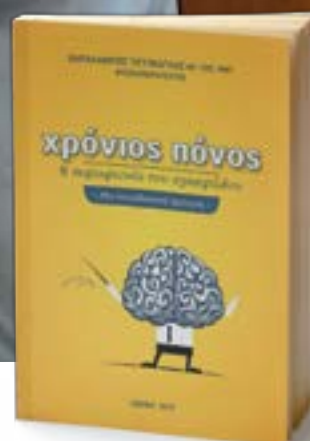


PHYSIO MAG

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ
ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ
ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ
MT, CST, MNT



ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Η παραφωνία του εγκεφάλου – Μια εναλλακτική πρόταση

Περιοδικό 1-2 | 4-2014 - 12-2015
ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ, 24 ΩΡΕΣ
www.physio.gr

Physio
η αρμονία στη λειτουργικότητα

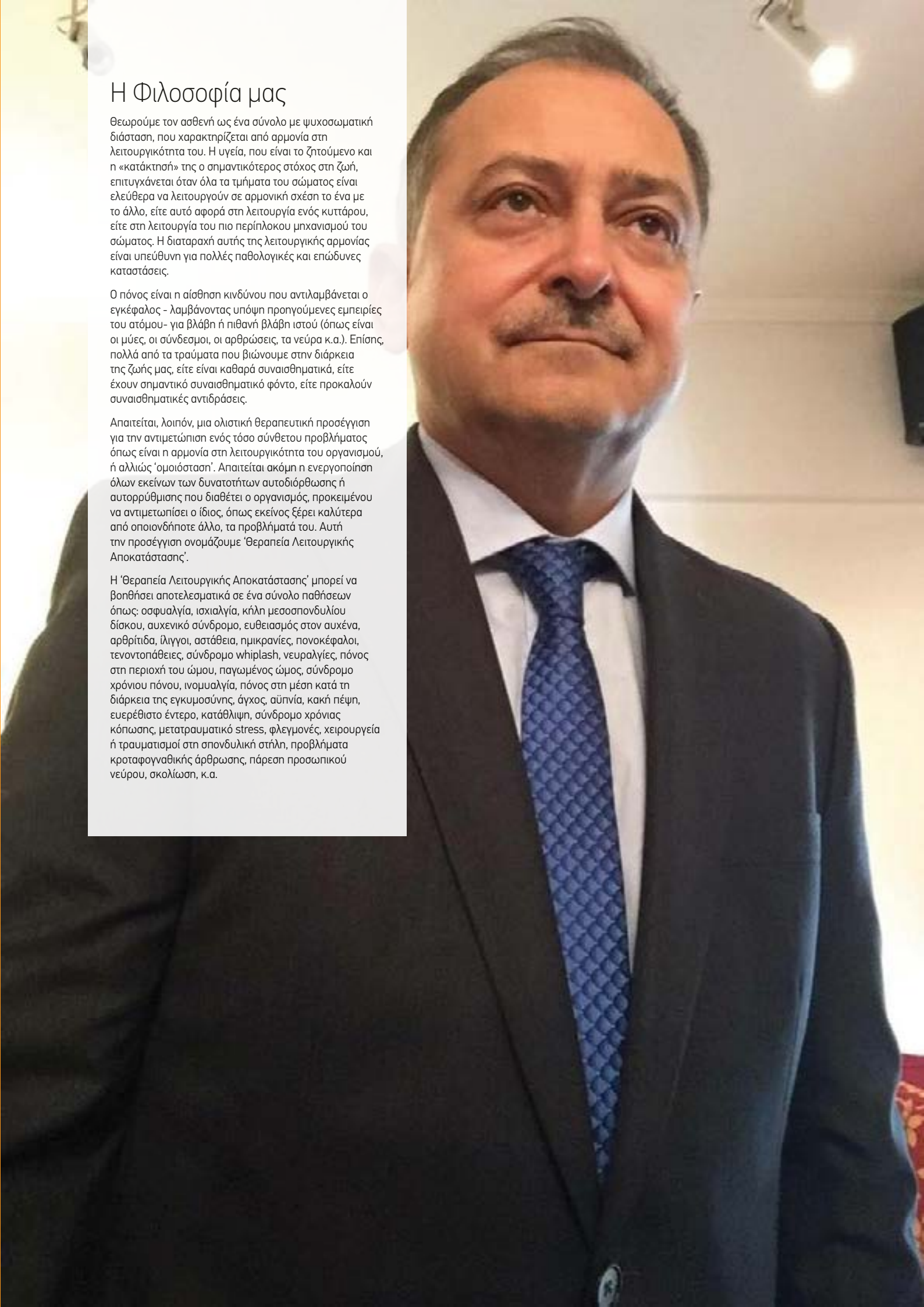
Η Φιλοσοφία μας

Θεωρούμε τον ασθενή ως ένα σύνολο με ψυχοσωματική διάσταση, που χαρακτηρίζεται από αρμονία στη λειτουργικότητα του. Η υγεία, που είναι το ζητούμενο και η «κατάκτησή» της ο σημαντικότερος στόχος στη ζωή, επιτυγχάνεται όταν όλα τα τμήματα του σώματος είναι ελεύθερα να λειτουργούν σε αρμονική σχέση το ένα με το άλλο, είτε αυτό αφορά στη λειτουργία ενός κυττάρου, είτε στη λειτουργία του πιο περίπλοκου μηχανισμού του σώματος. Η διαταραχή αυτής της λειτουργικής αρμονίας είναι υπεύθυνη για πολλές παθολογικές και επώδυνες καταστάσεις.

Ο πόνος είναι η αίσθηση κινδύνου που αντιλαμβάνεται ο εγκέφαλος - λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου- για βλάβη ή πιθανή βλάβη ιστού (όπως είναι οι μύες, οι σύνδεσμοι, οι αρθρώσεις, τα νεύρα κ.α.). Επίσης, πολλά από τα τραύματα που βιώνουμε στην διάρκεια της ζωής μας, είτε είναι καθαρά συναισθηματικά, είτε έχουν σημαντικό συναισθηματικό φόντο, είτε προκαλούν συναισθηματικές αντιδράσεις.

Απαιτείται, λοιπόν, μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου προβλήματος όπως είναι η αρμονία στη λειτουργικότητα του οργανισμού, ή αλλιώς 'ομοιόσταση'. Απαιτείται ακόμη η ενεργοποίηση όλων εκείνων των δυνατοτήτων αυτοδιόρθωσης ή αυτορρύθμισης που διαθέτει ο οργανισμός, προκειμένου να αντιμετωπίσει ο ίδιος, όπως εκείνος ξέρει καλύτερα από οποιονδήποτε άλλο, τα προβλήματά του. Αυτή την προσέγγιση ονομάζουμε 'Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης'.

Η 'Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης' μπορεί να βοηθήσει αποτελεσματικά σε ένα σύνολο παθήσεων όπως: οσφυαλγία, ισχιαλγία, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, αυχενικό σύνδρομο, ευθειασμός στον αυχένα, αρθρίτιδα, ίλιγγοι, αστάθεια, ημικρανίες, πονοκέφαλοι, τενοντοπάθειες, σύνδρομο whiplash, νευραλγίες, πόνος στη περιοχή του ώμου, παγωμένος ώμος, σύνδρομο χρόνιου πόνου, ινομυαλγία, πόνος στη μέση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, άγχος, αϋπνία, κακή πέψη, ευερέθιστο έντερο, κατάθλιψη, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, μετατραυματικό stress, φλεγμονές, χειρουργεία ή τραυματισμοί στη σπονδυλική στήλη, προβλήματα κροταφογναθικής άρθρωσης, πάρεση προσωπικού νεύρου, σκολίωση, κ.α.



Περιεχόμενα

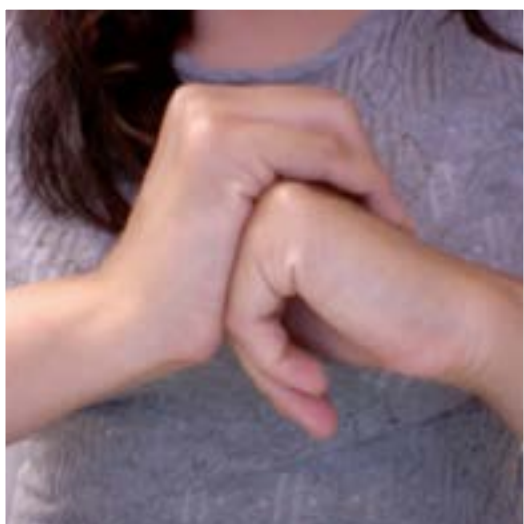
2014

Η φιλοσοφία μας	3
Η λεμφική μάλαξη βγάζει το λεμφικό σύστημα από το «αδιέξοδο»	8
Ανάλυση της βιάδισπε - πελματογράφημα	10
Μπορούν οι μεταβολές του καιρού να επηρεάσουν τον πόνο στις αρθρώσεις;	12
Ψηλοτάκουνα παπούτσια και πόνοι	13
Ψυχισμός της γυναίκας με καρκίνο μαστού	14
Η διαχείριση του άγχους την περίοδο των εξετάσεων	16
Αντικαταθλιπτικά φάρμακα για τον χρόνιο πόνο;	18
«Ιατρεμένης αναπηρία»	19
Οσφυαλγία και στήριξη στα πέμματα	20
“κρακ” στα δάκτυλα και οστεοαρθρίτιδα	22
Διατροφικές διαταραχές	23
Πρησμένα πόδια το καλοκαίρι	25
Πονοκέφαλος- Ημικρανίες	26
Πονοκέφαλος στη βάση του κρανίου	29
Μια καλή ιδέα για το καλοκαίρι...	31
Ομαλή ένταξη του παιδιού στην σχολική κοινότητα	32
Σχολική τσάντα και πόνοι στην πλάτη των παιδιών	33
Σκολίωση	35
Οστεοπόρωση...	37
Γερά οστά για μια ζωή	39
Καθοδόν προς το βέλτιστο θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία	40
Άλμα ζωής 2014	42
Θεραπεία του δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος μετά από ca μαστού	43
Πρόγραμμα ασκήσεων για δευτεροπαθές λεμφοίδημα μετά από μαστεκτομή	44
Η μελαγχολία των Χριστουγέννων	45
Ψυχοσωματική απελευθέρωση	46

2015

Η εμπειρία της χαμηλής οσφυαλγίας	50
Η παραφωνία του εγκεφάλου: μια εναλλακτική πρόταση	51
Χρόνιος πόνος	52
Περί τρομοκρατίας...!	53
Δευτεροπαθές λεμφοίδημα μετά από ca μαστού	56
Στάδια του λεμφοιδήματος	57
Τι είναι τελικά η αγάπη;	58
Ασθένειες του γραφείου	59
Μαστεκτομή - στάση του σώματος - αποκατάσταση	60
6ο therapy planet festival στην αθνα	62
Το αίνιγμα του “μαγκωμένου” νεύρου!	63
Ηλεκτρομυογράφημα (ΗΜΓ)	65
Για ένα καλύτερο ύπνο...!	66
Διακοπή καπνίσματος	69
Σύλλογος Κ.Ε.Φ.Ι. Αθηνών: δευτεροπαθές λεμφοίδημα ογκολογικών ασθενών	70
Εγκέφαλος... ”τον χρησιμοποιείς η τον χάνεις”!	71
Οσφυαλγία μυοπεριτονιακής αιτιολογίας	72
Η διαχείριση του άγχους την περίοδο των εξετάσεων	73
Νευροθεραπεία δια χειρισμών (manual neurotherapy - mnt)	74
“Η άσκηση είναι υγεία!”	77
Δυστονία	78
Υιοθεσία, τότε και πως να το πω στο παιδί;	80
Κρανιοϊερή θεραπεία	81
Παθήσεις παιδικής ηλικίας	82
Φυσικοθεραπεία vs χειρουργείο στη μέση	85
Εγκυμοσύνη και πόνοι στην μέση	87
Ημικρανία	89
Προσοχή στη στάση του σώματος!	90
Πόνος στην άρθρωση του γόνατος	92
Σχολική τσάντα και πόνοι στην πλάτη των παιδιών	95
Σκολίωση	97
Ομαλή ένταξη του παιδιού στην σχολική κοινότητα	99
Σχολικός Εκφοβισμός	100
Παρουσίαση Χρόνιος Πόνος	103
Κλινικός συλλογισμός	105
Κλινικός συλλογισμός 2	106
Αρθρικός πόνος	107
Βιογραφικά - Παρουσίαση	108
Χρόνιος Πόνος	118
Πληροφορίες για τη κρανιοϊερή θεραπεία	120

2014



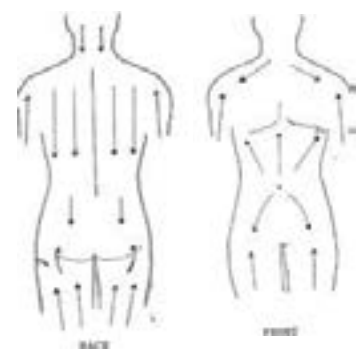


Η ΛΕΜΦΙΚΗ ΜΑΛΑΞΗ ΒΓΑΖΕΙ ΤΟ ΛΕΜΦΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΠΟ ΤΟ «ΑΔΙΕΞΟΔΟ»

Άρθρο της **Αθηνάς Κατσιμήτρου - Τιγγινάγκα, MId/Cdt**

ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ

Το καθημερινό άγχος και η ένταση διαταράσσουν τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, με αποτέλεσμα την εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων. Τα ερεθίσματα που δεχόμαστε από το περιβάλλον δεν μπορούμε να τα αλλάξουμε, μπορούμε όμως να αλλάξουμε τον τρόπο που εμείς αντιδρούμε σε αυτά. Η τεχνική της λεμφικής μάλαξης διευκολύνει και ανακουφίζει από διαταραχές το λεμφικό σύστημα, το χαλαρώνει και το αναζωογονεί βοηθώντας το σώμα στην ανάκτηση της χαμένης του ζωτικότητας.



Η καλή κυκλοφορία της λέμφου είναι απαραίτητη για την αποτοξίνωση του οργανισμού, την ανανέωση των κυττάρων και τη διατήρηση ενός υγιούς ανοσοποιητικού συστήματος. Η λέμφος καθαρίζει τους ιστούς από διάφορους παθογόνους οργανισμούς, στη συνέχεια περνά και φιλτράρεται μέσα από τους λεμφαδένες, ενώ τέλος ενώνεται με τη φλεβική κυκλοφορία στην πορεία προς την καρδιά.

Λεμφική παροχέτευση είναι η διευκόλυνση της λεμφικής κυκλοφορίας μέσω ειδικών χειρισμών μάλαξης και ενδείκνυται στην αντιμετώπιση αρκετών μορφών οιδήματος. Η λεμφική μάλαξη είναι εξαιρετικά αναζωογονητική και προκαλεί χαλάρωση, σωματική και ψυχική ευεξία, καθώς καταπολεμά το καθημερινό άγχος.

Οι θεραπευτές που ασκούν τη λεμφική μάλαξη έχουν εκπαιδευτεί να εξακριβώνουν το συγκεκριμένο ρυθμό της κυκλοφορίας της λέμφου. Αξιολογούν και εφαρμόζουν ένα πρόγραμμα διαμορφωμένο στα μέτρα του κάθε ατόμου.

Ο καθένας, όμως, μπορεί να επωφεληθεί από τα ευεργετικά αποτελέσματα της λεμφικής μάλαξης, δοκιμάζοντας μόνος του στον εαυτό του τις απλές θεραπευτικές κινήσεις που περιγράφονται στη συνέχεια. Πρόκειται για κινήσεις που προσφέρουν μεγάλη χαλάρωση, καθώς βοηθούν στην κυκλοφορία της λέμφου. Οι χειρισμοί πρέπει να είναι ήπιοι και αργοί, καθώς τα λεμφικά αγγεία είναι ελαστικά και επιφανειακά. Αρχίζουν από την περιφέρεια και καταλήγουν κεντρικά.

