτοκτονικά περιστατικά μέσα στο άσυλο ήταν υπαρκτά αλλά περιορισμένα λόγω τις συνεχούς επίβλεψης. Οι αιτίες θανάτου, εκτός των αυτοκτονιών, ήταν καρκίνος στο γαστρεντερικό σύστημα και φυματίωση.

Στις μέρες μας οι ψυχωτικοί ασθενείς έχουν περισσότερη ελευθερία. Βρίσκονται σε άσυλο μόνο σε περιόδους κρίσεων. Παρ' όλα αυτά η υποστήριξη από την οικογένεια και τον περίγυρό τους δεν είναι αρκετή για να περιορίσει τον στιγματισμό τους. Ο στιγματισμός που τους συνοδεύει λόγω και της ασθένειάς τους αλλά και της κατατονίας που τους προκαλεί η φαρμακευτική αγωγή, διογκώνει τις αυτοκτονικές τους σκέψεις. Στις μέρες μας η αυτοκτονική συμπεριφορά των ψυχωτικών έχει αυξηθεί λόγω του ότι έχουν μεγαλύτερη προσβασιμότητα στην υλοποίηση των αυτοκτονικών σκέψεων.

Το προσδόκιμο ζωής των ασθενών όμως έχει αυξηθεί. Μπορούν να εργασθούν, να κάνουν οικογένεια, να ασχολούνται με κάποιο χόμπι και γενικά να ενταχθούν στο κοινωνικό σύνολο. Βρίσκονται έξω από τη φυλακή του άσυλου και με ψυχοθεραπευτική υποστήριξη, κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή μπορούν να έχουν ότι και ένας μη ασθενής. (Healyetal., 2012)

Τελευταία και ίσως πιο σημαντικό να αναλυθεί είναι η σχέση του ασθενούς με την οικογένεια του. Καθώς όπως προαναφέρθηκε είναι αυτή από την οποία αντλεί στήριξη ο ασθενής και αυτή που θα περάσει μαζί με τον ασθενή όλες τις φάσεις της νόσου. Η οικογένεια είναι αυτή που μπορεί να επιρρεάσει τη κατάσταση του ασθενούς, αλλά και η κατάσταση του ασθενούς επιρρεάζει την υγεία της οικογένειας. Τα ανήλικα άτομα της οικογένειας είναι και αυτά που μπορούν να επιρρεάζονται περισσότερο. Ένας ενήλικος διπολικός ασθενής για παράδειγμα, είτε είναι γονιός είτε ένα από τα μεγαλύτερα αδέρφια του ανήλικου, μπορεί να επιρρεάσουν την εξέλιξη της ψυχικής του υγείας. Παρ' όλα αυτά δεν έχει αποδειχτεί πως τα παιδιά των ψυχωτικών ασθενών έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κάποια ψυχική νόσο. (Weinstocketal., 2013)

Κεφάλαιο 2

Αυχενική μοίρα σπονδυλικής στήλης (Α.Μ.Σ.Σ.)

2.1. Ανατομία αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης



Εικόνα 4 Αυχενική μοίρα σπονδυλικής στήλης. (www.eorthopod.com)

Οι σπόνδυλοι του ανθρώπινου σώματος είναι τριάντα τρεις. Σε γενικές γραμμές, οι σπόνδυλοι έχουν ένα πρόσθιο συμπαγές τμήμα που λέγεται σώμα και ένα οπίσθιο τμήμα που λέγεται πέταλο. Το πέταλο έχει πολλές προεξοχές (σαν αγκάθια) – κάθε μια από αυτές λέγεται απόφυση. Για παράδειγμα, οι ακανθώδεις αποφύσεις είναι οι οστικές προεξοχές που ψηλαφούνται στην πλάτη, από τον αυχένα μέχρι τη μέση.

Ανάμεσα στο σώμα και το πέταλο του σπονδύλου, υπάρχει ένα κενό (μια τρύπα). Καθώς ενώνονται οι σπόνδυλοι, ο ένας πάνω στον άλλον σχηματίζεται ένας σωλήνας από αυτά τα «κενά», που έχει ανοίγματα στο πλάι. Ο σωλήνας αυτός λέγεται σπονδυλικός σωλήνας και μέσα σε αυτόν βρίσκεται προστατευμένος ο νωτιαίος μυελός. Από τα ανοίγματα στο πλάι βγαίνουν τα νεύρα που πηγαίνουν στα άνω και κάτω άκρα, αλλά και στα σπλάχνα και τη ράχη.

Οι επτά πρώτοι σπόνδυλοι από τους τριάντα τρεις σπονδύλους της σπονδυλικής στήλης, αποτελούν την αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Ειδική περίπτωση αποτελούν ο πρώτος και ο δεύτερος αυχενικός σπόνδυλος που διαφέρουν μορφολογικά από τους υπόλοιπους και έχουν δική τους ονομασία. Ο πρώτος (A₁)

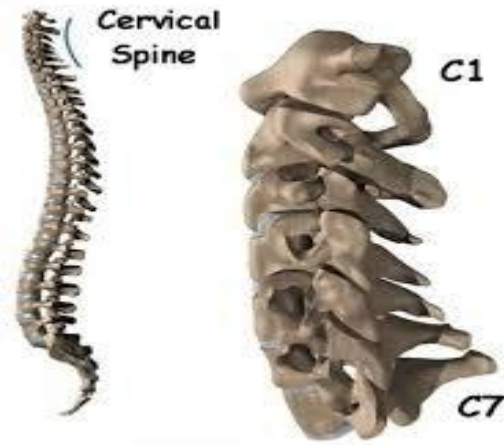
ονομάζεται άτλαντας διότι είναι αυτός που αρθρώνεται με το ινιακό οστό της κεφαλής και έχει πρώτο ρόλο στη στήριξη της κεφαλής. Ο δεύτερος (A₂) ονομάζεται άξονας διότι ένα μέρος, η οδοντοειδής απόφυση του, μπαίνει σαν άξονας μέσα στον δακτυλοειδή άτλαντα, αυτός είναι που κάνει τη μεγαλύτερη κίνηση ώστε να πραγματοποιηθεί η στροφή της κεφαλής. Οι υπόλοιποι είναι ίδιοι μορφολογικά με την εξαίρεση πως ο έβδομος και τελευταίος αυχενικός σπόνδυλος έχει μια μικρή απόφυση που ψηλαφάται σε πλήρη κάμψη κεφαλής. Ο ρόλος της απόφυσης αυτής είναι να αποτελεί σημείο κατάφυσης της αυχενικής περιτονίας, η οποία εκφύεται στο κάτω μέρος του ινιακού οστού. Λόγω μορφολογίας λοιπόν, η αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης, χωρίζεται σε άνω τμήμα, που αποτελείται από τον άτλαντα και τον άξονα και σε κάτω τμήμα (A₃-A₇). (Μπαλτόπουλος, 2003)

Ο μεσοσπονδύλιος δίσκος είναι ένα ελαστικό «μαξιλαράκι» που ενώνει τα σώματα των σπονδύλων και απορροφά τους κραδασμούς. Η φθορά του δίσκου, είτε απότομα, είτε συνηθέστερα σε χρόνια βάση, προκαλεί πίεση στα νεύρα και το νωτιαίο μυελό. Κάθε σπόνδυλος αρθρώνεται με τον επόμενο, με τον μεσοσπονδύλιο δίσκο αλλά και με τις ζυγοαποφυσιακές αρθρώσεις (facet joints), που βρίσκονται αριστερά και δεξιά από το χόνδρο στην οπίσθια πλευρά. (Συμεωνίδης, 1996)

Οι σύνδεσμοι του άνω τμήματος της αυχενικής μοίρας είναι:

- i) Ο κορυφαίος σύνδεσμος της οδοντοειδούς απόφυσης που εκτίνεται από τη κορυφή του οδόντα ως το πρόσθιο χείλος του ινιακού οστού.
- ii) Οι δύο πτερυγοειδείς σύνδεσμοι που εκφύονται αριστερά και δεξιά από τη κορυφή της οδοντοειδούς απόφυσης και καταφύονται παράπλευρωσ του ινιακού τρίματος.

- iii) Ο πρόσθιος αντλαντοαξονικός σύνδεσμος που συνδέει το πρόσθια επιφάνεια του άτλαντα με την πρόσθια επιφάνεια του άξονα.
- iv) Ο οπίσθιος αντλαντοαξονικός σύνδεσμος που συνδέει το οπίσθιο τόξο του άτλαντα με το οπίσθιο πέταλο του άξονα.
- v) Ο εγκάρσιος σύνδεσμος του άτλαντα που είναι παχής και ινώδης και εκτείνεται σε όλη την οπίθια πλευρά του άξονα, αγκαλιάζει την οδοντοειδή απόφυση. Από το κέντρο του ξεκινούν δύο σκέλη του το ένα προς τα κάτω προς το σώμα το άξονα και το άλλο προς τα πάνω προς το ινιακό οστό, δημιουργώντας έτσι το σταυρωτό σύνδεσμο. Είναι ένας δυνατός σύνδεσμος, ικανός να στηρίζει τις κινήσεις της κεφαλής. Χωρίς αυτός οι άλλοι σύνδεσμοι δεν μπορούν να υποστηρίξουν την ατλαντοαξονική άρθρωση.



Εικόνα 5. Η απεικόνιση τις αυχενικής μοίρας πάνω στη σπονδυλική στήλη. (www.humpalphysicaltherapy.com)

Το κάτω τμήμα της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης έχει πρόσθιους, οπίσθιους και πλάγιους συδέσμους. (Παπαβασιλείου, 2001)

Οι μυς της περιοχής του αυχένα χωρίζονται σε εν τω βάθει και επιφανειακούς. Σχηματίζουν ένα οπίσθιο και ένα πρόσθιο τρίγωνο. Ρόλος τους είναι να σταθεροποιούν και τα κινούν τον αυχένα. Οι εν τω βάθει μυς έχουν ρόλο περισσότερο σταθεροποιητικό ενώ οι επιφανειακοί είναι μυς που εκτελούν κίνηση. Βασικοί μυς στη κίνηση του αυχένα είναι οι τραπεζοειδής και οι στερνοκλειδομαστοειδής που εκτελούν κινήσεις σαν συναγωνιστές και σαν ανταγωνιστές ώστε να κινηθεί ο αυχένας. Ταυτόχρονη σύσπαση των τραπεζοειδών εκτελεί έκταση αυχένα, ταυτόχρονη σύσπαση στερνοκλειδομαστοειδών εκτελεί κάμψη αυχένα. Ο τραπεζοειδής και ο στερνοκλειδομαστοειδής νευρώνονται από το παραπληροματικό κρανιακό νεύρο. (Μπαλτόπουλος, 2003)

2.2. Κατάγματα αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης

Ο όρος κάταγμα εννοεί τη λύση της οστικής συνέχειας. Αλλά ένα κάταγμα αυχένα μπορεί να μην έχει μόνο αυτήν την επίπτωση. Καθώς ρόλος της σπονδυλικής στήλης είναι να αποτελεί το «κάστρο» που προστατεύει τον νωτιαίο μυελό. Η ρήξη του νωτιαίου μυελού στο επίπεδο του αυχένα μπορεί να σημαίνει τετραπληγία (παράλυση και των τεσσάρων άκρων) ή θάνατο. Όμως δε προκαλούν όλα τα κατάγματα ρήξη νωτιαίου μυελού.