01 Τι να κάνετε



Τοποθετήστε τα χέρια σας στην κλείδα, μακριά από το κέντρο του λαιμού. Τα δάχτυλα πρέπει να ακουμπούν ελαφρώς το σώμα σας, «βιλέποντας» προς τα πάνω. Με απαλές κινήσεις, ακουμπήστε ολόκληρα τα δάχτυλά σας ώστε να πιέζουν ήπια το σώμα με κατεύθυνση προς το κέντρο του, για 3 δευτερόλεπτα. Στη συνέχεια ακολουθήστε την αντίθετη κατεύθυνση, για άλλα 3 δευτερόλεπτα. Επαναλάβετε 4, ή περισσότερες φορές.

02



Ξαπλώστε αναπαυτικά και ακουμπήστε ολόκληρη τη παλάμη σας στη περιοχή της μασχάλης. Με απαλές κινήσεις, εκτελείτε στατικούς κύκλους με κατεύθυνση προς το εσωτερικό της μασχάλης. Επαναλάβετε 4, ή περισσότερες φορές και στις δύο περιοχές του σώματος.

03



Συνεχίστε να εκτελείτε ήπιους στατικούς κύκλους στο πλάι του σώματος - στο ύψος του στήθους- με κατεύθυνση προς τα κάτω. Επαναλάβετε 4, ή περισσότερες φορές και στις δύο περιοχές του σώματος.

04



Τοποθετήστε και τις δύο παλάμες σας στη βουβωνική περιοχή και εκτελέστε απαλές πιέσεις προς την εσωτερική πλευρά. Επαναλάβετε 4, ή περισσότερες φορές και στις δύο περιοχές του σώματος.

05



Συνεχίστε τοποθετώντας και τις δύο παλάμες στην εσωτερική περιοχή της κοιλιακής χώρας και κάντε ήπιους στατικούς κύκλους με φορά προς το κέντρο της κοιλιάς. Επαναλάβετε 4, ή περισσότερες φορές και στις δύο περιοχές του σώματος.



ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΑΔΙΣΗΣ - ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ

ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΒΑΔΙΣΗΣ- ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, ΜΝΤ**

Το σώμα μας χαρακτηρίζεται από μία “αρμονία στη λειτουργικότητα του”. Η αρμονία επιτυγχάνεται όταν όλα τα τμήματα του σώματος, είναι ελεύθερα να κινούνται σε αρμονική σχέση το ένα με το άλλο.

Ο περιορισμός αυτής της συνεχούς εναλλαγής της κίνησης είναι συνυπεύθυνος για πολλές επώδυνες καταστάσεις όπως χρόνιους ή οξείς πόνους στον αυχένα, την πλάτη, την μέση, στα πόδια, πονοκεφάλους, ημικρανίες, κ.α..

Είναι γνωστό πως η μορφή του σώματος εκφράζει την λειτουργικότητά του.

Κακή στάση, επαναλαμβανόμενη κουραστική εργασία, ατυχήματα, κακό μυϊκό σύστημα, κ.α. μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στην διάταξη του σκελετού (σκολίωση, κύφωση, λόρδωση) και κατά συνέπεια διαταραχή στην λειτουργικότητα του σώματος.

Αυτές οι αλλαγές προκαλούν μηχανική επιβάρυνση πάνω στις κατασκευές που στηρίζουν τον σκελετό, κυρίως όμως στους μύες και τους συνδέσμους. Αποτέλεσμα αυτής της επιβάρυνσης είναι πόνος και περιορισμός της κίνησης. Με την ξεκούραση τα συμπτώματα υποχωρούν για να επανέλθουν μόλις επανέλθουμε στις καθημερινές δραστηριότητες. Στην συνέχεια ανάλογα με τον βαθμό της επιβάρυνσης επηρεάζονται τα νεύρα της περιοχής (νευραλγία, ισχιαλγία, οσφυαλγία, αυχενικό σύνδρομο, κ.α.) και σε

αρκετά προχωρημένο στάδιο δημιουργούνται μη αναστρέψιμες καταστάσεις όπως είναι οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις.

Η τεχνική **“Manual Therapy” (Θεραπεία δια των χειρών)**, είναι η θεραπευτική προσέγγιση όπου ο θεραπευτής με την χρησιμοποίηση των χειρών του προσπαθεί να εντοπίσει, να αναγνωρίσει και τελικά χρησιμοποιώντας το σώμα και την δύναμη του ίδιου του ασθενή σε συνδυασμό με **ήπιους χειρισμούς**, να αποκαταστήσει τις πάσχουσες περιοχές. **Έτσι αντιμετωπίζεται η αιτία του προβλήματος και όχι μία προσωρινή ανακούφιση των συμπτωμάτων.**

Αυτή ακριβώς η μεθοδολογία κατατάσσει αυτήν την τεχνική στις πλέον ασφαλείς θεραπευτικές μεθόδους με σχεδόν ανύπαρκτες επιπλοκές. Μέσα από την λεπτομερή κλινική αξιολόγηση του σώματος του ασθενή, εκτιμούμε την κατάσταση του, κατανοούμε τον μηχανισμό που έχει προκαλέσει τα προβλήματα και στην συνέχεια σχεδιάζουμε ένα ασφαλή θεραπευτικό πρόγραμμα.

Έτσι οι πάσχουσες περιοχές μπορούν να αναγνωρισθούν και να αποκατασταθούν πριν

προκαλέσουν μεγαλύτερη επιβάρυνση.

Βέβαια ο ασθενής πρέπει να διατηρήσει αυτό το ευεργετικό αποτέλεσμα. Για τον λόγο αυτό μαθαίνει ένα ειδικά προσαρμοσμένο στις ατομικές του ανάγκες πρόγραμμα ασκήσεων, με σκοπό την ισχυροποίηση των μυών, ενώ παράλληλα τον εκπαιδεύουμε στον σωστό τρόπο χρησιμοποίησης του σώματος στις καθημερινές δραστηριότητες.

Σε αρκετές όμως περιπτώσεις δεν αρκούν τα παραπάνω. Είναι ανάγκη να αναλύσουμε την συμμετρία των δυνάμεων που ασκούνται πάνω στο σώμα και είναι ικανές να προκαλέσουν εκ νέου αλλαγές στην διάταξη του σκελετού. Ένας ιδιαίτερα αποτελεσματικός τρόπος να το επιτύχουμε είναι μέσω της ανάλυσης της βάδισης.

Σύμφωνα με τον τρίτο νόμο του Νεύτωνα κάθε δύναμη αντιτάσσεται με μια ίδια δύναμη αντίθετης κατεύθυνσης. Κάθε αντικείμενο που στηρίζεται στο έδαφος παραμένει σταθερό όσο η γραμμή της Βαρύτητας (η κάθετη γραμμή της δύναμης που ξεκινάει από το Κ.Β.), παραμένει στην βάση στήριξης του. Αν μετακινηθεί έξω από αυτήν έχουμε δυο πιθανότητες. Είτε αυτόματα

θα αυτοδιορθωθεί ώστε να επανέλθει η γραμμή της βαρύτητας μέσα στην βάση στήριξης, είτε θα πέσει.

Ο Εγκέφαλος μέσω αισθητήρων που βρίσκονται σε διάφορα σημεία του σώματος δέχεται πληροφορίες για την θέση του στον χώρο και μέσω των κινητικών νεύρων προσαρμόζει την στάση του σώματος. Σε περίπτωση ασταθούς βάσης στήριξης (η γραμμή βαρύτητας έξω από την βάση στήριξης), τότε απαιτείται σημαντική μυϊκή προσπάθεια για την αποφυγή της πτώσης ή μετακίνηση της βάσης στήριξης, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της βάδισης.

Η ανάλυση της βάδισης μέσω του συστήματος COMEX, με την χρήση ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή και χιλιάδες αισθητήρες οι οποίοι καταγράφουν και αναλύουν τη βάδιση σε διαδιάστατες και τρισδιάστατες γραφικές παραστάσεις, καθιστούν αναγνωρίσιμες τις ανατομικές παραλλαγές και παθήσεις των κάτω άκρων, επιτρέποντας την πλήρη και συγκριτική ανάλυση της δομής του ποδιού, των σημείων πίεσης στο έδαφος, τις βιομηχανικές μεταβολές, καθώς και την κίνηση της γραμμής της βαρύτητας κατά την διάρκεια της βάδισης.

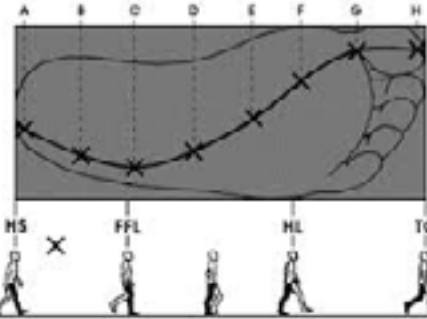
ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΤΗΣ ΔΥΝΑΜΗΣ ΤΗΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΒΑΔΙΣΗΣ

Κατά την διάρκεια της “φάσης στήριξης” στην βάδιση, το βάρος περνά πρώτα από τον αστράγαλο και στην συνέχεια δια μέσου των σταθερών οστών του άκρου πόδα στο έδαφος.

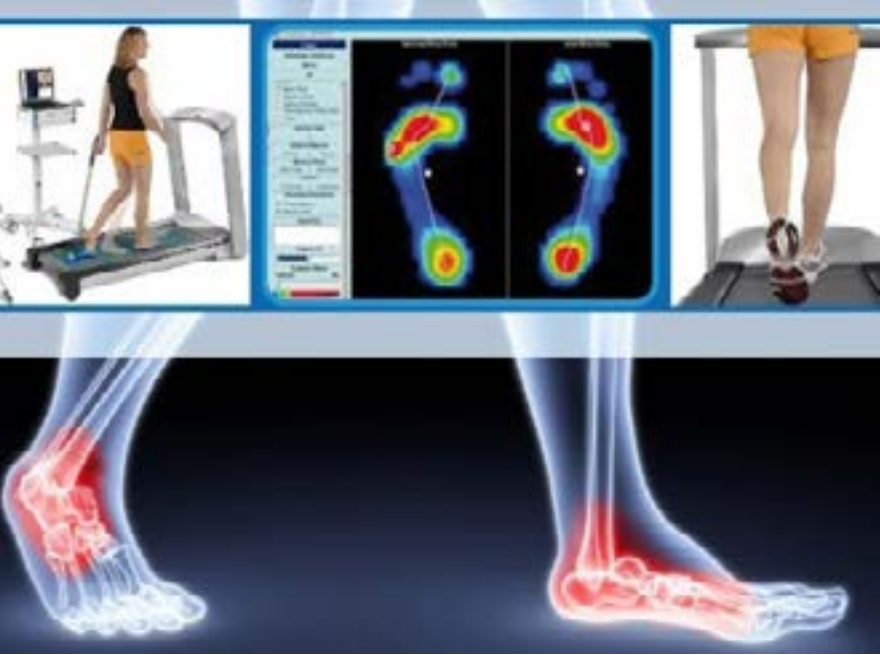
Πριν οποιοδήποτε οστό δεχτεί την δύναμη του βάρους, πρέπει αρχικά να είναι σταθερό σε σχέση με τα περισσότερο κεντρικά ευρισκόμενα οστά, και δευτερεύοντος με τα περισσότερο περιφερειακά, αλλά επίσης σταθερό σε σχέση με το έδαφος. Ένα ασταθές οστό δεν μπορεί να στηρίξει την δύναμη της βαρύτητας, γιατί μόλις την δεχθεί θα μετακινηθεί. Η μεταφορά των δυνάμεων, μέσα από τον άκρο πόδα, οποιαδήποτε χρονική στιγμή της φάσης στήριξης, επιτυγχάνεται μόνο μέσα από οστά που σχηματίζουν μια σταθερή βάση στήριξης στο έδαφος.

Η μέση κατεύθυνση των δυνάμεων που ασκούνται κατά την διάρκεια της φάσης στήριξης, δια μέσου του πέλματος στο έδαφος μπορούν χρονικά να σχεδιαστούν.

Η γραφική παράσταση που σχηματίζεται ονομάζεται ΚΑΜΠΥΛΗ ΔΥΝΑΜΗΣ (γραμμή της βάδισης). Αυτή η καμπύλη εκπροσωπεί την κατεύθυνση της μεταφοράς του βάρους στην διάρκεια της βάδισης.



Σε φυσιολογικές συνθήκες, η Καμπύλη της



Δύναμης έχει τρεις συνιστώσες. Την καμπύλη του Πρηνισμού (από το Α έως το Ε), την καμπύλη του Υπτιασμού (από το Ε έως το F) και την γραμμή της “φάσης προώθησης” (από το G έως το H). Από το σημείο F- G η φτέρνα σηκώνεται γυρίζοντας τον πρόσθιο πόδα, ώστε να δώσει ώθηση από την κεφαλή του 5ου μεταταρσίου στο πρώτο. Έτσι η κίνηση από το F στο G είναι ο υπτιασμός και ο πρηνισμός του πρόσθιου πόδα.

Το βάρος αρχικά ασκείται στην έξω επιφάνεια της φτέρνας, επειδή ο άκρος πόδας βρίσκεται σε ελαφριά θέση υπτιασμού καθώς έρχεται σε επαφή με το έδαφος. Στην συνέχεια αρχίζει άμεσα τον πρηνισμό και σε φυσιολογικές συνθήκες ο πρηνισμός συνεχίζεται μέχρι περίπου το 22% της φάσης στήριξης.

Τότε το βάρος ασκείται στην μεσαία επιφάνεια της φτέρνας, εν συνεχεία στην κεφαλή του 5ου μεταταρσίου, ενώ τέλος ο πρόσθιος πόδας φορτίζεται από την έξω προς την έσω κατεύθυνση. Η αποφόρτιση γίνεται πρώτα στην φτέρνα, μετά στα μετατάρσια, στη συνέχεια τα δάκτυλα αποφορτίζονται από τα έξω προς τα μέσα, ενώ ο μεγάλος δάκτυλος είναι ο τελευταίος.

Με τον πρηνισμό το βάρος ασκείται στην εσωτερική πλευρά του άκρου πόδα, ενώ με τον υπτιασμό στην εξωτερική πλευρά. Η γραμμή Α-Β αντιπροσωπεύει την εξωτερική πίεση που προκαλεί το βάρος στην ύπτια θέση του άκρου πόδα στην φάση “κτύπημα της φτέρνας”. Με τον πρηνισμό το βάρος στρέφεται προς τα μέσα σε ένα κύρτωμα (γραμμή Β-Ε). Ο υπτιασμός του άκρου πόδα στην φάση προώθησης αντιστρέφει την πίεση του βάρους (καμπύλη Ε-Γ), ενώ τελικά το βάρος κατευθύνεται στον μακρύ άξονα του μεγάλου δακτύλου.

Τα προηγούμενα αποτελούν τμήμα των πληροφοριών που συλλέγονται από την ανάλυση της βάδισης με το σύστημα COMEX

Οι πληροφορίες αξιολογούνται από το πρόγραμμα του ηλεκτρονικού υπολογιστή και αν κριθεί απαραίτητο, ο ασθενής εφαρμόζει ειδικά κατασκευασμένα (για αυτόν και

μόνον αυτόν) πέλματα στα υποδήματα του.

Έτσι επιτυγχάνουμε:

1. Εξισορρόπηση των δυνάμεων που ασκούνται στο σώμα κατά την διάρκεια της βάδισης.
2. Καλύτερη απόσβεση των κραδασμών.
3. Πρόληψη της μηχανικής επιβάρυνσης στο σώμα, που προκαλείται μέσα από τις καθημερινές δραστηριότητες.
4. Ελάττωση της μυϊκής κόυρασης.

Η επανεκτίμηση της κατάστασης σε τακτά χρονικά διαστήματα βοηθάει στον αποτελεσματικό έλεγχο της λειτουργικότητας του σώματος. Θα πρέπει να αναφέρονται όλες οι αλλαγές που αισθάνεστε, τόσο κατά την διάρκεια της θεραπείας, όσο και στις καθημερινές δραστηριότητες σας. Αυτές οι πληροφορίες αποτελούν σημαντική βοήθεια για τον θεραπευτή σας, ώστε να λαμβάνει πάντοτε τις καλύτερες αποφάσεις για την μελλοντική σας φροντίδα.

Οι παράγοντες που προκαλούν παρεκκλίσεις από τον φυσιολογικό τύπο βαδίσματος είναι:

- 1 - Πόνος ή δυσφορία κατά την διάρκεια της φάσης φόρτισης.
- 2 - Μυϊκή αδυναμία.
- 3 - Λόγω παθολογικών καταστάσεων (αρθρίτις, οστεοαρθρίτις γονάτων, ισχιών ή σπονδυλικής στήλης, χειρουργικές επεμβάσεις, κ.α.)
- 4 - Λόγω νευρολογικών παθήσεων, όπως σπαστική εγκεφαλική παράλυση, ημιπληγία, σύνδρομο Parkinson, κ.α.
- 5 - Παραμορφώσεις οστών ή μαλακών μορίων, όπως είναι η βράχυνση των οστών μετά από κάταγμα, πλατυποδία, πτώση μεταταρσίων, χονδρομαλάκυνση επιγονατίδας, σύνδρομο Morton, συγγενείς ανωμαλίες (σκολίωση), ουλώδης ιστός απο βαρύ έγκαυμα κ.α.
- 6 - Νευραλγίες, κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου, ισχιαλγία, οσφυαλγία, πόνος στην πλάτη.

ΜΠΟΡΟΥΝ ΟΙ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΟΥ ΚΑΙΡΟΥ ΝΑ ΕΠΗΡΕΑΣΟΥΝ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΣΤΙΣ ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ;

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**



Έχετε αναρωτηθεί γιατί συμβαίνει αυτό;

Μπορούν οι μεταβολές του καιρού να επηρεάσουν τον πόνο στις αρθρώσεις; Ναι θα απαντήσουν οι περισσότεροι από εκείνους που υποφέρουν από αρθρίτιδα. Ακόμη και ο Ιπποκράτης το 400 πχ είχε παρατηρήσει ότι πολλές παθήσεις σχετιζονταν με τις αλλαγές της εποχής.

Δισκοπάθεια, εκφυλισμένοι δίσκοι, σπονδυλική στένωση, αρθρίτιδα, αυχενικό σύνδρομο, είναι μερικές από τις παθήσεις που έχουν ως αποτέλεσμα τον περιορισμό στην λειτουργικότητα της πάσχουσας περιοχής, γεγονός που με προϋποθέσεις μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία φλεγμονής και οιδήματος. Αύξηση δηλαδή της ποσότητας των υγρών που περιβάλλουν τους ιστούς. Όταν επιπλέον υγρό συσσωρεύεται στη περιοχή, τότε μπορεί να “ενοχληθούν” ευαίσθητοι ιστοί, όπως είναι για παράδειγμα οι νευρικές ρίζες στη σπονδυλική στήλη ή οι αισθητικοί νευρώνες στα μαλακά μόρια γύρω από τις αρθρώσεις και να προκληθεί πόνος.

Το ανθρώπινο σώμα λειτουργεί περίπου ως ένα ημίκλειστο υδραυλικό σύστημα. Αυτό σημαίνει ότι αν αυξηθεί η εξωτερική πίεση που δέχεται το σώμα, αυτή η αύξηση μεταφέρεται παντού μέσα στο σώμα. Για να το καταλάβουμε αρκεί να σκεφτούμε ένα μπαλόνι γεμάτο νερό. Αν το πιέσουμε οπουδήποτε, αυτή η πίεση μεταφέρεται ομοιόμορφα παντού. Όταν λοιπόν μεταβληθεί η πίεση έξω από το σώμα, λόγω μεταβολής της βαρομετρικής πίεσης (η πίεση που ασκεί ο αέρας στο περιβάλλον), τότε θα υπάρξει και μεταβολή της πίεσης στα υγρά γύρω από τους ευαίσθητους στη πίεση ιστούς με αποτέλεσμα την αυξομειωση του πόνου. Η χαμηλή βαρομετρική πίεση γενικά συνδέεται με το κρύο, τον υγρό καιρό και την αύξηση του πόνου. Ο καθαρός και ξηρός καιρός συνδέεται

με υψηλό βαρομετρικό και μείωση του πόνου. Στην πρώτη περίπτωση έχουμε αύξηση του οιδήματος λόγω μειωμένης εξωτερικής πίεσης, ενώ στη δεύτερη μείωση του οιδήματος, λόγω αύξησης της εξωτερικής πίεσης.

Αυτός ο συσχετισμός στη μεταβολή του καιρού με την μεταβολή του πόνου, ακόμα χαρακτηρίζεται εμπειρικός, καθώς δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες για να το στοιχειοθετήσουν. Μάλιστα υπάρχουν εκείνοι που το αμφισβητούν χαρακτηρίζοντας την αύξηση του πόνου ‘ψυχοσωματική’. Κατά τη γνώμη μου αυτές οι απόψεις δεν βοηθούν και πολύ εκείνους που υποφέρουν. Μελέτες πάντως έχουν επιβεβαιώσει το γεγονός ότι εκείνοι οι ασθενείς με εκφυλιστικές παθήσεις, που ζουν σε ζεστό κλίμα, υποφέρουν λιγότερο από εκείνους τους ασθενείς με τις ίδιες παθήσεις, που ζουν σε κρύο και υγρό κλίμα. Βέβαια αυτό από μόνο του δεν αποτελεί και λόγο για αλλαγή τόπου κατοικίας, καθώς αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

Η ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων αυτού του φαινομένου απαιτεί την βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας του σώματος με αποτέλεσμα την αποσυμπίεση των ευαίσθητων ιστών, όπως είναι οι νευρικές ρίζες. Αυτό επιτυγχάνεται με εξειδικευμένες τεχνικές όπως είναι η ‘Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης – Manual Therapy’.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Affleck G, Pfeiffer C, Tennen H, Fifield J. Attributional processes in rheumatoid arthritis patients. Arthritis Rheum 1987; 30:927–931.

Anderson B, Heyman A, Whalen RE, Saltzman H A. Mi-graine-like phenomena after decompression from hyperbaric environment. Neurology 1965; 15:1035–1040.

Besson JM, Chaouch H. Peripheral and spinal mechanisms of pain. Phys Rev 1987; 67:67–184.

Brown BB. Stress and the Art of Biofeedback. New York: Ban-tam Books, 1977.

Guedj D, Weinberger, A. Effect of weather conditions on rheu-matic patients. Ann Rhem Dis 1990; 49:158–159.

Hagglund KJ, Deuser WE, Buckelew SP, Hewett J, Kay DR. Weather, beliefs about weather, and disease severity among patients with fibromyalgia. Arthritis Care Res 1994; 130–135.

Harlfinger O. [Weather-induced effects on pain perception.] Fortschr Med 1991; 109:647–650.

Hendler NH, Jamison RN, Morrison CH, Piper JK, Kahn, Z. The relationship of diagnoses and weather sensitivity in chronic pain patients. Neuromuscul Sys 1995; 3:10–15.

Hill DF. Climate and arthritis in arthritis and allied conditions. In: Hollander JL, McCarthy DC (Eds), A Textbook of Rheumatology, 8th ed., Philadelphia: Lea and Febinger, 1972, pp 256–263.

Hollander JL. The controlled-climate chamber for study of the effects of meteorological changes on human diseases. Trans NY

Acad Sci 1961; 24:167–172.

Jamison RN, Parris WCV. Weather patterns affect chronic pain: myth or reality? Pain 1990; 5(Suppl.):S292.

Jamison RN, Anderson KO, Slater MA. Weather changes and pain: perceived influence of local climate on pain complaint in chronic pain patients. Pain 1995; 61:309–315.

Katz JL, Weiner H. Psychobiological variables in the onset and recurrence of gouty arthritis: a chronic disease model. J Chronic Dis 1975; 28:51–62.

Kranzl B. [Trigeminal neuralgia: effect of external and internal influences on the disease as well as studies on infiltration treat-ment of pain.] Osterr Z Stomatol 1977; 74:246–261.

Laborde JM, Dando WA, Powers MJ. Influence of weather on osteoarthritis. Soc Sci Med, 1986; 23:549–554.

Latman N, Levi LN. Rheumatoid arthritis and climate. N Engl J Med 1980; 303:1178.

Menges LJ. Chronic low back pain: a medical-psychological re-port. Soc Sci Med 1983; 17:747–753.

Patberg WR. Effect of temperature and humidity on daily pain score in a patient with rheumatoid arthritis. Arthr Rheum 1989; 32:1627–1629.

Patberg WR, Nienhuis RLF, Veringa F. Relation between mete-oro-logical factors and pain in rheumatoid arthritis in a marine climate. J Rheumatol 1985; 12:711–715.

Persinger MA. The Weather Matrix and Human Behavior. New York: Praeger, 1980.

Rasker JJ, Peters HJG, Boon DL. Influence of weather on stiff-ness and force in patients with rheumatoid arthritis. Scand J Rheumatol 1986; 15:27–36.

Redwood AM, Williams EM, Desal P, Serjeant GR. Climate and painful crisis of sickle-cell disease in Jamaica. Br Med J 1976; 1:66–68.

Romano JM, Turner JA. Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship? Psychol Bull 1985; 97:18–34.

Rosen S. Weathering. NewYork: M. Evans, 1979.

Shutty MS, Cunduff G, DeGood DE. Pain complaint and the weather: weather sensitivity and symptom complaints in chronic pain patients. Pain 1992; 49:199–204.

Sibley JT. Weather and arthritis symptoms. J Rheumatol 1985; 12:707–710.

Slovic CM, Talley JD, Pitts RB. Nonrelationship of climatologic factors and pain sickle cell anemia crisis. J Chronic Dis 1986; 39:121–126.

Sulman FG. The impact of weather on human health. Rev Envi-ron Health 1984; 4:83–119.

Sulman FG, Danon A, Pfeifer Y, Tal E, Weller CP. Urinalysis of patients suffering from climatic heat stress. Int J Biometeorol 1970; 14:45–53.

van de Laar MA, Bernelot Moens HJ, van der Stadt RJ, van der Korst JK. Assessment of inflammatory joint activity in rheuma-toid arthritis in atmospheric conditions. Clin Rheumatol 1991; 10:426–433.

Weinbrech WU, Simon F. [Effect of meteorologic parameters on acute admission of patients with lumbar intervertebral disk dis-placement.] Z Orthop 1989; 127:650.

Yunus M, Masi AT, Calabro JJ, Miller KA, Feigenbaum SL. Pri-mary fibromyalgia: clinical study of 50 patients with matched normal controls. Semin Arthritis Rheum 1981; 11:151–171.” 1385

ΨΗΛΟΤΑΚΟΥΝΑ ΠΑΠΟΥΤΣΙΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**

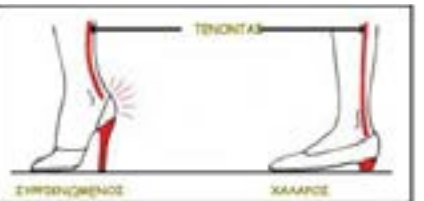
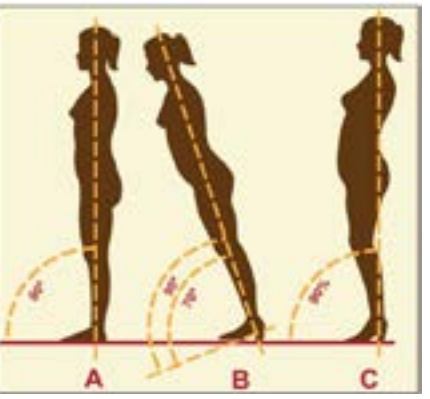
Για πάνω από έναν αιώνα, οι βιομηχανικές επιδράσεις των τακουινιών, από τα αθλητικά παπούτσια έως τις γόβες στιλέτο, έχουν προβληματίσει τους ερευνητές και έχουν πυροδοτήσει διαμάχες.

Όταν στεκόμαστε όρθιοι, η ευθεία κάθετη γραμμή του κέντρου βάρους (κβ), σχηματίζει γωνία 90ο με το πάτωμα (εικόνα 1 Α). Με τακούνι 2 ιντσών (θεωρώντας το σώμα άκαμπτη στήλη) αυτό ωθείτε σε πρόσθια κλίση, οπότε η γωνία μειώνεται περίπου στις 70ο , ενώ με 3 ίντσες η γωνία μειώνεται σε 55ο περίπου (εικόνα 1 Β). Έτσι για να διατηρήσει το σώμα την όρθια στάση και την ισορροπία του, απαιτείται μια σειρά από αρθρικές προσαρμογές (αστράγαλοι, γόνατα, ισχία, σπονδυλική στήλη, κεφάλι), (εικόνα 1 C).

Η κλίση της φτέρνας , από πίσω προς τα εμπρός, ονομάζεται “**σφηνοειδής γωνία της φτέρνας**”. Όσο υψηλότερο είναι το τακούνι, τόσο μεγαλύτερη είναι η γωνία. Το κάτω μέρος της φτέρνας είναι σε ένα επίπεδο 180ο , όπου το σωματικό βάρος κατανέμεται ισομερώς μεταξύ φτέρνας και πρόσθιας επιφάνειας του πέλματος. Με ψηλοτάκουνα παπούτσια , η σφηνοειδής γωνία μετατοπίζει το βάρος του σώματος προς τα εμπρός, έτσι ώστε με χαμηλό τακούνι, το σωματικό βάρος μοιράζεται 40% φτέρνα 60% πρόσθια επιφάνεια, ενώ με ψηλό τακούνι 90% στη πρόσθια επιφάνεια 10% στη φτέρνα.

ΨΗΛΟΤΑΚΟΥΝΑ ΠΑΠΟΥΤΣΙΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ

Υπό αυτές τις συνθήκες η ακολουθία του βαδίσματος δεν είναι πλέον “φτέρνα - πατούσα - δάκτυλα - ώθηση δακτύλων -> σηκώνεται το πόδι”, όπως συμβαίνει όταν τα πόδια είναι γυμνά. Με τακούνι δύο ή περισσότερων εκατοστών, ένα μικρό μόνο βάρος υποβαστάζεται από τη φτέρνα, με αποτέλεσμα η φάση “ώθηση



των δακτύλων” να προκαλείται σχεδόν αποκλειστικά από τη πρόσθια επιφάνεια των δακτύλων (εικόνα 2). Σε αυτή την αναγκαστική προσαρμογή, οστά, σύνδεσμοι, αρθρώσεις, μύες και τένοντες από το κεφάλι έως τα πόδια θα πρέπει άμεσα να διαφοροποιήσουν τη θέση τους. Αν αυτή η προσαρμογή παραμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα, από συνήθεια χρήσης ψηλοτάκουνων υποδημάτων, η τάση που αναπτύσσεται γίνεται χρόνια, προκαλώντας ή συνεισφέροντας στα αντισταθμιστικά πατέντα τάσης που κυριαρχούν πάνω στη κινητική αλυσίδα.

Στη πρόσφατη έκδοση του περιοδικού “**The Journal of Injury, Function and Reha-bilitation**”, αναφέρεται μελέτη που έκανε μια ερευνητική ομάδα, συγκρίνοντας τις επιδράσεις πάνω στα γόνατα, ισχία και τις ποδοκνημικές αρθρώσεις κατά τη διάρκεια του τρέξιματος χωρίς παπούτσια σε σύγκριση με το τρέξιμο χρησιμοποιώντας μοντέρνα αθλητικά παπούτσια σε 68 ενήλικους δρομείς χωρίς προηγούμενο ιστορικό μυοσκελετικών προβλημάτων.