Τα κατάγματα σπονδυλικής στήλης έχουν αυξηθεί τα τελευταία χρόνια λόγω αύξησης των τροχαίων ατυχημάτων. Άλλοι λόγοι κατάγματος σπονδύλων είναι οι πτώσεις από ύψος, οι πτώσεις σε σκάλες και άλλα. (Παπαβασιλείου, 2001)

Τα κατάγματα αυχενικής μοίρας χωρίζονται είτε ανάλογα με το μηχανισμό πρόκλησης (κάμψη, έκταση, συδισσμένη έκταση με κάμψη), είτε ανάλογα με το τμήμα της αυχενικής μοίρας που βρίσκονται. Τα κατάγματα, ανάλογα με τη τοπογραφική τους θέση, χωρίζονται ως εξής:

- i) Ατλαντο-ινιακό εξάρθρωμα

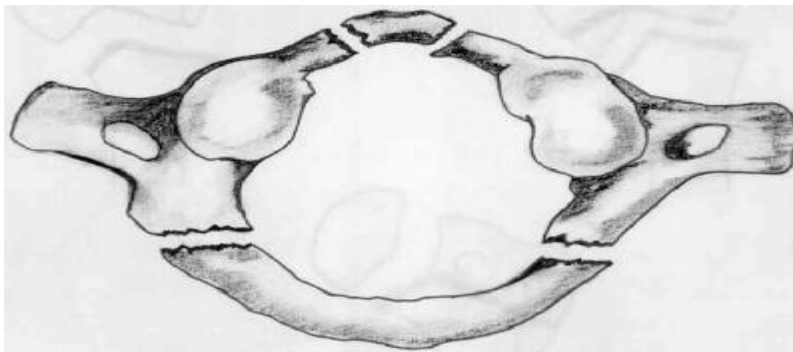
Το ατλαντο-ινιακό εξάρθρωμα αναξάρτητα από το αν η κατεύθυνση του είναι πλάγια, κάθετη ή οπίσθια, εμφανίζει βλάβη στους πτερυγοειδής συνδέσμους και στη καλυπτήριο μεμβράνη. Είναι ασταθές και συχνά εμφανίζει τετραπληγία. Συνοδείς βλάβες είναι βλάβες κρανιακών νεύρων και της σποδυλικής αρτηρίας.

Συνηθέστερα συναντάται το πρόσθιο ατλαντο-ινιακό εξάρθρωμα, όπου οι ινιακοί κόνδυλοι περνούν μπροστά από τα ογκώματα του άτλαντα και την οδοντοειδή απόφυση του άξονα. Στα οπίσθια εξάρθρωματα η οδοντοειδής απόφυση περνά μπροστά από τους ινιακούς κόνδυλους. Το εξάρθρωμα μπορεί να συμβεί είτε ανάμεσα στο ινιακό οστό και τον άτλαντα, είτε ανάμεσα στον άτλαντα και τον άξονα(ατλαντο-αξονικό). Στη δεύτερη περίπτωση μαζί με το εξάρθρωμα συμβαίνει και ρήξη του εγκάρσιου συνδέσμου. (Spivak, 2005)

ii) Κατάγματα άτλαντα

Τα κατάγματα του άτλαντα μπορεί να είναι α) κατάγμα πρόσθιου τόξου, β) κατάγμα οπισθίου τόξου, γ) αμφοτερόπλευρο ή εκκριτικό κατάγμα (κάταγμα Jefferson), δ) κατάγματα των ογκωμάτων, ε) κατάγματα των αποφύσεων, στ) μεμονομένη ρίξη του εγκάρσιου συνδέσμου. Συνήθως δεν υπάρχει νευρολογική συμπτωματολογία, επειδή μετά από το κατάγμα διευρύνεται ο δακτύλιος του άτλαντα, με αποτέλεσμα να μην πιέζεται ο νωτιαίος μυελός.

- Αμφοτερόπλευρο κατάγμα του οπισθίου τόξου, που προκύπτει μετά από υπερέκταση της κεφαλής
- Κάταγμα του προσθίου τόξου, που διακρίνεται σε οριζόντιο και κάθετο. Το πρώτο αποτελεί αποσπαστικό κατάγμα από τη διάταση του προσθίου επιμήκη συνδέσμου και το δεύτερο συνοδεύει συνήθως τα εκρηκτικά κατάγματα μετά από εφαρμογή αξονικής συμπίεσης. Μετά από υπερέκταση του αυχένα, η πρόσκρουση του οδόντα στο πρόσθιο τόξο του άτλαντα μπορεί να προκαλέσει κατάγμα αυτού σε δύο σημεία, με αποτέλεσμα το εξάρθρωμα του οδόντα.



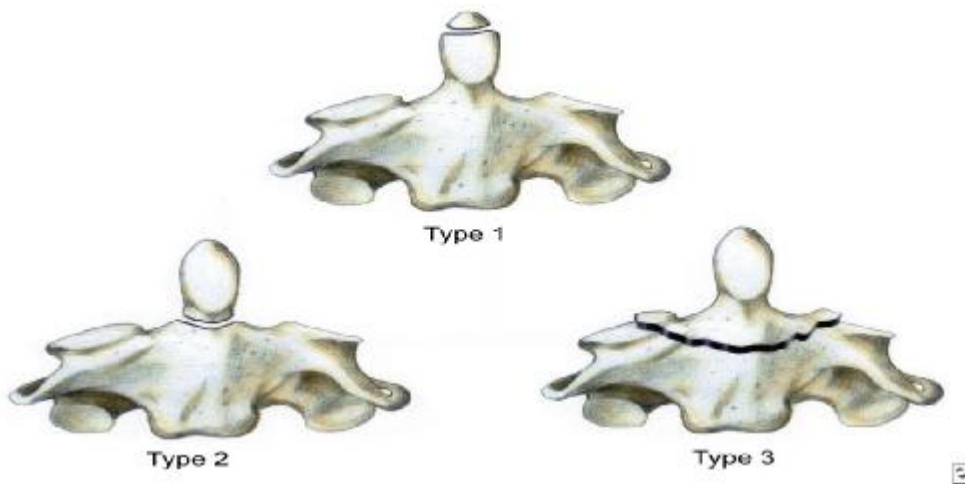
Εικόνα 6. Κάταγμα Jefferson. (www.wheelessonline.com)

- Εκρηκτικό κατάγμα του σώματος (Jefferson), που περιλαμβάνει το κατάγμα των τεσσάρων σημείων (αμφοτερόπλευρο κατάγμα προσθίου και οπισθίου τόξου), ως αποτέλεσμα συμμετρικής αξονικής συμπίεσης
- Κάταγμα των πλαγίων ογκωμάτων λόγω ασύμμετρης αξονικής συμπίεσης, που επεκτείνεται είτε στο πρόσθιο τόξο είτε στο οπίσθιο τόξο
- Κάταγμα του προσθίου φύματος
- Κάταγμα των εγκαρσίων αποφύσεων

Τα κατάγματα του άτλαντα συμβαίνουν συνήθως από πτώση από ύψος πάνω στο κεφάλι. Οι κόνδυλοι του ινιακού οστού πιέζουν κατακόρυφα τον άτλαντα τόσο όσπου του προκαλούν κατάγμα στο δακτύλιο. Στις μισές των περιπτώσεων το άτομο δεν παθαίνει κάποια βαριά κάκωση. Στις υπόλοιπες όμως μπορεί είτε να έχει βλάβη στο νωτιαίο μυελό που να του προκαλέσει παραπληγία ή τετραπληγία, είτε να βρει ακαριαίο θάνατο. Σε μερικές

περιπτώσεις το κάταγμα άτλαντα συνοδεύεται από κάταγμα οδοντοειδούς αποφύσεως.(Παπαβασιλείου, 2001)

iii) Κατάγματα του άξονα



Εικόνα 7. Κατάγματα οδοντοειδούς απόφυσης του άτλαντα. (www.mdct.com.au)

Τα κατάγματα του άξονα χωρίζονται σε: α)κάταγμα της οδοντοειδούς αποφύσεως, β) κάταγμα του τόξου με ολίθηση (κάταγμα του κρεμασμένου), γ) κάταγμα σώματος του άξονα, δ) κάταγμα του ογκωματος.

- Τα κατάγματα οδοντοειδούς απόφυσης είναι δύσκολα στη διάγνωση και συχνά περνούν απαρατήρητα στην αρχή.Προκαλούν ένα αίσθημα αστάθειας στον αυχένα και πόνο στη βάση του κρανίου. Υπάρχουντρεις τύποι ανάλογα από το μέγεθος του θαύσματος. Στα κατάγματα αυτά υπάρχει ακόμη πιθανότητα ψευδάρθρωσης.

- Το κάταγμα απαγχονισμού πήρε την ονομασία του από τους δικαστικούς απαγχονισμούς όπου σπάει η σπονδυλική στήλη από διάταση και υπερέκταση. Παραπλήσιες είναι και οι δυνάμεις που ασκούνται στους ασθενείς που πέφτουν από ύψος ή γλιστρούν στη ζώνη ασφαλείας. Το κάταγμα γίνεται στα πέταλα του άξονα, ο οποίος ολισθαίνει πάνω στον A_3 . Αντιμετωπίζεται με μικρή έλξη διότι η μεγάλη μπορεί να προκαλέσει νευρολογική βλάβη ή θάνατο.(Spivak, 2005)

iv) Κατάγματα κάτω μοίρας αυχενικών σπονδύλων $A_3 - A_7$

Τα κατάγματα της κάτω αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης έχουν πολύ μικρή πιθανότητα να προκαλέσουν θάνατο, αλλά μεγαλύτερη να προκαλέσουν νευρολογική βλάβη.

- Κάταγμα “εν είδει σταγόνας δακρύων”. Το κάταγμα αυτό συμβαίνει από συμπίεση και κάμψη στη βαρύτερη μορφή του. Όταν συμβαίνει από συμπίεση, είναι συνήθως κάταγμα-εξάρθημα και συνοδεύεται από νευρολογικές βλάβες. Η άλλη μορφή του κατάγματος συμβαίνει από βίαιη υπερέκταση όπου συμβαίνει αποσπαστικό κάταγμα στη πρόσθια κάτω γωνία του σπονδύλου. (Συμεωνίδης, 1996)

- Κάταγμα δίκην μαστιγίου.Το κάταγμα που συμβαίνει με μηχανισμό μαστιγίου, ή αλλιώς έκτασης-καμψης (whiplash), συχνά συμβαίνει σε τροχαία ατυχήματα.

Όταν το αμάξι χτυπηθεί από πίσω, το κεφάλι του ασθενούς εκτινάσσεται πρώτα προς τα πίσω. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να κοπεί ο πρόσθιος επιμήκης σύνδεσμος και να υπάρξει

αιμοραγία ανάμεσα σε σπονδύλους και συνδέσμους. Δημιουργείται οίδημα στη περιοχή πίσω από το φάρυγγα και γι' αυτό πιθανό είναι ο ασθενής να μην μπορεί να φάει.

Σε απότομη επιβράδυνση, τη στιγμή της σύγκρουσης συμβαίνει τον ασθενή απότομη κάμψη κεφαλής. Το πηγούνι χτυπά με δύναμη στο θώρακα που περιορίζει το εύρος της κάμψης. Αν όμως η κίνηση είναι τόσο μεγάλη που διαταθεί η περιοχή, συμβαίνει κάτι σαν τον απαγχονισμό. Από αυτή τη περίπτωση υπάρχει πιθανότητα νευρολογικής βλάβης. Τα συμπτώματα ποικίλουν για μια περίοδο δύο χρόνων και μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να γυρίσουν επαρκώς το κεφάλι τους για πολλά χρόνια. (Dandy, 2010)

- **Εκρηκτικό κάταγμα.** Το εκρηκτικό κάταγμα συμβαίνει με συμπίεση προς τα κάτω τη στιγμή που η αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι ευθειασμένη. Συνήθως το κάταγμα είναι σταθερό αλλά σε σοβαρές περιπτώσεις το οπίσθιο τμήμα του σπονδύλου μπορεί να περάσει στη περιοχή του σπονδυλικού σωλήνα προκαλώντας με αυτό τον τρόπο νευρολογική βλάβη. (Συμεωνίδης, 1996)

- **Σφηνοειδές κάταγμα.** Το σφηνοειδές κάταγμα συναντάται συχνότερα στο επίπεδο A₅ – A₆, διότι για να συμβεί πρέπει οι σπόνδυλοι να έχουν μεγαλύτερη κινητικότητα. Συμβαίνει με συμπίεση και κάμψη και σε κάποιες περιπτώσεις είναι ασταθές διότι μπορεί να συνοδεύεται από ρίζη των οπισθίων συνδέσμων. (Συμεωνίδης, 1996)

- **Κάταγμα της ακανθώδους απόφυσης.** Το κάταγμα αυτό μπορεί να συμβεί σε με από της ακανθώδης αποφύσεις A₆– Θ₁. Είναι σταθερό κάταγμα που απαιτεί μόνο αντιμετώπιση του πόνου. (Srinak, 2005)

2.3. Κακώσεις νωτιαίου μυελού

Οι κακώσεις νωτιαίου μυελού προκαλούνται από πτώσεις από μεγάλο ύψος, από τροχαία ατυχήματα, λοιμώξεις και κακοήθεις όγκους. Μπορούν να προκληθούν από τα περισσότερα από τα κατάγματα που ήδη αναφέρθηκαν. Όσο πιο ψηλά βρίσκεται το επίπεδο της βλάβης, τόσο λιγότερη είναι η κινητικότητα που απομένει στον ασθενή μετά τη κάκωση. Αν η κάκωση βρίσκεται από το αυχενικό μυελοτόμιο 3 και πάνω δεν είναι δυνατόν να επιζήσει ο ασθενής. Τα μυελοτόμια που μπορούν να υποστούν κάταγμα από ένα κάταγμα αυχένα και η κινητικότητα που υπάρχει μετά τη κάκωση είναι:

- **Αυχενικό μυελοτόμιο 4:** Δεν υπάρχει καμία ικανότητα κίνησης στα άνω και κάτω άκρα. Ο ασθενής μπορεί και κινεί τον αυχένα.
- **Αυχενικό μυελοτόμιο 5:** Ο ασθενής μπορεί και κινεί τον αυχένα. Υπάρχει κινητικότητα σε όλες τις κινήσεις του ώμου αλλά είναι αδύναμες, όπως και η κάμψη του αγκώνα.
- **Αυχενικό μυελοτόμιο 6:** Ο ασθενής έχει φυσιολογική δύναμη σε όλες τις κινήσεις του ώμου και της κάμψεως του αγκώνα. Υπάρχει επίσης έκταση στον καρπό.
- **Αυχενικό μυελοτόμιο 7:** Υπάρχει η ίδια κινητικότητα με το παραπάνω επίπεδο καθώς και έκταση του αγκώνα και των δακτύλων.
- **Θωρακικό μυελοτόμιο 1:** Φυσιολογική δύναμή σε όλες τις μυϊκές ομάδες των άνω άκρων. (Κορρές, 2001)

Κεφάλαιο 3

Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση

3.1. Η προσέγγιση του ασθενούς με διπολική διαταραχή

Πριν τη πρώτη συνάντηση με τον ασθενή, οι πληροφορίες που έχει ο φυσικοθεραπευτής για τον ασθενή που θα αναλάβει τη θεραπεία του, θα είναι η ηλικία, το φύλο, η διπολική διαταραχή τύπου I και το είδος του κατάγματος στον αυχένα. Ο ασθενής μπορεί να βρίσκεται στη μονάδα εντατικής θεραπείας, στη ψυχιατρική πτέρυγα ή στο σπίτι του, ανάλογα με το πόσο καιρό μετά τη στιγμή του κατάγματος θα γίνει η συνάντηση του φυσικοθεραπευτή με τον ασθενή. Το πιθανότερο είναι να του είναι γνωστή και η αιτία πρόκλησης του κατάγματος. Η αιτία του κατάγματος μπορεί να σχετίζεται με την ασθένεια ή όχι.

Ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει πριν συναντήσει τον ασθενή να μιλήσει με τον ψυχίατρο που παρακολουθεί τον ασθενή. Να ενημερωθεί για τυχών βίαιη ή αυτοκτονική συμπεριφορά. Ακόμη πρέπει να ενημερωθεί από τον ορθοπαιδικό για την κατάσταση του κατάγματος. Αν επιτρέπεται ή όχι η κίνηση του αυχένα, σύμφωνα με την πορεία της πόρωσης του κατάγματος. Διότι αυτό που προέχει είναι να έχει ο ασθενής τον κατάλληλο χειρισμό.

Στη πρώτη συνάντηση είναι καλό να παρεβρίσκονται και άλλα άτομα, και για λόγους ασφάλειας αλλά και για να νιώσει περισσότερο άνετα ο ασθενής. Καθ' όλη τη συνάντηση με τον ασθενή πρέπει να βρίσκονται και άλλα άτομα σε ετοιμότητα και τόσο κοντά ώστε να μπορούν να ακούσουν αν χρειαστεί να επέμβουν. Τα μέσα τα οποία ακινητοποιούν τον ασθενή (ιμάντες ή σεντόνια συνήθως), αν είναι ακινητοποιημένος είναι προτιμότερο να τα χειριστεί κάποιος που γνωρίζει να το κάνει. Ο λόγος που ακινητοποιούνται συνήθως οι ασθενείς είναι για να μην βγάλουν το καθετήρα ή τον ορό, να μην σηκωθούν ενώ απαγορεύεται λόγω της κατάστασης της υγείας τους να το κάνουν ή γιατί υπάρχει φόβος ο ασθενής να έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις. Όταν τα μέσα ακινητοποίησης αφαιρεθούν, ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να είναι σε εγρήγορση για πιθανή εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Συνήθως όταν ένας ασθενής δεν επιτρέπεται να κάνει ασκήσεις σε άλλη θέση αλλά μόνο στην ύπτια, λύνεται κάθε φορά μόνο το άκρο στο οποίο θα γίνει η φυσικοθεραπεία. Σκοπός της πρώτης συνάντησης είναι ο ασθενής να νιώσει οικεία με τον φυσικοθεραπευτή, ώστε να αναπτυχθεί η βέλτιστη σχέση εμπιστοσύνης. Αν ο ασθενής πρέπει να δεθεί γρήγορα για κάποιο λόγο πρέπει να δέσουν ταυτόχρονα δύο άτομα πρώτα χέρι και αντίθετο πόδι. (Sadock, 2007)

Στη πρώτη συνάντηση πρέπει να γίνει η γνωριμία του ασθενούς με τον φυσικοθεραπευτή. Οι ερωτήσεις του φυσικοθεραπευτή πρέπει να δείχνουν γνήσιο ενδιαφέρον και επιθυμία να γνωρίσει τον ασθενή. Απλές ερωτήσεις για τον τόπο καταγωγής, τις σπουδές, και τα ενδιαφέροντα που του αρέσουν μπορούν να φέρουν ένα φιλικό κλίμα στην πρώτη συνάντηση. Αφού επιτευχθεί η εξοικίωση του ασθενούς μπορούν να πάρουν σειρά ερωτήσεις σε σχέση με το κάταγμα. Αν αισθάνεται πόνο και σε ποιες περιοχές εντοπίζεται ο πόνος, αν υπάρχει άλλη περιοχή που πάσχει εκτός από τον αυχένα του, αν είναι εύκολη η αναπνοή του και άλλες ερωτήσεις που έχουν να κάνουν με τη σωματική του υγεία. Πολύ σημαντικό στη σχέση με τον ασθενή είναι να του δωθεί η δυνατότητα να κάνει και εκείνος ερωτήσεις. Εκτός από το ότι αυξάνουν την εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του φυσικοθεραπευτή, μπορεί να δώσουν κάποια πληροφορία απαραίτητη για τη θεραπεία ή την αξιολόγηση του ασθενούς. (Σολδάτος, 2007)

Είναι πολύ πιθανόν ο ασθενής να κάνει ερωτήσεις του τύπου πότε θα αναρώσει και θα μπορεί να είναι όπως πριν. Σε ένα κάταγμα αυχένα όμως υπάρχει και η πιθανότητα να μην μπρέσει ο ασθενής να κινήσει ξανά τα άκρα του. Σε οποιονδήποτε ασθενή αυτή η ανακοίνωση θα μπορούσε να προκαλέσει άγχος και αναστάτωση. Πόσο μάλλον σε έναν ασθενή με αυτοκτονικό ιδεασμό πριν από το κάταγμα. Όποια και αν είναι η πρόγνωση του κατάγματος, ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει να παραπέμπει τέτοιου είδους ερωτήσεις στον

επιβλέποντα ιατρό και να αποκρύπτει οποιαδήποτε πληροφορία έχει. Σκοπός του φυσικοθεραπευτή είναι να καταφέρει να κάνει τον ασθενή όσο πιο συνεργάσιμο γίνεται. Συνεπώς θέματα συζήτησης που προκαλούν αναστάτωση στον ασθενή πρέπει να αποφεύγονται.