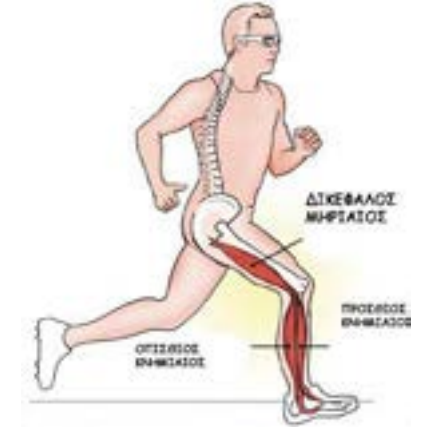
Χρησιμοποιώντας τεχνικές **Manual Ther-apy**, όπως είναι η κινητοποίηση (**mobi-lization**) της ποδοκνημικής άρθρωσης και **ανατάξεις**, επιτυγχάνουμε προσωρινή μόνο ανακούφιση από τα συμπτώματα που προκαλούνται λόγω της τάσης που αναπτύσσεται κατά τη διάρκεια της βάδισης. Μακροχρόνια αποτελέσματα επιτυγχάνονται μόνο αν το πρόγραμμα συμπληρώσουν εξειδικευμένες ασκήσεις **ιδιοδεκτικότητας** (μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή) παράλληλα με την **επανεκπαίδευση στη φυσιολογική βάδιση**. Αυτό συμβαίνει γιατί η “φυσιολογική” βάδιση είναι βιομηχανικά αδύνατη για κάθε άτομο που φορά παπούτσια. Επίσης μετά το τέλος του προγράμματος αποκατάστασης επιβάλλεται η ανάλυση της βάδισης μέσω



πελματογραφήματος. Ανάλογα με τα ευρήματα ο ασθενής θα χρησιμοποιήσει ορθωτικά, κατασκευασμένα για τις ατομικές του ανάγκες.

Τα παπούτσια ανυψώνουν τη φτέρνα, ‘κονταίνουν’ τον Αχιλλέιο τένοντα, αυξάνουν τον μυϊκό τόνο στον γαστροκνήμιο μυ και μερικές φορές οδηγούν σε παθολογικές καταστάσεις όπως είναι το σύνδρομο της Πελματιαίας Απνεύρωσης και πόνος στη φτέρνα.

Τα παπούτσια με τακούνι ‘κλέβουν’ αρκετή από την προωστική δύναμη αντιβαρύτητας του σώματος, αδυνατίζοντας την περιτονία και τους μύες του ποδιού. Αποτέλεσμα αυτού δεν είναι μόνο η επιπλέον επιβάρυνση που δέχονται για να επιτύχουν την απαιτούμενη προώθηση, αλλά ότι απαιτείται να ‘δανειστούν’ δύναμη από αλλού (γόνατα, μύες του μηρού, ισχία και κορμό). Οι τένοντες, οι σύνδεσμοι και οι μύες είναι ζωτικοί στη προώθηση του βήματος και στην αντοχή της βάδισης, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει την κυρίαρχη παρουσία μαραθωνοδρόμων από έθνη που συνθίζεται να περπατούν ξυπόλητοι από την νηπιακή ηλικία μέχρι την ενηλικίωση.





ΨΥΧΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΑΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΜΑΣΤΟΥ

Άρθρο της **ΕΛΛΗ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑ, MSc**
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Ο καρκίνος του μαστού είναι γνωστό ότι αποτελεί έναν από τους πιο συχνούς τύπους καρκίνου που προσβάλλουν τις γυναίκες. Επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι 1 στις 10 έως 1 στις 14 γυναίκες πιθανότατα θα αναπτύξει καρκίνο στο μαστό κατά την διάρκεια της ζωής της.

Όπως όλες οι ασθένειες έχει σωματικές αλλά και ψυχολογικές επιπτώσεις για την ασθενή. Ο καρκίνος του μαστού, ωστόσο, παρουσιάζει μερικές ιδιαιτερότητες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική του διάσταση. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της. Τμήματος που συνδέεται με ιδιαίτερα σημαντικούς συμβολισμούς της ύπαρξής της, όπως είναι η μητρότητα και η ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς ο καρκίνος του μαστού, αρκετά συχνά, εμφανίζεται σε ηλικία που και άλλοι παράγοντες (εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση κ.ά.) επιδρούν αρνητικά

στην αυτοπεποίθηση αλλά και την αίσθηση - αντίληψη που η ίδια η γυναίκα έχει για την θηλυκότητά της.

Έχουν γίνει πολλές μελέτες οι οποίες αφορούν στις ψυχολογικές επιπτώσεις της ασθένειας. Ξεκινώντας από τη διάγνωση και την ανακοίνωση της ασθένειας στην ασθενή, παρατηρούμε ότι οι αντιδράσεις ποικίλλουν, γεγονός που εξαρτάται από το νόημα που η εκάστοτε ασθενής αποδίδει σε αυτή. Συχνότερα, οι πρώτες αντιδράσεις είναι το συναισθηματικό μούδιασμα, το σοκ, η δυσπιστία γι' αυτό που μόλις τους ανακοινώθηκε ότι τους συμβαίνει, ενώ οι πιο συχνές εκφράσεις που ακούγονται από τις ίδιες τις γυναίκες είναι: "γκρεμίστηκε ο κόσμος μου", "έβλεπα τον γιατρό να μου μιλά, αλλά δεν τον άκουγα."

Την πρώτη αυτή αντίδραση διαδέχεται, συνήθως, το έντονο άγχος λόγω της απειλής αλλαγής του τρόπου ζωής ή αλλαγής της εικόνας του σώματος, ο θυμός για την άδικη

αυτή επίθεση εναντίον του εαυτού, η ενοχή εξαιτίας της ανάγκης απόδοσης ευθυνών και βέβαια η έντονη θλίψη για την απώλεια και το πένθος. Ξαφνικά, λοιπόν, η γυναίκα έρχεται αντιμέτωπη με ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο γεγονός που αλλάζει τη ζωής της, αλλάζει την όνα του σώματός της και απειλεί τη γυναικεία της φύση.



επεμβάσεις, ή η προοπτική της πλαστικής αποκατάστασης βοηθούν τη διατήρηση του μαστού, η ψυχολογική προσαρμογή, η καλύτερη εικόνα του σώματος και η σεξουαλική διάθεση, δεν είναι πάντα εφικτές (Pockaj et al., 2009. Stayrou et al., 2009). Έτσι, φαίνεται πως η ίδια η διάγνωση πολλές φορές είναι πιο σημαντική από το είδος της επέμβασης.

Η διάγνωση ακολουθείται από την αποδοχή της ασθένειας. Αφήνοντας το αρχικό σοκ πίσω, και σε συνεργασία με το γιατρό, η γυναίκα προχωρά στο σχεδιασμό της θεραπείας και την εύρεση της καλύτερης δυνατής λύσης για την δική της περίπτωση (εγχείρηση, χημιοθεραπεία, ακτινοθεραπεία). Η διαδικασία της θεραπείας είναι αρκετά επίπονη, όχι μόνο σωματικά αλλά και ψυχικά, είτε απαιτηθεί επέμβαση είτε όχι.

*οι γυναίκες με καρκίνο του
μαστού αντιλαμβάνονται
το χτύπημα της αρρώστιας
ως φυσικό ακόλουθο της
πρότερης ζωής τους.*

Ο πόνος είναι κάτι υπαρκτό, αλλά μπορούμε να βοηθήσουμε τη γυναίκα. Να την βοηθήσουμε είτε μαθαίνοντάς της τεχνικές χαλάρωσης και στρατηγικές διαχείρισης του άγχους της, είτε ακούγοντάς τη να μιλά για όλα τα άγχη και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει σε αυτή τη φάση της ζωής της. Φαντάζει αρκετά απλοϊκό, αλλά αυτή ίσως να είναι και η καλύτερη δυνατή στήριξη που μπορούμε να προσφέρουμε στις συγκεκριμένες ασθενείς ως θεραπευτές, φίλοι, ή συγγενείς. Ο φόβος για το χειρουργείο, το άγχος για τα μαλλιά που πιθανόν πέσουν και στην

πορεία η πραγματική απώλεια των μαλλιών, η σωματική δυσφορία με τις θεραπείες, η κόπωση από τη θεραπεία, η εμπλοκή με νοσοκομεία, γιατρούς και ασφαλιστικούς φορείς είναι μερικά από την πραγματικότητά τους αυτή την περίοδο. Και είναι γεγονός ότι έχουν ανάγκη να τους δίνουμε χώρο, χρόνο και ασφάλεια να μιλούν ανοικτά για όλα αυτά, γιατί αυτό και τις βοηθά και τις αποφορτίζει.

Μετά την επώδυνη διαδικασία της θεραπείας, καλό είναι η γυναίκα να βοηθηθεί, ώστε να συνειδητοποιήσει και να συμφιλιωθεί με τη νέα εικόνα του σώματός της. Το γυναικείο στήθος ταυτίζεται με τη θηλυκότητα και είναι βασικό στοιχείο της γυναικείας ταυτότητας. Από αρχαιότατων χρόνων το στήθος σημαίνει τροφή, εργωτισμός, ζωή. Είναι ένα σύμβολο, όμως δεν είναι ολόκληρη η γυναίκα. Μία γυναίκα μπορεί να παραμένει γυναίκα, ερωτική και ζωοφόρος και με ένα στήθος ή χωρίς στήθος. Το ότι αλλάζει ή χάνεται ένα σημείο του σώματος δε σημαίνει πως χάνεται η ταυτότητα, η προσωπικότητα, η ζωή. Η γυναίκα με καρκίνο του μαστού έχει την ανάγκη να προχωρήσει για αυτή την απώλεια και να προχωρήσει παρακάτω. Μπορεί να επιλέξει την αποκατάσταση του στήθους, μπορεί και όχι. Όποια και αν είναι η απόφασή της, τη στηρίζουμε ώστε να αποκτήσει μια υγιή σχέση με το σώμα και τον εαυτό της.

Καλό είναι να λάβει την κατάλληλη υποστήριξη και ενίσχυση, ώστε να βρει νόημα σε αυτό που της συνέβη. Είναι εντυπωσιακό πως, ως επί το πλείστον, οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού αντιλαμβάνονται το χτύπημα της αρρώστιας ως φυσικό ακόλουθο της πρότερης ζωής τους. Πολλές γυναίκες μιλούν για έντονες δυσκολίες στη ζωή τους, για καταπιεσμένα συναισθήματα και επιθυμίες, για ικανοποίηση των αναγκών των γύρω τους και όχι των δικών τους. Συνειδητοποιούν ότι παραμέλησαν τον εαυτό τους. Έδεκαπέντε χρόνια πριν ήξερα ότι θα με χτυπήσει ο καρκίνος, χωρίς να υπάρχει ιστορικό ή κάποιο δείγμα για αυτό. Απλά ήξερα ότι όσα ζούσα κάπου θα ξεσπούσαν μια μέρα. Είναι σημαντικό για τη γυναίκα να δώσει νόημα στην εμπειρία της, γιατί αυτό θα της δώσει

κίνητρο να προχωρήσει παραπέρα, να μην τα παρατήσει, να αλλάξει. Τα αίτια του καρκίνου, άλλωστε, δεν είναι γνωστά και σίγουρα δεν φταίει το άτομο που ασθενεί για ό,τι του συνέβη. Αυτό ακριβώς θα πρέπει να βοηθήσουμε τη γυναίκα με καρκίνο του μαστού να το «δει» και να την απενοχοποιήσουμε.

Έχοντας περάσει η γυναίκα τα προηγούμενα στάδια, θα νιώσει την ανάγκη να επαναπροσδιοριστεί και να επαναπροσδιορίσει. Η ζωή της αποκτά νέα οπτική, ενδυναμώνεται, νιώθει δυνατή και έτοιμη να κάνει αλλαγές. Ζει πια για τον εαυτό της και αρχίζει να ικανοποιεί τις δικές τις ανάγκες. Μετά τον καρκίνο άρχισα να ζω', ακούμε συχνά. Ο καρκίνος είναι για κάποιες γυναίκες μια ευκαιρία να μάθουν να ζουν αλλιώς, να αγαπάνε τον εαυτό τους. 'Μετά τον καρκίνο σταμάτησα να ανησυχώ για πράγματα ασήμαντα', 'Μετά τον καρκίνο έβαλα όρια στους άλλους και είπα θα ζήσω για μένα'.

Η στήριξη, συνεπώς, από το περιβάλλον του ασθενούς είναι εξαιρετικά σημαντική. Δεν πρέπει να αρκούμαστε στο κλασικό 'όλα θα πάνε καλά', γιατί με αυτό τον τρόπο δεν ανταποκρινόμαστε στις ανάγκες του. Το ζητούμενο είναι να βρίσκουμε το κουράγιο ως φίλοι, σύζυγοι, παιδιά, ή γονείς να στεκόμαστε ουσιαστικά δίπλα στο άτομο το οποίο νοσεί, επιτρέποντάς του να εκφράζεται και να συζητά μαζί μας όσα εκείνο έχει ανάγκη.

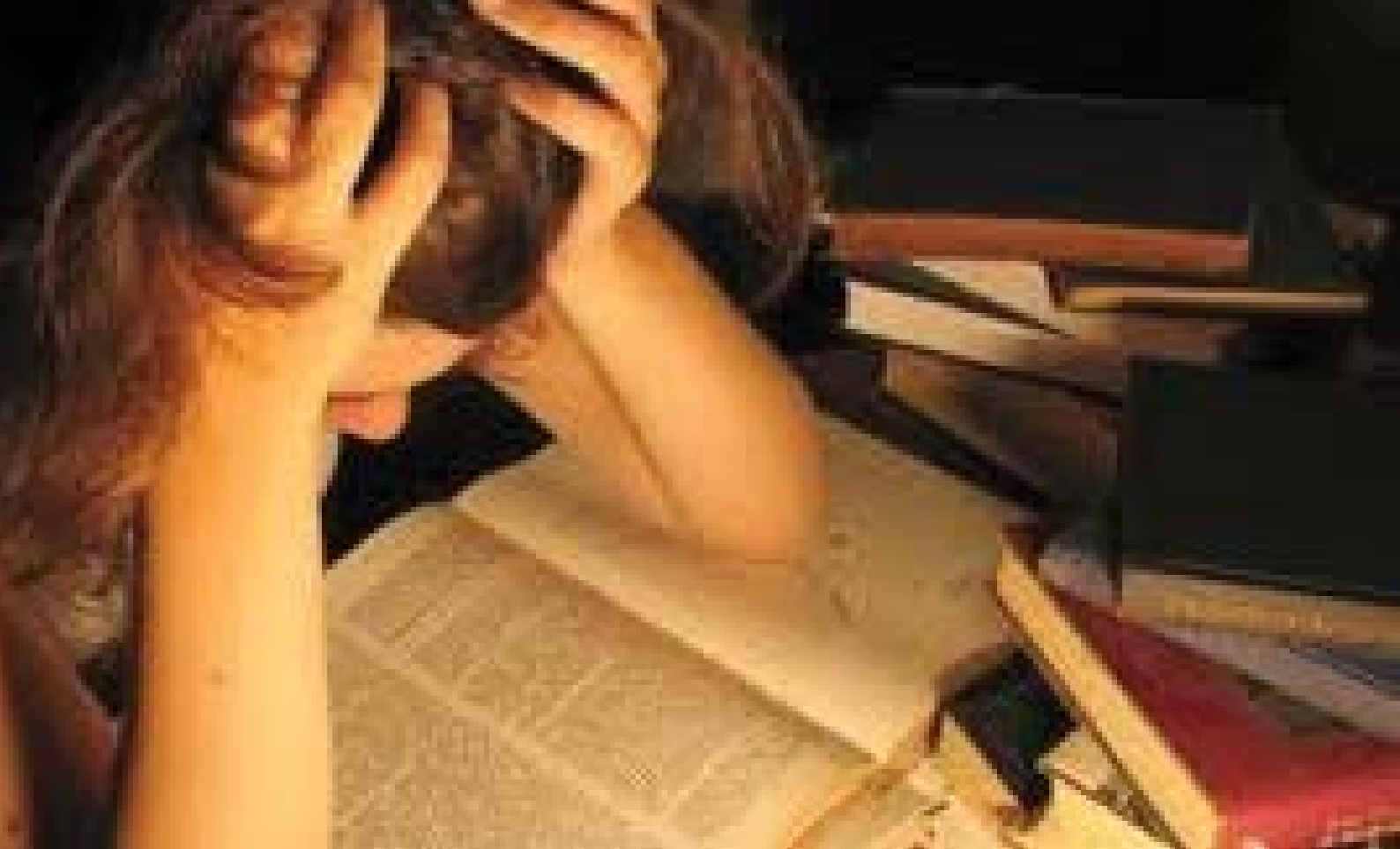
Άλλες πηγές:

www.WomanityMag.com

www.stress.gr

www.newsplus.gr/sthles//PSyxologiki_ypostiriksi_se_gynaikes_me_karkino_mas-toy_/?n=168459





Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Άρθρο της **ΕΛΛΗ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑ, MSc**

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

"Σε λίγες μέρες αρχίζουν οι εξετάσεις και έχω πολύ άγχος", λέει μαθήτρια της Γ' Λυκείου. "Όσο περνάει ο καιρός, νιώθω ότι το άγχος μου θα είναι τόσο μεγάλο που δεν θα καταφέρω τίποτα και σκέφτομαι ότι δεν θα πάω να γράψω. Οι γονείς μου με πιέζουν. Μου λένε ότι πρέπει να διαβάζω περισσότερο, ότι έχω ικανότητες και ότι μπορώ να κάνω πολλά περισσότερα από αυτά που καταφέρνω ως τώρα. Εγώ, όμως, αγχώνομαι περισσότερο και δεν μπορώ να το ελέγξω".