3.2. Διπολική διαταραχή και πόνος

Ένα κάταγμα αυχένα ακόμη και αν έχει την καλύτερη αποθεραπεία αφήνει ένα ποσοστό πόνου. Μπορεί να μην πονά ο ασθενής όσο τις πρώτες μέρες μετά το κάταγμα, αλλά ο μένεις πόνος ικανός να θυμίζει πως υπήρξε το κάταγμα. Ο απόηχος πόνου μπορεί να είναι ακόμη από βραχύσεις μυών, ή από κραδασμών λόγω αστάθειας μετά το κάταγμα. Τα κατάγματα είναι μια από τις αιτίες χρόνιου πόνου. Ο χρόνιος πόνος και η κατάθλιψη αυξάνουν το ένα το άλλο. Ο χρόνιος πόνος αυξάνει τη κατάθλιψη και η κατάθλιψη το χρόνιο πόνο. Ο πόνος καθυστερεί την αντιμετώπιση της κατάθλιψης και η κατάθλιψη την αντιμετώπιση του πόνου. Αυτό συμβαίνει διότι η κατάθλιψη κάνει τον ασθενή λιγότερο ανθεκτικό στο πόνο. (Αναστασίου, 2010)

Τα παραπάνω είναι λόγος που ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να επιτύχει η θεραπεία να προκαλέσει στον ασθενή τον λιγότερο δυνατό πόνο. Ο πόνος διαταράσσει τη σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή και είναι πολύ πιθανόν να κάνει τον ασθενή απρόθυμο στη συνέχιση της θεραπείας. (Σολδάτος, 2007)

3.3. Η στάση του θεραπευτή στη διαταραχή σκέψης του ασθενούς

Ο διπολικός ασθενής εμφανίζει διαταραχές σκέψεις. Όταν η πολικότητα του συναισθήματος του είναι προς τη πλευρά της μανίας, εμφανίζει ιδέες μεγαλείου. Δηλαδή μπορεί να λέει πως είναι κάποιος που στην πραγματικότητα δεν είναι ή πως έχει δυνάμεις και δυνατότητες που στην πραγματικότητα δεν έχει. Υπερτιμά γενικώς τον εαυτό του θεωπώντας πως είναι άτρωτος. Αυτά μπορεί να τον οδηγήσουν σε σπατάλες χρημάτων, χρήση ουσιών, ή ακόμη και να οδηγήσει μεθυσμένος πιστεύοντας πως έχει τον έλεγχο για να το κάνει.

Αντίθετα όταν η πολικότητα του συναισθήματος του είναι προς την μεριά της κατάθλιψης, ο ασθενής νιώσει ανίκανος και αδύναμος. Στο μυαλό του υπάρχει μόνο μία σκέψη η οποία τον κάνει να απελπίζεται. Εύχεται να βρει θάνατο και τα θεωρεί όλα μάταια.. (Σολδάτος, 2007)

Η στάση του θεραπευτή στις δύο αυτές όψεις του ίδιου ασθενή παίζει καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη και το αποτέλεσμα της αποκατάστασης του ασθενούς. Αν ο ασθενής δεν εμπιστεύεται τον φυσικοθεραπευτή είναι πιθανόν να μην ακολουθήσει το πρόγραμμα θεραπείας. Μπορεί ο ασθενής να θεωρεί πως δεν έχει την ανάγκη της θεραπείας, πως μπορεί να θεραπευθεί μόνος του ή να συγκρίνει το πρόγραμμα που ακολουθεί με κάποιου άλλου που είχε κάποιο παραπλήσιο πρόβλημα στο παρελθόν. Αντίθετα όμως μπορεί να γίνει υπερβάλλει με το πρόγραμμα των ασκήσεων του. Για παράδειγμα σε μανιακό επεισόδιο ενώ βρίσκεται σε κατάκλιση ο ασθενής θα μπορούσε να μένει ξάγριπνος κάνοντας άσκηση μυϊκής αντλίας (συνεχή εναλλαγή πελματιαίας και ραχιαίας κάμψης).

Ο φυσικοθεραπευτής δεν πρέπει να αμφισβητεί ή να διαφωνεί με τις ιδέες του ασθενούς διότι αυτό θα τον έκανε εχθρικό. Πρέπει να δείχνει κατανόηση και ειληκρινές ενδιαφέρον στα λεγόμενα του ασθενή. Μπορεί ο ασθενής να αμύνεται με τον τρόπο του στα πράγματα που του συμβαίνουν και να είναι οι ιδέες του ο τρόπος να εκφραστεί. Ο ασθενής φοβάται μήπως ξεγελαστεί ή εξαπατηθεί, γι' αυτό το λόγο πρέπει να του εξηγείται για ποιο λόγο κάνει το οποιαδήποτε. (Sadock, 2007)

Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να είναι έτοιμος γι' αυτό που έχει να αντιμετωπίσει. Πρέπει να είναι σε θέση να δώσει κίνητρα στον ασθενή όταν αυτός βρίσκει μάταιο το να κάνει το οτιδήποτε αλλά και να τον επαναφέρει αν υπερβάλλει από τον ζήλο να κάνει ασκήσεις. Η προσέγγιση του φυσικοθεραπευτή πρέπει να είναι ανάλογη με αυτό που χρειάζεται ο ασθενής. Ο ασθενής εκτός από την διπολική διαταραχή έχει να αντιμετωπίσει αυτά που το κάταγμα αυχένα του απαγορεύει ή και του επιβάλλει.

Η θεραπεία ενός κατάγματος αυχένα όπως θα αναλυθεί παρακάτω απαιτεί αυστηρή προσοχή και υπομονή που πιθανόν μπορούν να κάνουν πιο εμφανή τα συμπτώματα της διπολικής διαταραχής. Ειδικά αν το κάταγμα αυχένα είναι αποτέλεσμα κάποιας απόπειρας αυτοκτονίας ο ασθενής μπορεί να είναι θυμωμένος που απέτυχαν τα σχέδια θανάτου του και αυτό να τον κάνει αρνητικό και ματαιόδοξο. Ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να αποπροσανατολίσει τον ασθενή από την σκέψεις αυτές, να τραβήξει την προσοχή του ώστε να βρει νόημα στο να κάνει ασκήσεις. Ο ασθενής μπορεί της πρώτες μέρες να αρνήται ακόμη και να μιλήσει, είτε λόγω του ότι το θεωρεί άσκοπο, είτε λόγω καχυποψίας απέναντι στο φυσικοθεραπευτή. Είναι σημαντικό ο φυσικοθεραπευτής να δείξει ενδιαφέρον για το πώς νιώθει ο ασθενής και να τον κάνει να νιώσει οικεία και άνετα.

Η ποικιλία στο πρόγραμμα των ασκήσεων είναι ένας τρόπος για να μην χάσει το ενδιαφέρον του ο ασθενής. Πρέπει ο φυσικοθεραπευτής να του δίνει κίνητρα για να ακολουθήσει το πρόγραμμα. Για παράδειγμα αν ο ασθενής διαμαρτηρηθεί πως οι ασκήσεις είναι μονότονες αν ο ασθενής θέλει να σταματήσουν το πρόγραμμα των ασκήσεων για να πει κάτι που θέλει, καλό είναι ο θεραπευτής να το αναβάλλει λέγοντας του να γίνουν πρώτα σωστά οι ασκήσεις ώστε μετά να συζητήσουν αυτό που τον απάσχολεί. Έτσι ο ασθενής πιθανότητα θα ακολουθήσει πιο αφοσιωμένα το πρόγραμμα ώτε μετά να συζητήσουν. Ο κάθε ασθενής είναι ξεχωριστός και ειδικά ο διπολικός ασθενής μπορεί να διαφέρει από μέρα σε μέρα.

3.4. Η θεραπεία των καταγμάτων αυχένα

Σύμφωνα με το επίπεδο που βρίσκεται το κάταγμα απαιτεί και ανάλογη θεραπεία. Η θεραπεία μπορεί να είναι συντηρητική ή χειρουργική. Ανάλογα με το διάστημα που απαιτείται να υπάρχει ακινητοποίηση του αυχένα, με τις πιθανές ιδιαιτερότητες της γενικής εικόνας του ασθενούς και την απόφαση του ιατρού ξεκινά η φυσικοθεραπεία του ασθενούς.

i) Ατλαντο-ινιακό εξάρθρημα

Το ατλαντο-ινιακό εξάρθρημα αντιμετωπίζεται με πολλούς τρόπους. Με μη χειρουργική ανάταξη και σταθεροποίηση, με εξωτερική οστεοσύνθεση ως το επίπεδο του άξονα ή και χαμηλότερα, ή με "halo-vest" (Εικόνα 9). (Spivak, 2005) Το "halo-vest", αποτελείται από ένα βιδωμένο στεφάνι στο κρανίο, που στηρίζεται σε μεταλικές ράβδους, οι οποίες συδέονται σε ένα σταθερό γιλέκο. (Dandy, 2010) Η διάρκεια της θεραπείας και των αποτελεσμάτων αυτής είναι αμφιλεγόμενα καθώς σαν συνδεσμική κάκωση, το ατλαντο-ινιακό εξάρθρημα επιφέρει αστάθεια. (Spivak, 2005)



Εικόνα 8. Κηδεμόνας τύπου “halo-vest”. (www.mayfieldclinic.com)

ii) Κατάγματα άτλαντα

Τα κατάγματα άτλαντα αντιμετωπίζονται με εφαρμογή “halo-vest” για διάστημα περίπου δύο μηνών και έπειτα κολάρο για μερικές μέρες. Εξαιρεση αποτελεί το κάταγμα Jefferson’s όπου ενώ εφαρμόζεται ο ίδιος κηδεμόνας για το ίδιο χρονικό διάστημα, ίσως να χρειάζεται να γίνει πρόσθια αποσυμπίεση αν το κάταγμα έχει προκαλέσει νευρολογικά συμπτώματα, ώστε να αποφευχθεί η παραπληγία αν είναι δυνατόν. (Dandy, 2010)

iii) Κατάγματα άξονα

Στα κατάγματα οδοντοειδούς απόφυσης του άξονα, η αποκατάσταση γίνεται με “halo-vest” για διάστημα τεσσάρων μηνών, αλλά παρ’ όλα αυτά υπάρχει πιθανότητα να εμφανιστεί ψευδάρθρωση.

Το κάταγμα απαγχωνισμού αντιμετωπίζεται με ακινητοποίηση της κεφαλής σε θέση μικρής έλξης. Αν η έλξη είναι μεγαλύτερη από την απαιτούμενη μπορεί να εμφανιστούν νευρολογικά συμπτώματα. Αυτός άλλωστε είναι και ο τρόπος που ο δικαστικός απαγχωνισμός προκαλούσε το θάνατο.(Dandy, 2010)

iv) Κατάγματα κάτω αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης (A₃ - A₇)

Τα κατάγματα της κάτω αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης αντιμετωπίζονται ανάλογα με το ποσοστό της βλάβης. Αν το κάταγμα είναι σταθερό χωρίς τραυματισμό του νωτιαίου μυελού, τοποθετείται κηδεμόνας “halo-vest” για διάστημα δύο έως τριών μηνών. Σε παρόμοια περίπτωση που συμβεί κάταγμα χωρίς παρεκτόπιση των σωματών, των πετάλων ή των πλάγιων ογκομάτων, το κάταγμα μπορεί να αντιμετωπιστεί και με ένα οποιοδήποτε άκαμπτο κολάρο. Στη περίπτωση του εξαρθρήματος που αντιμετωπίζεται με έλξη με βάρος, ο ακτινολογικός έλεγχος πρέπει να είναι συχνός για να αποφευχθεί η νευρολογική βλάβη. Σε μη σταθερά κατάγματα, ανάλογα με το ποσοστό της βλάβης μπορεί είτε να χρησιμοποιηθεί και πάλι εξωτερική οστεοσύνθεση “halo-vest” ή σε πιο ασταθής περιπτώσεις εσωτερική οστεοσύνθεση. Μπορεί να είναι πρόσθια ή οπίσθια εσωτερική οστεοσύνθεση με πλάκα,

ανάλογα με την περίπτωση και είναι εξίσου σταθερές και οι δύο.(Spivak, 2005)



Εικόνα 9. Κηδεμόνας τύπου Minerva. (www.mayfieldclinic.com)

ν) Κάταγμα δίκην μαστιγίου

Παλαιότερα το κάταγμα δίκην μαστιγίου αντιμετωπιζόταν όπως τα περισσότερα κατάγματα αυχένα, με εξωτερική οστεοσύνθεση “halo-vest” ή με αυχενικό κηδεμόνα τύπου Μίνερνα για διάστημα περίπου τριών μηνών. (Συμεωνίδης, 1996) Το κάταγμα δίκην μαστιγίου αντιμετωπίζεται με μαλακό κολάρο για το διάστημα των δύο εβδομάδων. Έπειτα απαιτείται φυσικοθεραπεία για να αποφευχθεί ένα αυχέννας με περιορισμένη κινητικότητα και πόνο.(Dandy, 2010)

3.5.Φυσικοθεραπεία σε κατάγματα Α.Μ.Σ.Σ.

Το πρόγραμμα φυσικοθεραπείας που ακολουθήται στα κατάγματα αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης χωρίζεται σε τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο η περιοχή του κατάγματος είναι ακινητοποιημένη, στο δεύτερο ξεκινά η φάση την κινητοποίησης όταν αυτό επιτρέπεται από τον ιατρό, και το τελευταίο στάδιο είναι αυτό της ενδυνάμωσης των μυών της περιοχής του αυχένα αλλά και της γύρω περιοχής. (Κοτσαηλίας, 2008)

3.5.1. Πρώτο στάδιο

Στο πρώτο στάδιο ο ασθενής έχει την περιοχή του κατάγματος ακινητοποιημένη με εξωτερική οστεοσύνθεση “halo-vest” ή κρανιακή έλξη σε κατάκλιση ή κηδεμόνα Minerva. Το στάδιο αυτό μπορεί να διαρκέσει τρεις εβδομάδες ή και παραπάνω.

Στο στάδιο αυτό, σκοπός του φυσικοθεραπευτή είναι να διατηρήσει την λειτουργία των αναπνευστικών μυών, να διατηρήσει την κινητικότητα και την δύναμη των μυών των άκρων και να διατηρήσει το εύρος κίνησης τους. Ακόμη όσο αυτό είναι δυνατό, να φροντίσει να αλλάξει ο ασθενής θέσεις ώστα να προληφθούν τυχών κατακλίσεις. (Κοτζαηλίας, 2008)

Στη διάρκεια αυτού του σταδίου ο φυσικοθεραπευτής πρέπει να αξιολογεί συνεχώς τον ασθενή. Πρέπει να ελέγχεται η αισθητικότητα του ασθενους, η θέση της κεφαλής, πιθανές στάσεις που ανακουφίζουν το πόνο αλλά μπορεί να κάνουν κακό στη πόρωση του κατάγματος. Διαταραχές στην αιμάτωση της περιοχής του κατάγματος ελέγχονται από το χρώμα του δέρματος, την θερμοκρασία, το οίδημα.

Η αναπνευστική φυσικοθεραπεία είναι απαραίτητη για την διατήρηση της αναπνευστικής λειτουργίας. Έχει όμως σκοπό και την αποβολή των εκρήσεων που συλλέγονται στους πνεύμονες του ασθενούς λόγω κατάκλισης. Η εκμάθηση διαφραγματικής αναπνοής, θωρακικής αλλά και συγχρονισμένης αναπνοής, έχουν σκοπό την αύξηση των πνευμονικών όγκων αλλά και την ενεργοποίηση των πτυέλων για να κατευθυνθούν από τους λοβούς των πνευμόνων στη τραχεία.

Η διαφραγματική αναπνοή διδάσκεται βάζοντας το ένα χέρι στη κοιλιά του ασθενούς και το άλλο πάνω από το στήθος. Το παράγγελμα που δίνεται στον ασθενή είναι να παίρνει αναπνοή φουσκώνοντας και ξεφουσκώνοντας την κοιλιά να βγάζει τον αέρα, κρατώντας το θώρακα χαλαρό. Η θωρακική αναπνοή διδάσκεται με ανάλογο τρόπο λέγοντας του να κινεί το θώρακα και να κρατά τη κοιλιά χαλαρή. Στη συγχρονισμένη αναπνοή το παράγγελμα που δίνεται στον ασθενή είναι να κινεί τα χέρια του φυσικοθεραπευτή ταυτόχρονα. Η διαδικασί αυτή γίνεται, ώστε μετά από κάποια λεπτά αναπνοών, να κάνει δωθεί παράγγελμα στον ασθενή να πάρει μια βαθειά αναπνοή, να τη κρατήσει μερικά δευτερόλεπτα και να βγάλει τον αέρα με απότομη σύσπαση των κοιλιακών. Η βίαιη εξόθηση του αέρα με βήχα ή χνώτισμα, να παρασύρει μαζί τις εκκρίσεις. (Κοτζαηλίας, 2008)

Στους μυς των άκρων σε αυτό το στάδιο γίνονται ασκήσεις που έχουν σκοπό να διατηρήσουν την κινητικότητα του. Στη περίπτωση που υπάρχει νευρολογική βλάβη οι ασήσεις είναι οι ίδιες με τη διαφορά πως γίνονται παθητικά, χωρίς παραγγέλματα στον ασθενή να κάνει κάποια κίνηση. Πρέπει όλες οι ασκήσεις να γίνονται με προσοχή ώστε να μην προκαλέσουν κίνηση στον αυχένα.

Οι δυο βασικές ασκήσεις που θα πρέπει να διδαχθεί ο ασθενής καθώς θα πρέπει να τις κάνει και χωρίς τη παρουσία του φυσικοθεραπευτή, είναι να ανοιγοκλείνει με δύναμη τις γροθιές του, και να κινεί τις ποδοκνημικές του από ραχιαία κάμψη σε πελματιαία κάμψη. Αυτές οι δύο ασκήσεις βοηθούν τη φλεβική επιστροφή και είναι ακίνδυνες για τη περιοχή του κατάγματος, οπότε ο ασθενής μπορεί να τις κάνει και χωρίς επίβλεψη.