Καθώς πλησιάζει η εποχή των εξετάσεων και ιδιαίτερα των πανελλαδικών, τόσο οι γονείς αλλά πολύ περισσότερο οι μαθητές νιώθουν το άγχος να τους κατακλύζει. Το μεγαλύτερο μέρος της ανησυχίας των γονέων εστιάζεται στο άγχος που καταλαμβάνει τα παιδιά τους και στο πώς εκείνοι μπορούν να τα βοηθήσουν σε αυτή την κρίσιμη περίοδο.

Πριν απ' όλα πρέπει να ξεκαθαρίσουμε ότι το άγχος, μέχρι κάποιο βαθμό, είναι φυσιολογικό και δημιουργικό. Μας κινητοποιεί σε δύσκολες και προκλητικές φάσεις της ζωής μας, ωθώντας μας να καταβάλουμε το μέγιστο των προσπαθειών μας, προκειμένου να επιτύχουμε τον στόχο μας. Υπάρχει, όμως, και η άλλη όψη του νομίσματος.

Σε αυτή την περίπτωση το άγχος μπορεί να φέρει καταστροφικά αποτελέσματα, εντελώς αντίθετα από τα επιδιωκόμενα, δημιουργώντας στο άτομο τόσο ψυχικά όσο και σωματικά προβλήματα. Συνεπώς, είναι σημαντικό να μπορούμε να αναγνωρίζουμε πότε το άγχος μας ξεπερνά τα επίπεδα στα οποία μπορεί να είναι εποικοδομητικό - βοηθητικό.


**KEEP
CALM
AND
DON'T
STRESS**

Οδηγίες για τον έλεγχο του άγχους

Διατροφή:

Τρώτε υγιεινά, συχνά μικρά γεύματα, ώστε να ελέγχετε το επίπεδο σακχάρου στο αίμα. Όταν μεσολαβεί μεγάλο χρονικό διάστημα μεταξύ των γευμάτων, προκαλείται αιχμή της ορμόνης ινσουλίνης (ορμόνη που ελέγχει το πόσο γρήγορα το σάκχαρο εισέρχεται στη κυκλοφορία του αίματος μετά το γεύμα). Οι μεγάλες διακυμάνσεις στη ποσότητα ινσουλίνης που παρατηρούνται όταν μεσολαβεί μεγάλο χρονικό διάστημα μεταξύ των γευμάτων, αυξάνουν το stress στη χημεία του σώματος, με αποτέλεσμα την πρόκληση βουλιμίας και διακυμάνσεις της διάθεσης. Προτείνεται η λήψη τριών γευμάτων τη μέρα, μεταξύ των οποίων να μεσολαβεί η λήψη 2-3 υγιεινών σνακ (δεκατιανού και απογευματινού)

Πνεύμα

Αφιερώστε λίγο χρόνο στον εαυτό σας. Κάνετε διαλείμματα όταν διαβάζετε και κατά τη διάρκεια τους ασχοληθείτε με δραστηριότητες που σας ευχαριστούν και σας αναζωογονούν, ώστε να πάρετε δυνάμεις και να συνεχίσετε ανανεωμένοι τη μελέτη. Φροντίστε να ξεκουράζεστε και να κοιμάστε καλά.

Σώμα

Ασκηθείτε με δραστηριότητες που σας χαλαρώνουν και σας ευχαριστούν όπως το περπάτημα, το ποδήλατο κ.α. Αποφύγετε, ωστόσο, το γυμναστήριο και την έντονη καθημερινή γυμναστική ενόψει εξετάσεων, καθώς κάτι τέτοιο δεν θα σας βοηθήσει και θα σας στερήσει πολύτιμη ενέργεια.

Κάντε ασκήσεις αναπνοής που βοηθούν στον έλεγχο του stress και τη χαλάρωση.

Συμβουλές για τους μαθητές

Καταστρώστε ένα πρόγραμμα μελέτης, σωστά οργανωμένο, με μακροπρόθεσμο πλάνο ώστε να έχετε τον απαραίτητο χρόνο και να μη 'στριμώχνεστε' στο τέλος.

Λίγο πριν τις εξετάσεις δώστε βαρύτητα στα σημεία των μαθημάτων που έχετε αδυναμίες όσο πιο δυσνόητα-δύσκολα σας φαίνονται κάποια σημεία της ύλης, τόσο περισσότερες

φορές πρέπει να τα επαναλάβετε μέχρι να τα κατανοήσετε.

Είναι φυσιολογικό κάποιες μέρες να μην έχετε ιδιαίτερη όρεξη για διάβασμα, ή οι σκέψεις σας να 'τρέχουν' κάπου αλλού και να μη μπορείτε να συγκεντρωθείτε. Ακόμα και τότε, όμως, προσπαθήστε. Ξεκινήστε να διαβάζετε και η όρεξη θα έρθει.

Κάντε διαλείμματα μακριά από οθόνες (τηλεόραση, ιντερνέτ, υπολογιστή κ.α.). Προτιμήστε να μιλήσετε στο τηλέφωνο με φίλους, αλλά και αυτό με μέτρο. Καλό θα ήταν να τους έχετε ενημερώσει για τις ώρες που θα μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί σας.

Πρακτικά ζητήματα την ώρα των εξετάσεων

«Εάν αρχίσω να τρέμω, να ιδρώνουν τα χέρια μου, να χτυπάει η καρδιά μου δυνατά... θα πάρω βαθιές ανάσες και δεν θα χάσω την ψυχραιμία μου».

«Εάν δεν μπορέσω να απαντήσω σε μία ερώτηση, θα προσπαθήσω να συγκεντρωθώ περισσότερο στην επόμενη, χωρίς να σκέφτομαι την αποτυχία».

«Θα ξεκινήσω με ό,τι γνωρίζω καλά. Ακούω – διαβάζω προσεκτικά τις οδηγίες και δεν βιάζομαι να παραδώσω το γραπτό μου».

«Θα μείνω ως το τέλος της γραπτής εξέτασης συγκεντρωμένος και δεν θα τα εγκαταλείψω. Θα παλέψω μέχρι το τέλος».

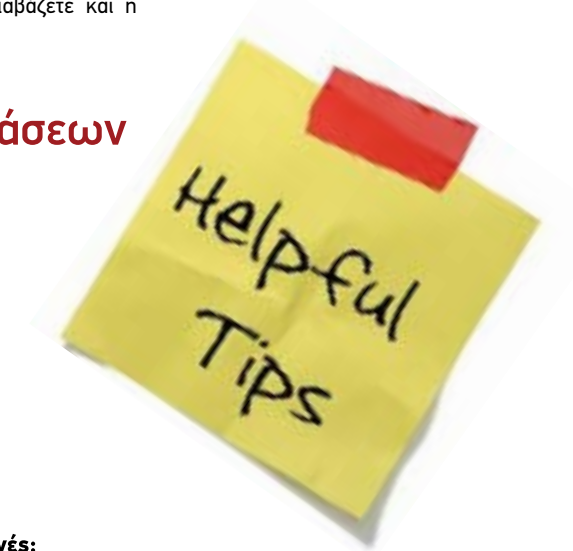
Σημασία έχει να κάνετε ό,τι καλύτερο μπορείτε κυρίως για τον εαυτό σας, και όλα θα πάνε καλά!

Καλή επιτυχία!

Άλλες πηγές:

<http://www.campuscy.com/easyconsole.cfm/id/1200>

<http://www.ssneond.sch.gr/Keimena%20dimosieumena/fovosexams.htm>



ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ;

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ;

Αναφέρεται στα Μ.Μ.Ε. ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου ακόμα και όταν ο ασθενής δεν πάσχει από κατάθλιψη. Ο μηχανισμός με το οποίο τα εν λόγω φάρμακα εξουδετερώνουν τον πόνο σε πολλές διαφορετικές παθήσεις, δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητός. Επισημαίνεται ακόμα ότι στους περισσότερους ασθενείς, οι χαμηλές δόσεις είναι ανεκτές και παρουσιάζουν μόνο ήπιες παρενέργειες. Η δοσολογία που απαιτείται για την αναλγητική δράση είναι χαμηλότερη από αυτής που απαιτείται για την αντικαταθλιπτική δράση.

ΣΧΟΛΙΑΣΜΟΣ

Ο χρόνιος πόνος είναι αποτέλεσμα διαταραχής στη μορφολογία και τη λειτουργικότητα του σώματος, είτε το αποτέλεσμα χημικών αλλαγών στο σώμα εξαιτίας δυσλειτουργίας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Εγκέφαλος - Νωτιαίος Μυελός), συμπεριλαμβανομένων και των συναισθηματικών/ψυχολογικών επιβαρύνσεων.

Ένα οξύ ερέθισμα θα πυροδοτήσει σειρά γεγονότων που θα δημιουργήσουν σήματα διέγερσης - μηνύματα, τα οποία θα φθάσουν στον εγκέφαλο μέσω του νωτιαίου μυελού. Όταν το ερέθισμα είναι βραχύβιο, βραχύβια - μικρής διάρκειας - θα είναι και η απόκριση του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Εάν, όμως, το ερέθισμα είναι παρατεταμένο, μπορεί να προκληθεί ευαισθητοποίηση σε περιφερικό και/ή σε κεντρικό επίπεδο. Αυτό αποκαλείται **πρωτογενής υπεραλγησία**. Υπάρχει και η **δευτερογενής υπεραλγησία** μέσω της οποίας η μηχανική διέγερση κοντά στο σημείο της αρχικής βλάβης προξενεί πόνο.

Δηλαδή έχει διαταραχθεί η «προσαρμοστική» ικανότητα του οργανισμού, γνωστή ως «ομοιόσταση». Αντί λοιπόν να εντοπίσουμε την αιτία του πόνου, εξετάζοντας τον ασθενή ως ένα σύνολο με ψυχοσωματική διάσταση, που χαρακτηρίζεται από αρμονία στη λειτουργικότητα του (όλα τα τμήματα του σώματος είναι ελεύθερα να λειτουργούν σε αρμονική σχέση το ένα με το άλλο, είτε αυτό αφορά στη λειτουργία ενός κυττάρου, είτε στη λειτουργία του πιο περίπλοκου μηχανισμού του σώματος) και στη συνέχεια να αποκαταστήσουμε την προσαρμοστική του ικανότητα ενισχύοντας τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του ίδιου του σώματος, ώστε να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του όπως εκείνος ξέρει καλύτερα (αυτοδιόρθωση), εμείς τον αποδυναμώνουμε. Με τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προκαλείτε μια καταστολή του



Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, με άμεσο αποτέλεσμα να αποδυναμώνουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος. Είναι σαν να λέμε "εσύ κάτσε στην άκρη εγώ θα κάνω την δουλειά για εσένα".

Θεωρείτε ότι αυτός είναι ο σωστός τρόπος αντιμετώπισης του προβλήματος;

ΟΧΙ ΑΥΤΟΣ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ Ο ΣΩΣΤΟΣ ΤΡΟΠΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ!!!

Υπάρχουν πολλές τεχνικές που μπορούν να βοηθήσουν τον πάσχοντα από χρόνια πόνο να αντιμετωπίσει τα προβλήματα του με αποτελεσματικότητα. Αρκεί να ψάξει, να ενημερωθεί, να προσπαθήσει και κυρίως να έχει την διάθεση να παλέψει για το πρόβλημά του.

Μην περιμένετε μαγικά χάπια.

Η λύση βρίσκεται μέσα σας αρκεί να την αναζητήσετε.

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι τόσο σύνθετα προβλήματα δεν αντιμετωπίζονται με μονοθεραπείες, αλλά με συνδυασμένη θεραπευτική παρέμβαση, σύμφωνα με την κλινική μου εμπειρία, προτείνω τον συνδυασμό της Κρανιοϊερής Θεραπείας του Dr Upledger με την Νευροθεραπεία - Νευρορεφλεξολογία.

Περισσότερες πληροφορίες στο σχετικό άρθρο:

Συνδυασμός Κρανιοϊερής Θεραπείας και Νευροθεραπείας

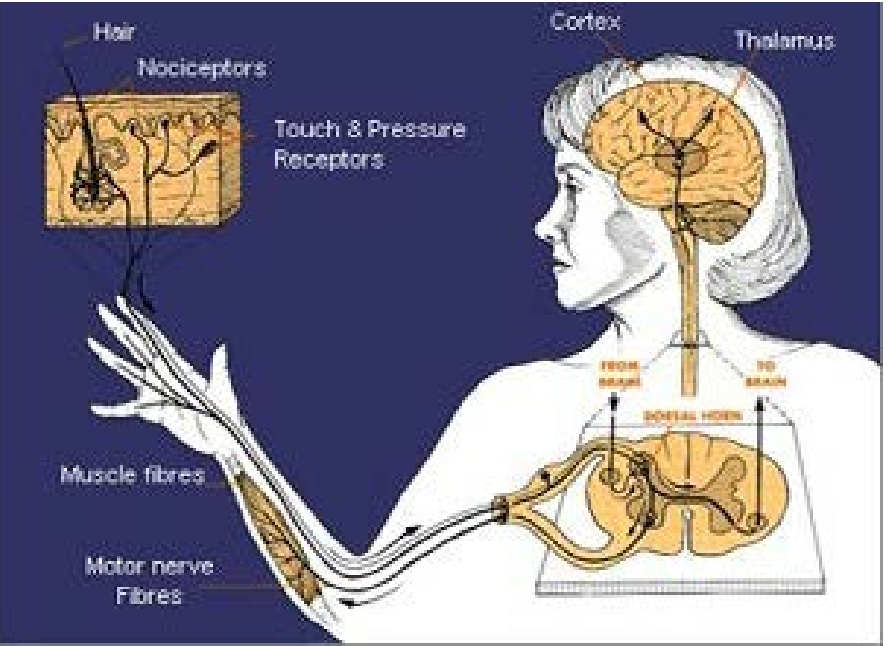
www.physio.gr/index.php/ailments/nervous-system/chronic-pain-fibromyalgia/item/272-2014-02-03-07-51-29

«ΙΑΤΡΟΓΕΝΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑ»

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Οι πάσχοντες από επίμονο ή χρόνια πόνο θεωρούν ότι είναι το αποτέλεσμα τραυματισμού ή βλάβης στο σώμα τους. Αυτή την αντίληψη ενισχύουν οι "δραματοποιημένες" εικόνες και απόψεις με τις οποίες "βομβαρδίζονται" εκεί όπου προστρέχουν για αναζήτηση βοήθειας. Δηλαδή οι εικόνες που βρίσκουν σχετικά με το πρόβλημά τους σε αναζήτηση στο διαδίκτυο ή οι υπερβολικά αρνητικά διογκωμένες απόψεις, σχετικά με την εξέλιξη του προβλήματός τους, αν δεν ακολουθήσουν τον ένα ή άλλο - συνήθως πολυδάπανο - τρόπο παρεμβατικής αντιμετώπισης. Επιπλέον δέχονται οδηγίες να αποφεύγουν τις έντονες δραστηριότητες ή συγκεκριμένες κινήσεις και φυσικά... «να μην τους ακουμπήσει φυσικοθεραπευτής»!