Οι κινήσεις που θα βοηθήσουν στη διατήρηση της κινητικότητας στα κάτω άκρα σταθεροποιώντας τη λεκάνη θα είναι: σύσπαση γλουτιαίων, τριπλή κάμψη σέρνοντας την πτέρνα στο κρεβάτι, ραχιαία και πελματιαία κάμψη με αντίσταση, απαγωγή και προσαγωγή ισχίου. Στο άνω άκρο η προσοχή πρέπει να είναι μεγαλύτερη ώστε να μη κινηθεί ο αυχένας. Οι κινήσεις πρέπει να είναι χωρίς ένταση και σε μικρό εύρος. Ο φυσικοθεραπευτής ζητά από τον ασθενή να πιέσει τους αγκώνες στο στρώμα, σταθεροποιεί τον βραχίονα και του ζητά να κάνει κάμψη αγκώνα βάζοντας αντίσταση στο καρπό, με σταθερό τον ώμο και το βραχίονα

κολλημένο στα πλευρά του ζητά να κάνει έσω και έξω στροφή ώμου. Οι ακήσεις στον κορμό πρέπει να είναι ισομετρικές ώστε να μη κινηθεί ο αυχένας. Ο φυσικοθεραπευτής ζητά από τον ασθενή να συσπάσει τους κοιλιακούς και έπειτα τους ραχιαίους ελέγχοντας τον ασθενή με τα χέρια του ώστε να μην πραγματοποιηθεί κίνηση. (Κοτζαηλίας, 2008)

3.5.2. Δεύτερο στάδιο

Σε αυτό το στάδιο ο κηδεμόνας έχει αφαιρεθεί. Λόγω της ακινητοποίησης της περιοχής του αυχένα στους μυς παρατηρείται βράχυση, ατροφία και σε κάποιους μυϊκός σπασμός. Ο φυσικοθεραπευτής σε αυτό το στάδιο έχει στόχο να αυξήσει το εύρος κίνησης των μυών του αυχένα, να κινητοποιήσει τα άνω άκρα σε όλο το εύρος κίνησης τους και να εστιάσει το πρόγραμμά ασκήσεων στους μυς που έχουν ατροφήσει.

Στο στάδιο αυτό μπορεί να υπάρχει δυνατότητα ο ασθενής να επισκευθεί το φυσικοθεραπευτήριο αν και η κατάσταση της ψυχικής του υγείας και ο ψυχίατρος το επιτρέπουν. Θα είναι ευεργετικά για τη πλήρη πόρωση του κατάγματος ένα πρόγραμμα με: μαγνητοθεραπεία, θερμοθεραπεία, διαθερμίες βραχέων κυμάτων, υπέρηχοι, ρεύματα (αν έχει υποστεί κάκωση κάποιο περιφερικό νεύρο), μάλαξη (στους μύες που έχουν μυϊκό σπασμό αποφεύγοντας το σημείο του κατάγματος), υδροθεραπεία, κινησιοθεραπεία.

Το πρόγραμμα σε αυτό το στάδιο πρέπει να εστιάσει στους μυς που η κατάκλιση και το κάταγμα δεν επέτρεπαν να ενεργοποιηθούν αρκετά ή καθόλου. Δηλαδή σε αυτό το στάδιο πρωτεύουσα σημασία έχουν οι μυς του κορμού και του αυχένα.

Ο ασθενής κάθεται στην άκρη του κρεβατιού και ο φυσικοθεραπευτής του ζητά να κρατήσει την ισορροπία του. Τον κρατά από τους ώμους και σπρόχνει μια τον ένα και μια τον άλλο του ώμο. Αντίστοιχη άσκηση γίνεται και με τον φυσικοθεραπευτή να έχει το ένα χέρι στο στήθος και το άλλο στη πλάτη του ασθενούς, σπρόχνοντας τον και πάλι εναλλάξ. Αυτές οι ασκήσεις μπορούν να δυναμώσουν τον κορμό χωρίς να υπάρχει κίνδυνος να επιρρεαστεί το κάταγμα.

Οι ασκήσεις για τον αυχένα μπορούν να γίνουν είτε από καθιστή είτε από ύπτια θέση. Στην ύπτια θέση ο φυσικοθεραπευτής πλέκει τα χέρια του κάτω από τον αυχένα του ασθενούς αγκαλιάζοντας τον ώστε ο ασθενής να νιώθει άνετα και να γίνουν οι ασκήσεις με ασφάλεια. Στις ασκήσεις αυτές ο φυσικοθεραπευτής δεν βάζει αντίσταση στη κίνηση αντιθέτων υποστηρίζει τον αυχένα. Ζητά από τον ασθενή να γυρίσει το κεφάλι αριστερά και δεξιά, πλάγια τος τον ένα και τον άλλο ώμο και να πιέσει το κεφάλι στο στρώμα. Για άσκηση πλάτης ο φυσικοθεραπευτής ζητά από τον ασθενή να κάνει τους ώμους προς τα πίσω πιέζοντας τις ωμοπλάτες στο κρεβάτι ταυτόχρονα και μετά εναλλάξ.

Στο στάδιο αυτό ο φυσικοθεραπευτής μπορεί να δείξει στον ασθενή ασκήσεις ενδυνάμωσης για το υπόλοιπο σώμα για να κάνει μόνος του στο σπίτι. Ακόμη ο ασθενής στο σπίτι μπροστά σε ένα καθρέφτη μπορεί να κάνει όλες τις φυσιολογικές κινήσεις του αυχένα, απαλά, χωρίς καθόλου ένταση στη κίνηση. (Κοτζαηλίας, 2008)

3.5.3. Τρίτο στάδιο

Το τρίτο στάδιο, είναι το στάδιο που το κάταγμα έχει πορωθεί πλήρως και στόχος είναι να επανέλθει ο ασθενής στη πρό κατάγματος κατάσταση. Δηλαδή να επανέλθει η δύναμη και η ελαστικότητα των μυών του αυχένα.

Ο ασθενής είναι ξαπλωμένος στο κρεβάτι με το κεφάλι να προεξέχει από αυτό. Υποστηρίζοντας το κεφάλι του ασθενούς του ζητά να κάνει στροφή αριστερά και δεξιά, πλάγια κάμψη αριστερά και δεξιά, ενώ βάζει ελαφριά αντίσταση στις κινήσεις.

Διάταση των μυών θα γίνει και ενεργητικά και παθητικά. Ενεργητικά, ο ασθενής κάθεται στη καρέκλα και κρατά τα πόδια της καρέκλας, κάνει ενεργητικά πλάγια κάμψη και στο τελικό σημείο της κίνησης ο φυσικοθεραπευτής ασκεί πίεση. Παθητικά, ο ασθενής είναι σε καθιστή θέση και ο φυσικοθεραπευτής του πιέζει ταυτόχρονα τον ώμο και το κεφάλι.

Σ' αυτό το σημείο ο φυσικοθεραπευτής διδάσκει στον ασθενή πώς να κάνει ασκήσεις με αντίσταση είτε πιέζοντας το κεφάλι του σε μια μπάλα στο τοίχο, είτε με λάστοιχο που θα δέσει κάπου, ώστε ο ασθενής να κάνει ασκήσεις με αντίσταση και μόνος του στο σπίτι. (Κοτζαηλίας, 2008)

3.6. Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση σε κάκωση νωτιαίου μυελού

Στη περίπτωση της κάκωσης νωτιαίου μυελού ο φυσικοθεραπευτής ενεργεί όπως στο πρώτο στάδιο που αναφέρθηκε. Στη περίπτωση αυτή ο ασθενής πιθανόν να πρέπει να βρίσκεται σε κατάκλιση για περισσότερο χρόνο. Ανάλογα με το επίπεδο της βλάβης μπορεί να υπάρχει κίνηση σε κάποιους μυς των χεριών. Η ενδυνάμωση των μυων αυτών είναι σημαντική. Στις κακώσεις νωτιαίου μυελού όση περισσότερη λειτουργικότητα μπορεί να διατηρηθεί είναι σημαντική. Ακόμη παθητική κινητοποίηση στα άκρα βοηθά τη κυκλοφορία του αίματος και τη διατήρηση του εύρους τροχιάς των μυών.

Όταν ο γιατρός το επιτρέψει και η σπονδυλική στήλη μπορεί να δεχτεί βάρος χωρίς να υπάρχει κίνδυνος μεγαλύτερης βλάβης, μπορεί ο ασθενής να αλλάξει την οριζόντια κλίση με ένα κρεβάτι ορθοστάτη. Οι κλίση του κρεβατιού πρέπει να αλλάζει σταδιακά και στην αρχή για λίγο χρόνο για να μην εμφανίσει ο ασθενής ορθοστατική υπόταση. Η ορθια στάση είναι πολύ σημαντική για όλα τα συστήματα του οργανισμού.



Εικόνα 10.Κραβάτι ορθοστάτης. (www.promed.gr)

Καθώς η τεχνολογία έχει προχωρήσει, ο ασθενής με τη βοήθεια του φυσικοθεραπευτή μπορεί να χρησιμοποιήσει ρομποτικό σύστημα επανεκπαίδευσης βάδισης όπως το Locomotor training. Το μηχάνημα αυτό έχει ιμάντες από τους οποίους αιωρείται ο ασθενής και το ρομποτικό σύστημα κάνει στα μέλη του ασθενούς να κάνουν εξομίωση βάδισης στο ρυθμό που ο θεραπευτής επιλέγει. Το μηχάνημα στην αρχή δεν επιτρέπει στα μέλη του ασθενή να σηκώσουν το βάρος του αλλά σταδιακά το βάρος που το μηχάνημα επιτρέπει και τα μέλη μπορούν να δεχθούν αυξάνεται. (Galea et al., 2013)

Ένα άλλο μηχάνημα που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο ασθενής είναι ποδηλασία με ηλεκτρική διέγερση. Ηλεκτρόδια συνδέονται στους μυς του ασθενούς τα οποία ενεργοποιούν τους αντίστοιχους μυς για να μπορέσει ο ασθενής να κάνει ποδήλατο. Το μηχάνημα αυτό λόγω του ότι ενεργοποιεί μέσω ηλεκτρικής διέγερσης τους μυς του ασθενούς, βελτιώνει την μυϊκή τους ισχύ. Σταδιακά αυξάνεται το ρεύμα που μπορεί να δεχθεί ο ασθενής. Στην αρχή κάνει μισή ώρα ποδήλατο με διαλείμματα που σταδιακά μειώνονται. (Galea et al., 2013)

3.7. Μάλαξη

Συνδυαστικά μαζί με το πρόγραμμα κινησιοθεραπείας μπορεί μετά το δεύτερο στάδιο να υπάρχει στο πρόγραμμα της αποκατάστασης και η μάλαξη, αποφεύγοντας το σημείο του κατάγματος. Η μάλαξη εκτός από τη χαλάρωση των μυών που είναι σε σύσπαση λόγω της ακινησίας για να πορωθεί το κάταγμα, προάγει και τη βελτίωση της διάθεσης.

Η μάλαξη χαλαρώνει τους μυς, αυξάνει τη ροή του αίματος, μειώνει το άγχος και μπορεί να μειώσει την επιθετικότητα. Η μάλαξη μειώνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης. 30' μάλαξης μερικές φορές την εβδομάδα μπορούν να βελτιώσουν την διάθεση. (Kemperet al., 2007)

3.8. Βελονισμός

Ο βελονισμός είναι η διέγερση συγκεκριμένων σημείων του σώματος χρησιμοποιώντας πίεση ή θερμότητα ή βελόνες ή μαγνήτες, με σκοπό τη θεραπεία. Έρευνες έχουν δείξει πως ο βελονισμός μπορεί να προσφέρει θεραπεία με αποτελέσματα ικανά να συγκριθούν με αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή. Σε μια έρευνα που έγινε το 2005 τα αποτελέσματα έδειξαν πως ο βελονισμός δεν έχει διαφορετικά αποτελέσματα από τα αντικαταθλιπτικά.

Ο βελονισμός σπάνια μπορεί να προκαλέσει αιμορραγία, μώλωπες ή μόλυνση. Σε ένα μικρό ποσοστό γύρω στο 5% μπορεί να φέρει υπνηλία. Σε γενικές γραμμές ο βελονισμός έχει λιγότερες παρενέργειες από τα φάρμακα και σοβαρές παρενέργειες είναι εξαιρετικά σπάνιες. Οι ασθενείς ενημερώνονται για την επίδραση του βελονισμού αλλά σπάνια τον επιλέγουν ως μέσο θεραπείας. Όσοι το δοκιμάζουν θεωρούν πως είναι χρήσιμο και ευχάριστο παρά τις προσδοκίες τους. (Kemperet al., 2007)

3.9. Υδροθεραπεία

Το θερμό νερό μιας πισίνας μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στο πρόγραμμα αποκατάστασης. Η θεραπεία μέσα στο νερό μπορεί να γίνεται δύο με τρεις φορές την εβδομάδα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν ένα μέσο για να γίνουν οι ασκήσεις του τρίτου σταδίου. Μερικές ασκήσεις μέσα στο νερό για το άνω άκρο είναι οι εξής:

- Οριζόντια απαγωγή με τον βραχίονα σε έσω στροφή και το αντιβράχιο σε πρηνισμό.
- Απαγωγή με το αντιβράχιο σε έξω στροφή και το αντιβράχιο σε υπτιασμό.
- Ελεύθερη κολύμβηση αυστηρά με τα άνω άκρα. (Κοτζαηλίας, 2008)



Εικόνα 11. Υδροθεραπεία. Θεραπευτικές ασκήσεις σε πισίνα. (www.withfriendship.com)

Το νερό μπορεί να προσφέρει χαλάρωση και ψυχαγωγία στον ασθενή. Η ποικιλία των ασκήσεων και η αλλαγή περιβάλλοντος που προσφέρει η πισίνα μπορούν να συμβάλουν θετικά όχι μόνο στη θεραπεία του κατάγματος αλλά και στη βελτίωση της διάθεσης του ασθενούς. Οτιδήποτε ξεφεύγει από τους τέσσερις τοίχους ενός νοσοκομείου ή θεραπευτηρίου σίγουρα είναι καλύτερα για ένα διπολικό ασθενή. Μια πισίνα με θερμό νερό είναι ιδανική για την θεραπεία. Ο ασθενής είναι καλό να φοράει σωστή βιο τύπο γιλέκο αν αισθάνεται φόβο που τον αποτρέπει από την εκτέλεση των ασκήσεων. Ακόμη είναι σημαντικό ο θεραπευτής να είναι καλά εκπαιδευμένος σε θεραπεία ασθενών μέσα στο νερό, ώστε ο ασθενής να είναι ασφαλής και να νιώθει ασφαλής.

3.10. Ιπποθεραπεία

Με τον όρο ιπποθεραπεία ονομάζεται η θεραπεία με χρήση ασκήσεων και ειδικών κινήσεων πάνω στο άλογο. Η ιπποθεραπεία θα ήταν ιδιαίτερα ωφέλιμη στον ασθενή μετά τη πόρωση τη κατάγματος, είτε αυτός εμφανίζει νευρολογικά συμπτώματα, είτε όχι. Καθώς η ιπποθεραπεία ενδείκνυται και για διαταραχές διάθεσης. Η επαφή με το άλογο μπορεί να κάνει

έναν ασθενή που δε πειθαρχείται σε πρόγραμμα ασκήσεων να δει τη θεραπεία του πιο θετικά. Ειδικά σε ασθενείς που έχουν πρόβλημα να συγκεντρωθούν σε ένα πρόγραμμα ασκήσεων η ιπποθεραπεία μπορεί να έχει πολύ καλά αποτελέσματα. Οι στόχοι της ιπποθεραπείας είναι οι εξής:

- Στατική ισορροπία
- Ευθυγράμμιση σώματος
- Στατικός έλεγχος των κινήσεων
- Κινητικές δεξιότητες
- Κινητοποίηση
- Στατική σταθερότητα και έλεγχος της κεφαλής
- Συχνή εξάσκηση και θεραπεία
- Βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης

Αν ο ασθενής έχει κάκωση νωτιαίου μυελού λόγω του κατάγματος, η ιπποθεραπεία θα είναι επίσης ιδιαίτερα ωφέλιμη γι' αυτόν. Όταν το άλογο περπατά, μιμείται τον ανθρώπινο βηματισμό, μεταφέροντας στον κορμό του ιππέα του, την ίδια ακριβώς κίνηση που μεταδίδουν τα πόδια στους ανθρώπους με φυσιολογική κίνηση. Αναπτύσσονται έτσι, αυτόματοι μηχανισμοί αναπροσαρμογής της στάσης, που αποτελούν το υπόβαθρο για κάθε κινητική δραστηριότητα. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι αντιδράσεις προσανατολισμού και οι ισορροπητικές αντιδράσεις. Για να είναι πιο έντονα τα ερεθίσματα που δέχεται ο ασθενής χρησιμοποιούνται υποσάγματα αντί για σέλα. (Ridingfordisabledassociation, 2013)



Εικόνα 12. Λογότυπο θεραπευτικής ιππασίας Ελλάδας. (www.therapeutic-riding.gr)

Στην Ιταλία από τους Cerino et al. (2011), έγινε μια έρευνα σε 24 ασθενείς στους οποίους είχε διαγνωσθεί σχιζοφρένια. Στην έρευνα έλαβαν μέρος άντρες και γυναίκες, ηλικίας 18-40 ετών. Οι δέκα από τους ασθενείς είχαν έως 5 χρόνια που είχε διαγνωσθεί η σχιζοφρένια ενώ οι υπόλοιποι δεκατέσσερις είχαν χρόνια σχιζοφρένια. Οι ασθενείς έκαναν θεραπευτική ιππασία μια φορά τη βδομάδα για 2 χρόνια, χωρίς να έχουν έρθει ξανά σε επαφή με άλογα στο παρελθόν. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν πως τα αρνητικά συμπτώματα της ασθένειας είχαν αισθητή μείωση. Ειδικά οι ασθενείς που είχαν λιγότερα χρόνια την ασθένεια έδειξαν μεγάλη βελτίωση. Σε σύγκριση με άλλες θεραπείες με την βοήθεια ζώων, η θεραπεία με άλογα συνδυάζει τη φυσική δραστηριότητα με την βελτίωση της συναισθηματικής κατάστασης και αυτό την κάνει να έχει δραστικά αποτελέσματα.

3.11. Η άσκηση

Η φυσική κατάσταση είναι στενά συνδεδεμένη με τη ψυχολογία. Η άσκηση βοηθά στη βελτίωση της αντοχής, της ελαστικότητας, της συγκέντρωσης, του νευρομυϊκού συντονισμού και την απόκτηση ειδικών δεξιοτήτων ανάλογα με το είδος της άσκησης. Αντίστοιχα στη ψυχολογική κατάσταση βοηθά αυτοπεποίθηση, στο θάρρος, στην καλή διάθεση, στον συντονισμό σε οριοθετημένα πλαίσια και την αύξηση της προσοχής. Ένα άτομο που αθλείται συστηματικά έχει μεγαλύτερη ανοχή στην αποτυχία και του είναι πιο εύκολο να προσπαθήσει ξανά. Η ψυχική υγεία ενδυναμώνεται και μπορεί να αντιμετωπίσει πιο εύκολα ποικιλία συναισθημάτων από άγχος και απόγνωση ως ενθουσιασμό και εξασιασμό. Η άσκηση μπορεί να κάνει το άτομο να δει τις καταστάσεις είτε είναι θετικές, είτε αρνητικές ως πράγματα που έρχονται και παρέρχονται.

Για πολλούς ανθρώπους η άσκηση είναι ικανή να έχει καλύτερη επίδραση από τα αντικαταθλιπτικά στη βελτίωση της διάθεσης. Τα άτομα που κάνουν καθιστική ζωή εμφανίζουν ευκολότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Έρευνες έχουν δείξει πως άτομα με κατάθλιψη που κάνουν योगαπαρατήρησαν βελτίωση στη διάθεση και την φυσική τους κατάσταση. Η άσκηση μπορεί να βοηθήσει στην απόκτηση ποιοτικότερου ύπνου, στη μείωση της παχυσαρκίας, στην καθυστέρηση της κόπωσης και στην βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας. Ο υγιεινός τρόπος ζωής και η άσκηση πρέπει να προτείνεται σε όλα τα άτομα με ψυχικά νοσήματα. (Kemperetal., 2007)

ΜιανασκόπησητωνVancampfortetal. έδειξε πως η yoga σε σχιζοφρενείς μπορεί να μειώσει τα αρνητικά συμπτώματα και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Η yoga περιλαμβάνει διατακτικές ασκήσεις, ασκήσεις αναπνοής, ασκήσεις χαλάρωσης και ειδικές ασκήσεις ευθυγράμμισης του σώματος.

Συμπέρασμα

Ο ασθενής με διπολική διαταραχή έχει ανάγκη από κίνητρα. Χρειάζεται ο θεραπευτής του να κρατά συνεχώς αμείωτο το ενδιαφέρον το κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Αν η άσκηση και η προσπάθεια γίνουν για τον ασθενή τρόπος ζωής μπορεί ακόμη να μειωθούν και τα συμπτώματα της ψυχικής ασθένειάς του. Ο φυσικοθεραπευτής εκτός από την αποκατάσταση του κατάγματος αυχένα μπορεί να δείξει στον ασθενή και έναν πιο θετικό τρόπο σκέψης. Φέρνοντας τον σε επαφή με το νερό για να κάνει ασκήσεις, με τα άλογα ακόμη και με το βελονισμό ή τη yoga, ο ασθενής μπορεί να βελτιώσει την φυσική αλλά και την ψυχική του κατάσταση. Ακόμη και στη περίπτωση που ο ασθενής μετά το κάταγμα έχει παράλυση κάτω άκρων ή και των τεσσάρων άκρων, αν δεν βρει κίνητρα μέσα στο πρόγραμμα των ασκήσεων απλά μετά από κάποιο σημείο θα αρνήται να το παρακολουθήσει.