Είναι γνωστό ότι όταν ένας πόνος έχει μεγάλη διάρκεια, τότε το σύστημα αντίληψης πόνου (αλγαισθησία) γίνεται πιο ευαίσθητο. Αυτό σημαίνει ότι ο νωτιαίος μυελός στέλνει σήματα κινδύνου στον εγκέφαλο σε μια συχνότητα που υπερεκτιμά το πραγματικό επίπεδο του κινδύνου. Πρόκειται για μια φυσιολογική προσαρμογή στον συνεχή βομβαρδισμό με ερεθίσματα. Επιπλέον, επειδή ο πόνος ερμηνεύεται -λανθασμένα- ως μέτρο της βλάβης του ιστού, ο εγκέφαλος δεν έχει άλλη επιλογή παρά να υποθέσει ότι οι ιστοί έχουν υποστεί μεγαλύτερο τραυματισμό. Οπότε, όταν ο πόνος επιμένει, αυτόματα υποθέτουμε την ύπαρξη μεγαλύτερης βλάβης ιστών.



Η αλληλουχία της σκέψης: "πιο πολύ πόνος = πιο πολύ ζημιά = πιο πολύς κίνδυνος = πολύς πόνος", είναι εκείνη που θα οδηγήσει τον πάσχοντα σε αυτοπεριορισμό όσο αφορά στη λειτουργικότητά του για να καταλήξει σε μια "τεχνητή" αναπηρία, που θα μπορούσε θαυμάσια -αν και ίσως υπερβολικά- να χαρακτηριστεί ως "ιατρογενής αναπηρία". Η ιδέα της ανακριβούς

αντίληψης στο χρόνο πόνο, εγείρει το ερώτημα αν τελικά και αυτό είναι ένας από τους λόγους πρόκλησής του. Τι θα γινόταν αν μπορούσαμε να ξέρουμε από πού προέρχεται; Επιπλέον τι θα γινόταν αν μπορούσαμε να παρέμβουμε με φυσικό τρόπο ώστε να σπάσουμε αυτόν τον φαύλο κύκλο στον οποίο είναι εγκλωβισμένος ο ασθενής;

ΙΑΤΡΙΚΑ - ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΑ ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΑ ΕΙΔΗ

- ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΑΥΤΟΛΙΠΑΙΝΟΜΕΝΟΙ ΓΙΑ ΔΙΑΛΛΕΙΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΕΤΗΡΙΑΣΜΟΥΣ
- ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΚΑΘΕΤΗΡΕΣ ΚΑΙ ΟΥΡΟΣΥΛΛΕΚΤΕΣ ΑΚΡΑΤΕΙΑΣ ΟΥΡΩΝ
- ΥΛΙΚΑ ΓΙΑ ΚΟΛΟΣΤΟΜΙΕΣ ■ ΟΥΡΟΣΤΟΜΙΕΣ ■ ΕΙΛΕΣΤΟΜΙΕΣ
- ΟΡΘΟΣΤΑΤΕΣ ■ ΚΡΕΒΑΤΙΑ ■ ΓΕΡΑΝΟΙ
- ΡΑΜΠΕΣ ΚΑΙ ΜΠΑΡΕΣ ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗΣ
- ΚΑΡΟΤΣΙΑ ΧΕΙΡΟΚΙΝΗΤΑ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΙΚΑ
- ΣΚΟΥΤΕΡ ΗΛΕΚΤΡΙΚΑ ■ ΒΑΔΙΣΤΙΚΑ ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ
- ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ΜΠΑΝΙΟΥ
- ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΤΑΚΛΙΣΕΩΝ
- ΑΕΡΟΣΤΡΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΑΞΙΛΑΡΙΑ ΚΑΤΑΚΛΙΣΗΣ

και κάθε τι άλλο, που θα κάνει την καθημερινότητά σας ευκολότερη, ασφαλέστερη και ανεξάρτητη

e-shop: www.inema.gr
ΡΟΔΟΣ: Θ. ΣΟΦΟΥΛΗ 83 & ΔΙΑΓΟΡΙΔΩΝ 19 (παραπλεύρως ΟΑΕΔ), ΤΗΛ: 22410 32238

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΑ ΠΕΛΜΑΤΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΑ ΠΕΛΜΑΤΑ

Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι η αρχιτεκτονική του άκρου πόδα σχετίζεται με την μορφολογία της λεκάνης, αλλά ένα ερώτημα που προκύπτει είναι: υπάρχει σύνδεση μεταξύ του τρόπου στήριξης στα πέλματα και την εμφάνιση οσφυαλγίας;

Ας υποθέσουμε ότι στην όρθια στάση ο αριστερός άκρος πόδας βρίσκεται σε πρηνισμό, που τυπικά προκαλείται από βλαισότητα στην υποστραγαλική άρθρωση (STJ), συνοδευόμενη από πτώση του σκαφοειδούς οστού.

Ο δεξιός άκρο πόδας βρίσκεται σε υπτιασμό, όπου η υποστραγαλική άρθρωση είναι σε ραιβότητα, συνοδευόμενη από πτώση του κυβοειδούς οστού. Αυτός ο συνδυασμός πρηνισμού και υπτιασμού δεν επηρεάζει μόνο το φαινομενικό μήκος των ποδιών, αλλά ξεκινά μια μορφολογική διαταραχή που ταξιθεύει προς τα πάνω στην κινητική αλυσίδα, προκαλώντας στρέβλωση στο γόνατο, το ισχίο, τη λεκάνη και στις δομές της μέσης.

Καθώς ο πρηνισμός στον αριστερό άκρο πόδα προκαλεί έσω στροφή στον μηρό, ενώ ο υπτιασμός στον δεξιό άκρο πόδα προκαλεί έξω στροφή στον μηρό, το άτομο θα ωθείτο να βαδίζει πλαγίως σε κάθε βήμα του. Φυσικά το ιδιοδεκτικό σύστημα του οργανισμού δεν μπορεί να επιτρέψει κάτι τέτοιο, οπότε κάνει προσαρμογές. Μια από αυτές τις προσαρμογές σχετίζεται με τη θέση της κεφαλής του μηριαίου οστού στη κοτύλη.

Στο αριστερό πόδι -που ο μηρός βρίσκεται σε έσω στροφή- ο αυχένας του μηριαίου οστού



Στροφή της Λεκάνης



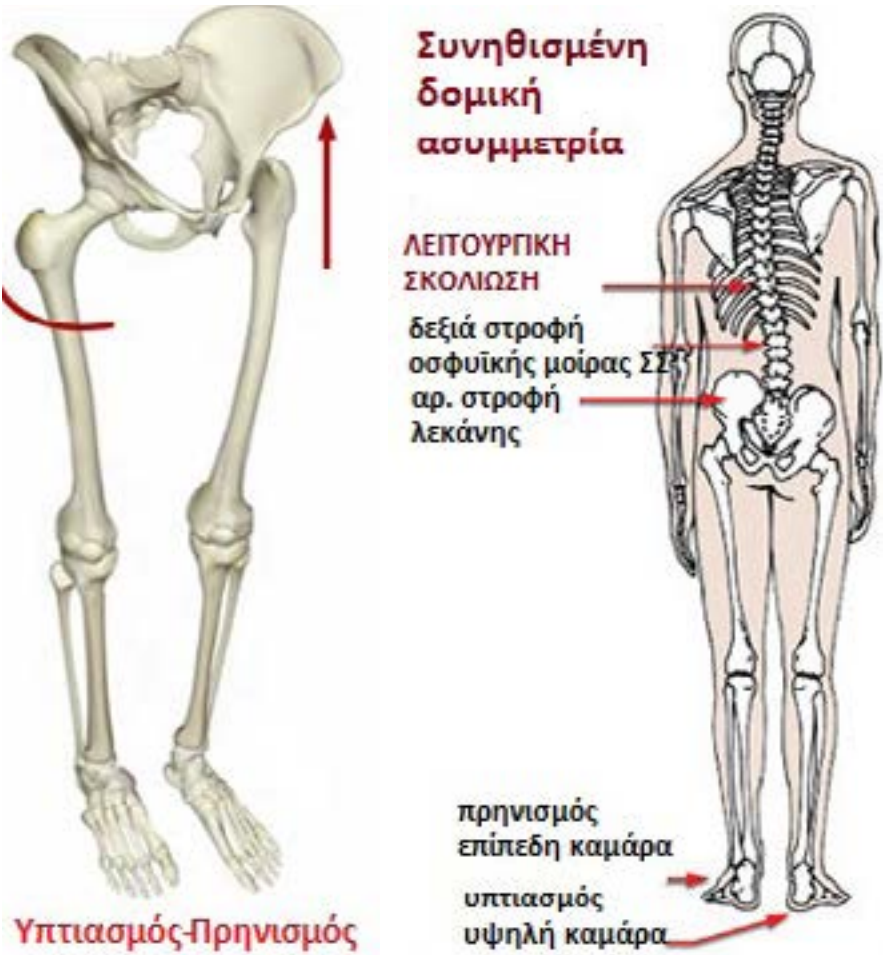
πρηνισμός - υπτιασμός οπίσθια άποψη

επίσης είναι σε έσω στροφή, γεγονός που ωθεί την κεφαλή προς τα πίσω ενάντια στην κοτύλη. Αντίθετα στο δεξιό πόδι -που ο μηρός βρίσκεται σε έξω στροφή- περιστρέφει τον αυχένα του μηριαίου, προκαλώντας ώθηση ενάντια στο πρόσθιο τμήμα της κοτύλης.

Με τη δεξιά μηριαία κεφαλή να ωθεί προς τα εμπρός και την αριστερή προς τα πίσω, τα οστά



της λεκάνης ωθούνται σε αριστερή στροφή. Αυτό συμβαίνει γιατί -καθώς η ανυψωμένη κεφαλή του μηριαίου δεξιά οδηγεί την πρόσθια λαγόνια ακρολοφία προς επάνω και πίσω, περιστρέφοντας τη λεκάνη-, αντισταθμιστικά, η αριστερή πλευρά βυθίζεται. Ως εκ τούτου προκαλείται ασύμμετρη στροφή της λεκάνης, με αποτέλεσμα το μπλοκάρισμα στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης. Δεν πρέπει να



ξεχνάμε ότι η λεκάνη είναι η βάση στήριξης της σπονδυλικής στήλης. Η ασυμμετρία της θα προκαλέσει την προσαρμογή της σπονδυλικής στήλης σε μια σκολιωτική στάση, που θα οδηγήσει σε υπολειτουργικότητα και μυϊκή ανισορροπία.

Επικεντρώνοντας ο θεραπευτής την προσοχή του στη αποκατάσταση της συμμετρίας στην λεκάνη θα έχει, στην καλύτερη περίπτωση, ένα προσωρινό αποτέλεσμα, αλλά δεν θα έχει αποκαταστήσει το πρόβλημα του ασθενή.

Ο πρηνισμός και ο υπτιασμός στον άκρο πόδα

όχι μόνο μπορούν να προκαλέσουν στροφή της λεκάνης, αλλά μπορούν να οδηγήσουν σε μια αντισταθμιστική σκολιωτική στάση την οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, μεταφέροντας το πρόβλημα προς τα πάνω στη θωρακική και αυχενική περιοχή. Ο θεραπευτής επιβάλλεται να έχει μια σφαιρική προσέγγιση κατά τη διάρκεια της κλινικής αξιολόγησης, ώστε να αναγνωρίσει τον μηχανισμό πίσω από το πρόβλημα του ασθενή.

Επίσης, πολλές φορές διαπιστώνουμε πρηνισμό και στους δυο άκρους πόδες, με αποτέλεσμα



αυξημένη οσφυϊκή λόρδωση, αυξημένη οσφυϊκή γωνία και 'φρακάρισμα' στις αρθρώσεις (facets) μεταξύ του 4ου οσφυϊκού με 5ου οσφυϊκού σπόνδυλο και 5ου οσφυϊκού με 1ο ιερό σπόνδυλο. Στους ασθενείς αυτούς και οι δυο μηριαίες κεφαλές είναι τοποθετημένες προς τα πίσω, με αποτέλεσμα η λεκάνη να ωθείται προς τα εμπρός και να αυξάνεται η λόρδωση στην οσφυϊκή μοίρα. Το αντίθετο συμβαίνει στη περίπτωση όπου διαπιστώνουμε υπτιασμό και στους δυο άκρους πόδες. Τότε προκαλείται ευθειασμός στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης.

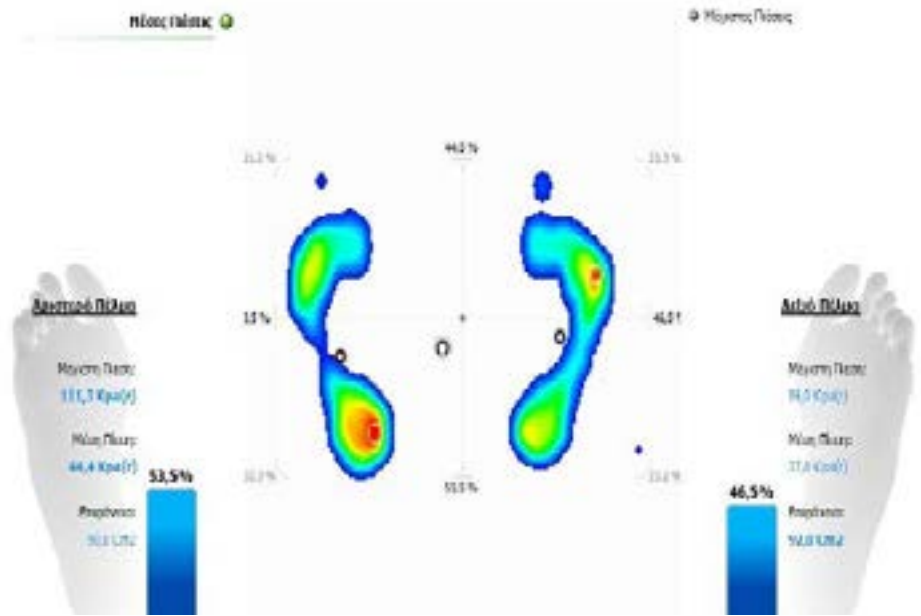
Όπως πολύ πειστικά ανέφερε ο Sir William Osler: «Για να μπορέσουμε να θεραπεύσουμε κάτι, πρέπει πρώτα να είμαστε σε θέση να το αναγνωρίσουμε»

Βιβλιογραφία

1. Zink G J. AN Osteopathic Structural Examination of the Soma. OsteopathicAnnals 7:12-19, 1979
2. Previc F. A General Theory Concerning the Prenatal Origins of CerebralLateralizations in Humans. Psychological Review. Volume 98, 1991
3. Geschwind N. Cerebral Lateralization. MIT Press, 1987

ΠΗΓΗ:

Myokkeletal E-technique newsletter / by Eric Dalton PhD



“ΚΡΑΚ” ΣΤΑ ΔΑΚΤΥΛΑ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα δεδομένα, δεν φαίνεται να υπάρχει συσχετισμός μεταξύ του ‘κρακ’ που αρέσκονται να προκαλούν αρκετοί άνθρωποι στα δάκτυλά τους και της οστεοαρθρίτιδας στο χέρι.



Ωστόσο, μελέτη έδειξε πως υπάρχει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ αυτού του τριγμού και της οστεοαρθρίτιδας στην μετακαρποφαλαγγική άρθρωση. Για τον λόγο αυτό, ομάδα ερευνητών πραγματοποίησε αναδρομική μελέτη, στην οποία συμμετείχαν ασθενείς με αποδεδειγμένη ακτινογραφικά οστεοαρθρίτιδα στο χέρι και υγιή άτομα, τα οποία λειτούργησαν ως ομάδα ελέγχου.

Τα άτομα που έλαβαν μέρος ήταν ηλικίας 50 έως 89 ετών και είχαν υποβληθεί σε ακτινογραφία του δεξιού χεριού τα τελευταία 5 χρόνια.

Οι συμμετέχοντες κατέδειξαν την συχνότητα, την διάρκεια, καθώς και λεπτομέρειες που αφορούσαν την συνήθειά τους να προκαλούν τριγμό στα δάκτυλα, αλλά και πληροφορίες σχετικές με άλλους γνωστούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης οστεοαρθρίτιδας στο χέρι.