Ένας ασθενής που έχει μείνει σε ύπτια θέση για ένα διάστημα ενός μήνα δύο ή τριών, ακόμη και το να κιτάξει έξω από το παράθυρο μπορεί να είναι για αυτόν ένα κίνητρο για να ακολουθήσει ένα πρόγραμμα θεραπείας. Η καθιστή θέση και οι όρθια θέση είναι πολύ σημαντικές για τον ανθρώπινο οργανισμό γιατί όλες οι λειτουργίες του οργανισμού είναι ρυθμισμένες να λειτουργούν καλύτερα σε αυτές τις θέσεις. Το γαστρεντερικό σύστημα, το αναπνευστικό σύστημα, το καρδιαγγειακό σύστημα, το νεφρικό και το νευρικό σύστημα όλα λειτουργούν καλύτερα στη καθιστή και την όρθια σταση από ότι στην ύπτια. Αν όλα αυτά τα

συστήματα δεν λειτουργούν σωστά είναι αναμενόμενο πως ούτε η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς θα είναι καλή. Οπότε είναι λογικό ο ασθενής να χρειάζεται μια πιο ευγενική και ήρεμη αντιμετώπιση. Χρειάζεται κίνητρα για να κάνει πράγματα και όχι έναν θεραπευτή που απαιτεί και επιβάλλει με απότομο τρόπο. Ο θεραπευτής πρέπει να έχει κατανόηση και να μην πιέζει τον ασθενή έχοντας πολλές απαιτήσεις από αυτόν, αλλά ταυτόχρονα ούτε να τον παραχαϊδεύει κάνοντας τον να αφηφά το λόγο του θεραπευτή. Οι ισοροπίες είναι ιδιαίτερα λεπτές.

Ακόμη και η αίσθηση του πόνου μπορεί να κάνει έναν ασθενή να αντιπαθήσει τον θεραπευτή του. Αν ο ασθενής διαμαρτρήεται πως πονάει και ο θεραπευτής αφηφά την επιθυμία του ασθενή για πιο ύπια μεταχείριση, το πιθανότερο είναι ο ασθενής να απαιτήσει αλλαγή θεραπευτή. Είναι σημαντικό ο ασθενής να χαίρεται να βλέπει τον θεραπευτή του, για να είναι πρόθυμος να ακολουθήσει το πρόγραμμα της θεραπείας του.

Πηγές εικόνων

1. www.fightbipolarorder.com
2. <http://www.egatineando.com/MarcasCoches>
3. <http://www.clevelandcliniced.com/medicalpubs/diseasemanagement/psychiatry-psychologybipolar-disorder>
4. <http://www.humpalphysicaltherapy.com>
5. <http://www.eorthopod.com>
6. <http://www.wheelessonline.com/orthoatlas frx jefferson fracture>
7. <http://www.mdct.com.au>
8. <http://www.mayfieldclinic.com/PE-brace.htm#.UkL6n9J7I4I>
9. <http://www.mayfieldclinic.com/PE-brace.htm#.UkL6n9J7I4I>
10. <http://www.promed.gr/krevatia-therapeias-eidikoy-typoy269-krevati-orthostatisis-tilting-advanced-gymna.html>
11. <http://www.withfriendship.com/userneehahydrotherapy.php>
12. <http://www.therapeutic-riding.gr>

Βιβλιογραφία

Βιβλία

1. Καρπίνης Γ. Στ. 2011. Κλινική ψυχιατρική. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
2. Κορρές Δ. 2001. Κακώσεις αυχενικής μοίρας σπονδυλικής στήλης. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
3. Κοτσαηλίας Δ. 2008. Φυσικοθεραπεία σε κακώσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Θεσσαλονίκη: Universitystudio press. Σελ 262-273
4. Μπαλτόπουλος Π. 2003. Ανατομική του ανθρώπου Δομή και λειτουργία. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
5. Παπαβασιλείου Β. 2001. Ορθοπεδική. Θεσσαλονίκη: Universitystudiopress. Σελ 132-142.
6. Σολδάτος Κ., Λύκουρας Λ. 2007 Σύγγραμμα ψυχιατρικής Αθήνα: Βήτα ιατρικές εκδόσεις. 287-455.
7. Συμεωνίδης Π. 1996. Ορθοπαιδική, 2^η έκδοση, Θεσσαλονίκη: Universitystudiopress. Σελ 237-247.
8. Τσακρακλίδης Β. 1999. Βασική ανατομία. Ιατρικές εκδόσεις Μονοπρόσωπη ΕΠΕ
9. DandyD. 2010. Βασική ορθοπαιδική και τραυματολογία, Επ.Ελ.Εκ. Κορρές Δ. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου. Σελ 141-147.
10. HamiltonN. 2003. Κινησιολογία Επιστημονική βάση της ανθρώπινης κίνησης. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου.
11. HislopH. 2000. Έλεγχος της λειτουργικής ικανότητας. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου. Σελ 12-31.
12. KisnerC., ColbyL. 2003. Θεραπευτικές ασκήσεις Βασικές αρχές και τεχνικές. Εκδόσεις Σιώκης.
13. SadockB., SadockV. 2007. Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας. Σελ 175-403.
14. SpivakJ. 2005. Ορθοπαιδική Οδηγός μελέτης, Επ.Ελ.Εκ. Κορρές Δ. Αθήνα: Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου. Σελ 525-532.
15. VertisickF. 2010. Γιατί πονάμε, η φυσική ιστορία του πόνου. Πρόλογος: Αναστασίου Μ. Μετάφραση: Αλεξανδρή Δ. Αθήνα: Εκδόσεις οξύ.

Άρθρα

1. Χριστοδούλου Χρ., Μιχόπουλος Ι., Λύκουρας Ελ. 2008. Η διαχείριση της επιθετικής συμπεριφοράς στο γενικό νοσοκομείο. Π. Γ. Ν. Αττικών: Β' ψυχιατρική κλινική. Ιατρική σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.
2. Alsuwaidan M., Kucyi A., Law C., McIntyre R. 2009. Exercise and Bipolar Disorder: A Review of Neurobiological Mediators. Humana Press 11:328–336

3. Cerino S., Cirulli F., Chiarotti F., Seripa S. 2011. Non conventional psychiatric rehabilitation in schizophrenia using therapeutic riding: the FISE multicentre Pindar project. Rome.
4. Crump C., Sundquist K., Winkleby M.A., Sundquist J. 2013. Mental disorders and risk of accidental death. California. Stanford University.
5. Didham R., McConnell D., Blair H., Reith D. 2005. Suicide and self-harm following prescription of SSRIs and other antidepressants: confounding by indication. *New Zealand. University of Otago. British Journal of Clinical Pharmacology.* 60:5 525
6. Ferrari R., Schrader R. 2001. The late whiplash syndrome: a biopsychosocial approach. *Neurol Neurosurg Psychiatry.* 70:722–726. www.jnnp.com.
7. Galea M., Dunlop S., Davis G., Nunn A., Geraghty T., Hsueh Y., Churilov L. 2013. Intensive exercise program after spinal cord injury (“Full-On”): study protocol for a randomized controlled trial. BioMed Central. <http://www.trialsjournal.com/content/14/1/291>.
8. Geddes J., Miklowitz D. 2013. Treatment of bipolar disorder. University of Oxford and University of California 381: 1672–82.
9. Gorczynski P., Faulkner G. 2010. Exercise Therapy for Schizophrenia. University of Toronto. Published by Oxford University Press on behalf of the Maryland Psychiatric Research Center.
10. Healy D., Le Noury J., Harris M., Butt M., Linden S., Whitaker Ch., Zou L., Roberts A. 2012. Mortality in schizophrenia and related psychoses: data from two cohorts, 1875–1924 and 1994–2010. London: King’s College, Institute of Psychiatry. *BMJ Open.* <http://bmjopen.bmj.com>.
11. Kemper K., Guth C. 2007. CAM Therapies to Promote Healthy Moods. *Pediatric Clin North Am.* 54(6): 901–x.
12. Lamb S., Gates S., Williams M., Williamson E. 2013. Emergency department treatments and physiotherapy for acute whiplash: a pragmatic, two-step, randomized controlled trial. London: University of Warwick, 381: 546–56.
13. Lechner HE, Kakebeeke TH, Hegemann D, Baumberger M. 2007. The effect of hippotherapy on spasticity and on mental well-being of persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 88:1241-8.
14. M.S.D. de la Cruz, Lai Z., Goodrich D., Kilbourne A. 2013. Gender differences in health-related quality of life in patients with bipolar disorder. Springer-Verlag Wien
15. Pagsberg A.K. 2012. Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
16. Pfennig A., Bschor T., Falkai P., Bauer M. 2013. The Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder. *Deutsches Ärzteblatt International.* 110(6): 92–100.
17. RDA – Riding for the disabled association. <http://www.rda.org.uk>
18. Vancampfort D., Probst M., Skjaerven L.H., Catalan-Matamoros D., Lundvik-Gyllensten A., Gomez-Conesa A., Ijntema R., De Hert M. 2013. Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Physical Therapy.* 92:11-23.

19. Vancampfort D., Vansteelandt K., Scheewe T., Probst M., Knapen J., De Herdt A., De Hert M. 2012. Yoga in schizophrenia: a systematic review of randomized controlled trials. *Acta Psychiatr Scand.* 126: 12–20.
20. Weinstock L., Wenze S., Munroe M., Miller I. 2013. Concordance Between Patient and Family reports of Family Functioning in Bipolar I Disorder and Major Depressive Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* www.jonmd.com.
21. Wijlaars L., Nazareth I., Whitaker H., Evans S., Petersen I. 2013. Suicide-related events in young people following prescription of SSRIs and other antidepressants: a self-controlled case series analysis. London. *BMJ Open.* <http://bmjopen.bmj.com>.