Στους συνολικά 215 συμμετέχοντες (135 ασθενείς και 80 από την ομάδα ελέγχου) το 20% είχε την συνήθεια να προκαλεί τριγμό στα δάκτυλα.

Από την έρευνα προέκυψε ότι εκτιμώντας την συχνότητα εμφάνισης οστεοαρθρίτιδας σε οποιαδήποτε άρθρωση στο χέρι, αυτή ήταν παρεμφερής σε όσους προκαλούσαν τριγμό (18.1%) και σε εκείνους που δεν προκαλούσαν (21.5%; $P=.548$). Επίσης αποδείχθηκε ότι η συχνότητα και η διάρκεια του τριγμού δεν σχετίζονταν με την εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας.

Τελικά, οι ερευνητές συμπέραναν ότι η συνήθεια του τριγμού στα δάκτυλα του χεριού δεν σχετίζεται με την εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας στο χέρι.

ΠΗΓΗ

J Am Board Fam Med. 2011 Mar-Apr;24(2):169-74. doi: 10.3122/jabfm.2011.02.100156.

Knuckle cracking and hand osteoarthritis.

Deweber K1, Olszewski M, Ortolano R.

Author information

•Department of Family Medicine, Uniformed Services University of the Health Sciences, Bethesda, MD 20814, USA. kdeweber@usuhs.mil



ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

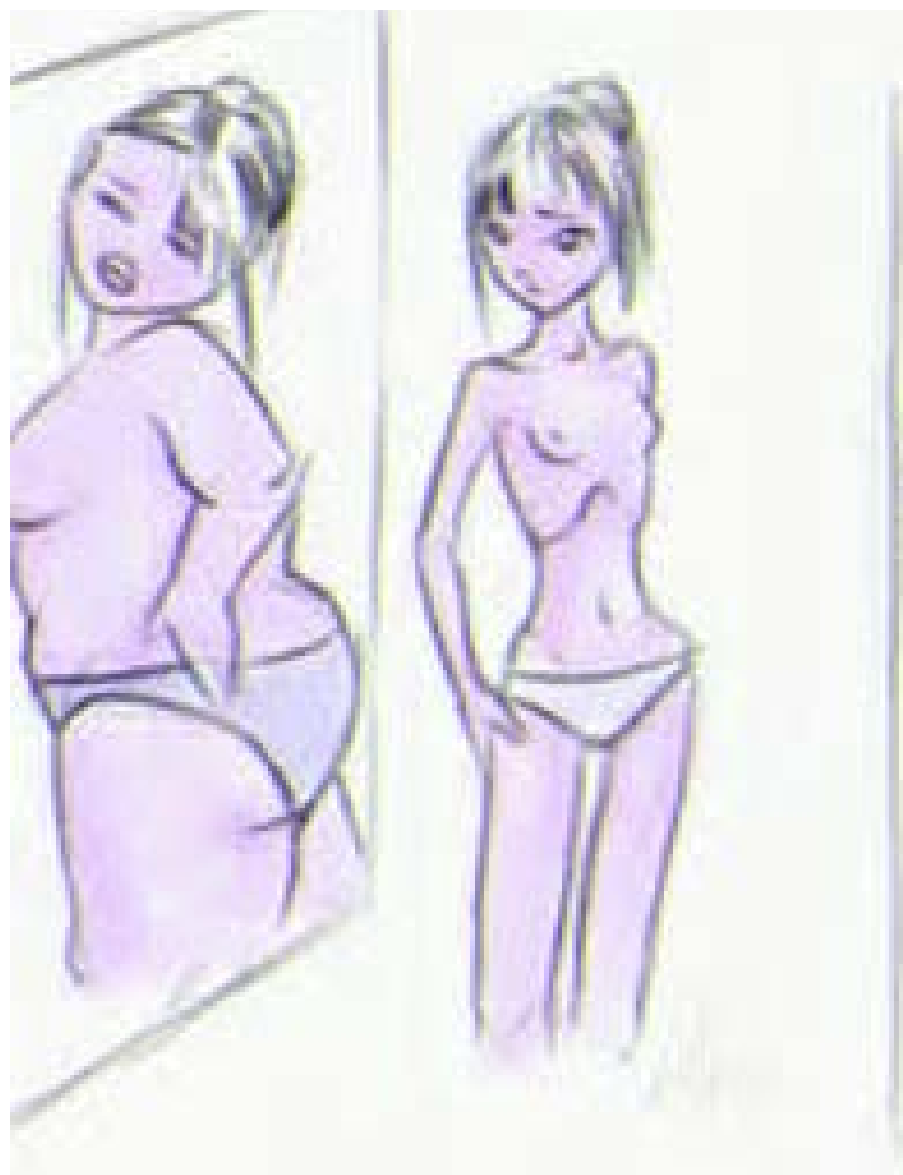
Η αξία που δίνεται στην τελειότητα και η πρόταση ότι όλα πρέπει να βρίσκονται υπό τον έλεγχο του ατόμου, είναι ιδέες οι οποίες σίγουρα αντανακλούν την σύγχρονη δυτική κουλτούρα.

Το ιδεώδες του ελέγχου έχει παρεισφρήσει σε διάφορες εκφάνσεις της ζωής μας. Καλούμαστε να ελέγχουμε τα έντονα συναισθήματά μας, να ελέγχουμε το γήρας, ή την επιτυχία μας, καθώς εμείς αποκλειστικά θεωρούμαστε υπεύθυνοι για όλα αυτά.

Τα άτομα που πάσχουν από κάποια διατροφική διαταραχή παρουσιάζουν ακραίες διατροφικές συμπεριφορές, αλλά και σκέψεις και συναισθήματα. Χαρακτηρίζονται από μια εμμονή για την απόκτηση λεπτού σώματος και από ένα νοσηρό φόβο ότι θα παχύνουν χάνοντας τον έλεγχο πάνω στο σώμα τους. Οι διατροφικές διαταραχές δεν αποτελούν μόνο πρόβλημα για τις γυναίκες, όπως οι περισσότεροι πιστεύαμε μέχρι πρόσφατα, αλλά αφορούν και μεγάλο ποσοστό του ανδρικού πληθυσμού. Οι διαταραχές αυτές αρχίζουν συνήθως κατά τη διάρκεια της εφηβείας, αλλά μπορεί να εμφανιστούν και κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή. Καταλαβαίνουμε, λοιπόν, ότι οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει μια ψυχογενή διατροφική διαταραχή, άσχετα από τη ηλικία, το φύλο ή το εκπαιδευτικό του επίπεδο. Ωστόσο, οι νεαρές γυναίκες είναι περισσότερο ευπαθείς, ιδιαίτερα στις ηλικίες μεταξύ 15-25 ετών.

Πανεπιστημιακές έρευνες φανερώνουν πως τα γονίδια είναι πιθανό να δημιουργούν προδιάθεση ώστε το άτομο να αναπτύξει μια τέτοια διαταραχή. Ο συνδυασμός, μάλιστα, με την ύπαρξη ερεθισμάτων από το περιβάλλον, όπως για παράδειγμα η επίδραση της στάσης των μελών της οικογένειας προς το φαγητό, είναι δυνατόν να ευνοήσει την ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Επίσης, σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν υψηλές ακαδημαϊκές προσδοκίες ή κοινωνικές πιέσεις το άτομο μπορεί να εστιάσει σε θέματα γύρω από το φαγητό, ως ένα τρόπο να διαχειριστεί το άγχος που του δημιουργεί η προσπάθεια για την κατάκτηση των στόχων του. Η κύρια σκέψη σε αυτή την περίπτωση είναι ότι: 'εφόσον δεν μπορώ να ελέγξω τη ζωή μου, μπορώ και να ελέγξω το σώμα μου' και αυτό προσπαθούν να κάνουν. Τέλος, ακόμα και κάποια τραυματικά γεγονότα, όπως το πένθος, η κακομεταχείριση, η κακοποίηση, δυσκολίες μέσα στην οικογένεια (διαζύγιο) ή οι ανησυχίες γύρω από τον σεξουαλικό προσανατολισμό του ατόμου, ενδέχεται να ευθύνονται για την πρόκληση αυτών των διαταραχών.

Με άλλα λόγια τα άτομα νιώθουν να καταπνίγονται από αρνητικά συναισθήματα τα οποία αντιλαμβάνονται ως πιθανό κίνδυνο για τη ζωή τους. Τέτοια συναισθήματα συνήθως



είναι ο φόβος, η μοναξιά, ο θυμός, η ενοχή, το άγχος και το stress, ο πόνος, η συναισθηματική αναστάτωση. Αυτός είναι και ο λόγος που προσπαθούν να τα αποφύγουν, υιοθετώντας κάποια διατροφική διαταραχή η οποία φαντάζει ως ένας αποτελεσματικός και «βολικός» τρόπος διαχείρισης ή/και αλλαγής των συγκεκριμένων συναισθημάτων. Όμως, τα συναισθήματα αυτά είναι υπαρκτά, όσο και να γίνεται προσπάθεια να περνούν απαρατήρητα! Με τον καιρό, η δυσλειτουργική διατροφική συμπεριφορά γίνεται πιο σημαντική και χρήσιμη διότι μετατοπίζει την προσοχή του ατόμου από αυτό

που «νιώθει» σε αυτό που «τρώει». Το φαγητό και η διαταραγμένη διατροφική συνήθεια αποτελεί πλέον (όσο παράδοξο και οξυμωρο κι αν ακούγεται) το εργαλείο εκείνο με το οποίο το άτομο μπορεί να αποφύγει τα δυσάρεστα συναισθήματά του, ή τουλάχιστον να μειώσει την έντασή τους. Το άτομο, δηλαδή, αλλάζει τα συναισθήματά του τρώγοντας. Η τροφή προσφέρει την αίσθηση της πληρότητας και αυτή, με τη σειρά της, συσχετίζεται άμεσα με την αίσθηση της άνεσης. Τα θετικά συναισθήματα, λοιπόν, παραγκωνίζουν τα αρνητικά.



ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

ΠΡΗΣΜΕΝΑ ΠΟΔΙΑ ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ

Άρθρο της **Αθηνάς Κατσιμήτρου - Τιγγινάγκα, MId/Cdt**



Οι κυριότερες διατροφικές διαταραχές είναι

Ψυχογενής Ανορεξία (Anorexia):

Σε αυτή την περίπτωση το άτομο βιώνει έντονο φόβο ότι θα γίνει παχύσαρκο κι έτσι επιδιώκει ασταμάτητα να είναι αδύνατο. Μερικά από τα συμπτώματα της πάθησης αυτής είναι η απώλεια τουλάχιστον του 15% του σωματικού βάρους, ο φόβος ότι θα παχύνει και θα χάσει τον έλεγχο του εαυτού του, η διαταραχή στην αντίληψη της σωματικής εικόνας, η αμηνόρροια, η τάση του ατόμου να γυμνάζεται και να ασκείται με έμμονο τρόπο, η έμμονη ενασχόληση να ξεχωρίζει τα φαγητά σε 'καλά' ή 'κακά' καθώς και η έμμονη ενασχόληση με την ετοιμασία του φαγητού.

Ψυχογενής Βουλιμία (Bulimia):

Το άτομο που πάσχει από ψυχογενή βουλιμία χαρακτηρίζεται από την υπερφαγία που ακολουθείται από πρόκληση εμετού, σε συνδυασμό με την περιορισμένη λήψη τροφής και τη μανιώδη άσκηση. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα η ζωή του ατόμου να κυριαρχείται από την προσπάθεια ελέγχου του βάρους του. Ένα άτομο που πάσχει από ψυχογενή βουλιμία έχει συνήθως ένα σχετικά φυσιολογικό βάρος και έτσι είναι πιο δύσκολο να αναγνωρισθεί από ότι ένα άτομο με ψυχογενή ανορεξία. Η ψυχογενής βουλιμία συχνά αρχίζει με τη δίαιτα και την άκαμπτη προσπάθεια μείωσης του βάρους με στόχο το αδυνάτισμα. Η ανεπαρκής λήψη τροφής προκαλεί σωματική κόπωση και ενισχύει τις παρορμήσεις υπερφαγίας' καθώς όσο περισσότερο ο άνθρωπος στερείται κάτι, τόσο με μεγαλύτερη μανία το ψάχνει.

Με τον εμετό το άτομο μπορεί να αισθανθεί μία προσωρινή ανακούφιση, αλλά σύντομα τα αισθήματά του μετατρέπονται σε αισθήματα κατάθλιψης, ντροπής και ενοχής. Μερικά άτομα χρησιμοποιούν καθαρτικά, χωρίς προφανώς να γνωρίζουν ότι τα καθαρτικά δε μειώνουν τις θερμίδες ή το περιεχόμενο λίπος, παρά μόνο αφυδατώνουν το σώμα και προκαλούν απώλεια των ζωτικών ιχνοστοιχείων. Τα άτομα αυτά μπορεί να παρουσιάσουν χημικές ανισορροπίες στο σώμα τους, οι οποίες ενδεχομένως να προκαλέσουν λήθαργο, κατάθλιψη και συγκεκριμένη σκέψη.Είναι απαραίτητη η αναζήτηση βοήθειας από ειδικό, καθώς όσο σοβαρές προσπάθειες και να κάνει το βουλιμικό άτομο προκειμένου να σταματήσει αυτή τη ρουτίνα, ο φαύλος κύκλος της υπερφαγία-εμετός- άσκηση και τα συναισθήματα που τον συνοδεύουν γίνονται έμμονα και ανεξέλεγκτα και επομένως είναι αδύνατο να τα αντιμετωπίσει κάποιος ολομόναχος.

Διατροφική διαταραχή υπερφαγίας (Binge eating disorder):

Στην περίπτωση που το άτομο πάσχει από υπερφαγία, καταναλώνει υπερβολικές ποσότητες φαγητού σε μικρό χρονικό διάστημα, καθώς δεν αισθάνεται τον κορεσμό της πείνας, αλλά και η συνείδησή του για το 'πόσο έφαγα' έχει τεθεί εκτός ελέγχου. Παρόλα αυτά δεν προσπαθεί να κάνει εμετό μετά το επεισόδιο υπερφαγίας. Η υπερφαγία μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες στην υγεία, όπως: παχυσαρκία, διαβήτη, υπέρταση και καρδιοαγγειακές παθήσεις.

Οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να υπερνικηθούν. Είναι σημαντικό για το άτομο να αναζητήσει συμβουλευτική και θεραπευτική αγωγή όσο το δυνατό νωρίτερα, διότι οι διατροφικές διαταραχές μπορούν να έχουν εξαιρετικά σοβαρές σωματικές, αλλά και ψυχολογικές συνέπειες.

Πηγές :

www.uci.ac.cy/fmweb/el/tomeas-foithth-khs-merimnas/counseling-office/9-gr-articles/67-Eatingdisorders

www.psy-therapy.gr/diatrofikes-diataraxes/

Περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να βρείτε στις παρακάτω ιστοσελίδες:

www.mmha.org.au
www.reachout.com.au
www.rch.org.au/ceed
www.ranzcp.org
www.sane.org

Το πρήξιμο υποχωρεί με τη ξεκούραση και την ανάρροπη θέση. Εάν, όμως, το πρήξιμο δεν υποχωρήσει και εξακολουθεί να υφίσταται ή επιδεινώνεται, τότε είναι σημάδι πιθανής σοβαρής κατάστασης που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης και θεραπείας.

Αιτίες που προκαλούν οίδημα στα κάτω άκρα μπορεί να είναι:

Α) Λεμφική Δυσλειτουργία

Το λεμφοίδημα είναι αποτέλεσμα της ανώμαλης συσσώρευσης του λεμφικού υγρού λόγω δυσλειτουργίας του λεμφικού συστήματος. Η κληρονομικότητα, η ορμονική δυσλειτουργία, οι τραυματισμοί, η ακτινοθεραπεία και οι λοιμώξεις μπορεί να προκαλέσουν λεμφοίδημα.

Β) Φλεβική Ανεπάρκεια

Πρόκειται για αλλοιούσια αλλοιώσεων στα κάτω άκρα όταν οι φλέβες δεν επαναφέρουν σωστά το αίμα στη καρδιά. Η κληρονομικότητα, η εγκυμοσύνη, η λήψη ορμονών, η παχυσαρκία, η χρόνια δυσκοιλιότητα, η παρατεταμένη ορθοστασία και η ακινησία, η ηλικία του

πάσχοντος (από τα 50 έτη και μετά), η έκθεση σε υψηλές θερμοκρασίες είναι συχνές αιτίες που προκαλούν φλεβική ανεπάρκεια.

Γ) Νόσοι Νεφρών ή του Ήπατος

Οι νεφροί (νεφρωσικό σύνδρομο) και το ήπαρ (κίρρωση του ήπατος) δε καταφέρνουν να αποβάλλουν τα περιττά υγρά που συσσωρεύονται στο σώμα, με αποτέλεσμα να δημιουργούν - εκτός των άλλων παθολογιών - και οίδημα σε διάφορα μέρη του σώματος, όπως στη περιοχή των κάτω άκρων και ειδικά στους αστραγάλους.

Δ) Καρδιακή Ανεπάρκεια

Τα οίδημα που είναι συνήθως αμφοτερόπλευρα, ζυμώδη, επώδυνα και θερμά οφείλονται στη στάση του αίματος και έχουν ως αποτέλεσμα την εξίδρωση υγρού λόγω της υδροστατικής πίεσης. Σε αυτή την περίπτωση ΔΕΝ επιτρέπεται καμία συντηρητική αποιδηματική θεραπεία εκτός της φαρμακευτικής αγωγής.

Ε) Λιποίδημα

Η ανώμαλη κατανομή του λιπώδους ιστού, κυρίως στα κάτω άκρα, δημιουργεί λιποίδημα. Η κληρονομικότητα, η ορμονική ανισορροπία και η παχυσαρκία είναι συχνές αιτίες δημιουργίας λιποιδήματος.

Στ) Άλλες Αιτίες

Η εγκυμοσύνη, το διάστρεμμα στον αστράγαλο, η παχυσαρκία, η μεγάλη ηλικία, τα εγκαύματα, τα διάφορα φάρμακα ενδέχεται να δημιουργήσουν οίδημα στα πόδια που πρέπει να διερευνηθεί.



ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ – ΗΜΙΚΡΑΝΙΕΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, ΜΝΤ**

Ο πονοκέφαλος ως σύμπτωμα είναι τόσο συνηθισμένο, ώστε αρκετοί άνθρωποι να τον θεωρούν φυσιολογικό “επισκέπτη” στη ζωή τους, ή, αφού έχουν εξαντλήσει αρκετές θεραπευτικές προσπάθειες χωρίς αποτέλεσμα, να τον έχουν αποδεχθεί.



Στις Η.Π.Α. το 18% των γυναικών και το 6% των ανδρών πάσχουν από πονοκέφαλο, αλλά μόνον οι μισοί ακολουθούν κάποια θεραπευτική αγωγή. Επίσης, περίπου το 90% των ανδρών και το 95% των γυναικών έχουν τουλάχιστον μια κρίση πονοκεφάλου ετησίως.

Υπάρχουν δυο βασικοί τύποι πονοκεφάλου: α) ο πρωτοπαθής πονοκέφαλος, που αφορά ποσοστό μεγαλύτερο από το 90% των περιπτώσεων, β) ο δευτεροπαθής.

Α) ΠΡΩΤΟΠΑΘΗΣ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ

Ο πιο κοινός τύπος πρωτοπαθούς πονοκεφάλου είναι ο Πονοκέφαλος Τάσης (75%). Αναπτύσσεται προοδευτικά, ο πόνος καλύπτει συνήθως ολόκληρο το κεφάλι, τον λαιμό και τους ώμους, ενώ παρατηρείται έντονος μυϊκός σπασμός στην περιοχή. Αυτή η μορφή πονοκεφάλου είναι συνήθως αποτέλεσμα stress, ή μιας επιβαρυνμένης ημέρας. Επίσης, για την εμφάνιση του έχουν ενοχοποιηθεί ψυχολογικοί παράγοντες.

Η Ημικρανία αποτελεί σαφώς μια πιο

νύκτας συνήθως την ίδια ώρα. Τις περισσότερες φορές υπάρχει ιστορικό αλκοολισμού, ενώ ο ασθενής είναι βαρύς καπνιστής.

Πονοκέφαλος αναπήδησης (Rebound headache) προκαλείται σε ασθενείς με πονοκέφαλο τάσης ή ημικρανίες. Εμφανίζεται ως αποτέλεσμα κατανάλωσης παυσίπονων φαρμάκων σε καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή βάση, αντίθετα με τις οδηγίες.

Β) ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗΣ ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ

Σπάνια ο πονοκέφαλος είναι σύμπτωμα μιας επικίνδυνης για την ζωή του ασθενή πάθησης, όπως το εγκεφαλικό ανεύρημα, ο όγκος εγκεφάλου, κраниοεγκεφαλική κάκωση, μηνιγγίτιδα, εγκεφαλίτιδα ή υψηλή αρτηριακή πίεση.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οι μελέτες έχουν δείξει ποικιλία αιτιών που μπορεί να προκαλούν κάποια μορφή πονοκεφάλου. Τέτοιες μπορεί να είναι: το άγχος, η δημιουργία trigger points, οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, το αλκοόλ -ιδιαίτερα το κόκκινο κρασί και η μπύρα- οι ορμονικές διαταραχές, η θεραπεία με οιστρογόνα, η μόλυνση του περιβάλλοντος, η προσωπικότητα του ανθρώπου (υπέρμετρες φιλοδοξίες), οι αλλαγές στις συνήθειες (ύπνου, ωρών φαγητού κ.α.), η χρήση αντισυλληπτικών χαπιών, τα προσβλητικά λεκτικά ερεθίσματα, η αλλαγή του καιρού, η κατάθλιψη κ.α..

Ένα εύλογο ερώτημα είναι ‘πότε κάποιος που πάσχει από πονοκεφάλους πρέπει να επισκεφθεί έναν ειδικό’, αλλά και πώς να του περιγράψει την σοβαρότητα της κατάστασής του.

Θα πρέπει να επισκεφθείτε τον ιατρό σας όταν:

1 - Έχετε τρεις ή περισσότερες κρίσεις πονοκεφάλου την εβδομάδα.

2 - Έχετε ανάγκη παυσίπονου φαρμάκου καθημερινά, ή σχεδόν καθημερινά.

3 - Μαζί με τον πονοκέφαλο έχετε δύσκαμπτο αυχένα, ή πυρετό.

4 - Ο πονοκέφαλος συνοδεύεται από διαταραχή της αναπνοής, πυρετό ή συμπτώματα στα μάτια, τα αυτιά, την μύτη, ή τον λάρυγγα.

5 - Ζαλίζεστε, είστε ασταθείς, υπάρχει διαταραχή της ομιλίας, αδυναμία, αισθητικές διαταραχές.

6 - Συνυπάρχει σύγχυση.

7 - Ο πονοκέφαλος παρουσιάζεται μετά από κτύπημα στο κεφάλι.

8 - Ο πονοκέφαλος πυροδοτείται από έντονη προσπάθεια, βήχα, σκύψιμο, ή σεξουαλική δραστηριότητα.

9 - Παρατηρείται συνεχής επιδείνωση των συμπτωμάτων.

10 - Αλλάζει μορφή.

11 - Συνοδεύεται από εμετούς.

12 - Πονοκεφάλους μετά την ηλικία των 50 ετών.

Πολλές φορές υπάρχει η δυσκολία της περιγραφής των συμπτωμάτων και της αξιολόγησης της σοβαρότητας του προβλήματος. Για τον σκοπό αυτό, μια ομάδα ερευνητών έχει σχεδιάσει ερωτηματολόγιο, όπου με βάση την βαθμολογία που συγκεντρώνει ο κάθε ασθενής μπορεί να αξιολογηθεί η βαρύτητα της κατάστασής του, αλλά και αποτελεί το μέτρο σύγκρισης για την εξέλιξη του προβλήματός του.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Υπάρχουν πολλά και καλά φάρμακα για να προλάβουν ή να σταματήσουν τον πονοκέφαλο. Είναι, όμως, αυτός ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης;

Ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης ενός προβλήματος είναι να γνωρίσεις το πρόβλημα. Ο ασθενής πρέπει να ενημερωθεί για το πρόβλημα του και να καταλάβει τον μηχανισμό που το προκαλεί, ώστε να πάρει τον έλεγχο στα χέρια του, αντί να βρίσκει υποκατάστατα, που ενδεχομένως προσωρινά να του προσφέρουν ανακούφιση.

Το πρώτο βήμα για να γνωρίσει ο ασθενής το πρόβλημά του είναι το Ημερολόγιο του Πονοκεφάλου. Κάθε φορά που εμφανίζεται πονοκέφαλος θα πρέπει να καταγράφονται πληροφορίες, χρήσιμες τόσο για τον ίδιο τον ασθενή, όσο και για τον θεραπευτή που έχει την ευθύνη της θεραπευτικής προσέγγισης. Οι πληροφορίες που καταγράφονται είναι:

* Ημερομηνία και ώρα.

* Δραστηριότητες προ της εμφάνισης, όπως τι έφαγε, συναισθηματική φόρτιση, συνθήκες ύπνου και οτιδήποτε άλλο χρήσιμο.

* Εντοπισμός του πόνου.

* Περιγραφή του πόνου (πιεστικός, καυστικός κ.α.).

* Ένταση του πόνου, με τη χρησιμοποίηση της κλίμακας του πόνου 1 έως 10. Αυτό σημαίνει: 1-3 ελαφρός, 4-5 μέτριος, 6-8 έντονος, 9-10 ανυπόφορος.

* Διάρκεια.

* Συνοδά συμπτώματα, ναυτία, ζάλη κ.α..

* Προσπάθεια αντιμετώπισης, φάρμακα ή άλλα.

* Αποτέλεσμα της προσπάθειας αντιμετώπισης ή άλλες παρενέργειες.

Άλλο σημαντικό βήμα που πρέπει να κάνει ο ασθενής για την αντιμετώπιση του πονοκεφάλου είναι η ενίσχυση του φυσικού αμυντικού μηχανισμού του σώματος, που αποτελεί ίσως το περισσότερο αξιόπιστο σύμμαχο που διαθέτει. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της Κраниοϊερής Θεραπείας του Dr John Upledger.

Η φιλοσοφία της συγκεκριμένης τεχνικής βασίζεται στην εκτίμηση της λειτουργικότητας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και στην εν συνεχεία αποκατάσταση περιοχών με δυσλειτουργία, ώστε να διευκολυνθεί η διαδικασία της αυτοδιόρθωσης ή αυτορύθμισης του συστήματος, και η αποκατάσταση της ομοιόστασης.

ΠΟΣΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ;

Ο αριθμός θεραπειών που είναι απαραίτητες ποικίλει από άνθρωπο σε άνθρωπο και από περιστατικό σε περιστατικό. Ενδεχομένως να χρειαστούν από μία έως τρεις θεραπείες την εβδομάδα, για μια ή περισσότερες εβδομάδες.

Υπάρχουν αντενδείξεις ή επιπλοκές; Αν και πρόκειται για μέθοδο που χρησιμοποιεί ήπιους χειρισμούς, μερικοί ασθενείς μπορεί να νιώσουν κακουχία αμέσως μετά τις πρώτες κυρίως θεραπείες. Αυτό συμβαίνει επειδή το σώμα, καθώς μπαίνει στην φάση της απελευθέρωσης, επαναφέρει στην “μνήμη” του ένα παλιό τραύμα, που μπορεί να είναι μεν θεραπευμένο, όμως είναι “καταγεγραμμένο” στην μνήμη του νευρικού συστήματος. Έτσι, όταν υπάρχουν οι κατάλληλες συνθήκες, επανέρχεται,

δημιουργώντας ένα είδος ευαισθησίας στην συγκεκριμένη ή άλλες γειτονικές περιοχές. Ωστόσο, αυτό το φαινόμενο διαρκεί μόνο για μερικές ημέρες. Δεν μπορούμε να αγνοήσουμε την πιθανότητα κακής τεχνικής του θεραπευτή, γι’ αυτό επιλέγουμε θεραπευτή εκπαιδευμένο κατάλληλα από αξιόπιστα κέντρα του εξωτερικού, όπως είναι το The Upledger Institute.

Physio
η αρμονία στη λειτουργικότητα

ISSN: 2459-4202

Επιμέλεια ύλης:

Χαράλαμπος Τιγγινάγκας, ΜΤ, CST, ΜΝΤ

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:

Χαράλαμπος Τιγγινάγκας, ΜΤ, CST, ΜΝΤ
Αθηνά Κατσιμήτρου-Τιγγινάγκα, ΜΙd/CDt
Έλλη Τιγγινάγκα, Ψυχολόγος, ΜSc
Κατερίνα Γκάζα, ΜΙd/CDt
Εύα Σωτηρίου, PhD
Ιωάννης Μαλαμάκης, PT
Λυδία Λέντζαρη, PT

ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΟ

Αποστολίδης Παναγιώτης

Avatar.gr

Επικοινωνία

Χαράλαμπος Τιγγινάγκας, ΜΤ, CST, ΜΝΤ

Διεύθυνση: ΑΛΚΙΜΑΧΟΥ 3 - 5 / 116 34 / ΑΘΗΝΑ

Τηλέφωνο: 210 7220562

Κινητό: 6932 261521

E-mail: tigus@physio.gr

Επιτρέπεται η αναδημοσίευση, αναπαραγωγή ή μετάδοση με οποιοδήποτε οπτικοακουστικό μέσο, όλου ή μέρους του περιοδικού, χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη μόνον και έφθοον θα αναφέρεται η πηγή.

ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ ΚΑΝΕΙ ΚΑΛΟ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΑΣ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**



Ήρθε επιτέλους η ωραιότερη περίοδος του χρόνου, η περίοδος που όλοι περιμένουμε πάντα με ανυπομονησία για να χαλαρώσουμε, να διασκεδάσουμε, να τρέξουμε στις παραλίες, να χαρούμε τον ήλιο και να περάσουμε τον λίγο μα τόσο πολύτιμο ελεύθερο χρόνο μας ποιοτικά με τους δικούς μας ανθρώπους, μακριά από υποχρεώσεις.

Δυστυχώς, στη σημερινή ελληνική οικονομική συγκυρία πολλοί είναι εκείνοι που δεν θα μπορέσουν να πάνε κάπου διακοπές. Καλοκαίρι, όμως, δεν σημαίνει μόνο νησί και εξωτικές παραλίες. Όλοι μπορούμε να επωφεληθούμε από τις καλοκαιρινές διακοπές ακόμα κι αν δεν έχουμε την οικονομική δυνατότητα να πάμε πολύ μακριά.

Το καλοκαίρι κάνει καλό στην υγεία μας και στην ψυχή μας, αρκεί να έχουμε τη διάθεση να απολαύσουμε τα πλεονεκτήματα που μας προσφέρει, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά!

Είναι γεγονός πως οι καλοκαιρινές διακοπές

μειώνουν το στρες, μας 'φτιάχνουν' τη διάθεση και μας βοηθούν να 'γεμίσουμε τις μπαταρίες μας προκειμένου να επιστρέψουμε στην καθημερινότητά μας με άλλη ενέργεια. Ακόμα, σύμφωνα με έρευνες, οι καλοκαιρινές διακοπές μας προστατεύουν από τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Η αλήθεια είναι ότι, ειδικά στη χώρα μας, ο υδράργυρος το καλοκαίρι σκαρφώνεται σε σχετικά υψηλές θερμοκρασίες. Συνεπώς η ομορφότερη περίοδος του χρόνου μπορεί να γίνει και πολύ ενοχλητική έως ανυπόφορη για πολλούς. Αλλά -με εξαίρεση τις μέρες του καύσωνα που ακόμα και το να βγούμε από την πόρτα του σπιτιού μας είναι επικίνδυνο- η άσκηση σε πιο ζεστό περιβάλλον μας κάνει να ιδρώνουμε περισσότερο με αποτέλεσμα να απομακρύνονται οι τοξίνες από τον οργανισμό μας. Επίσης, μειώνονται οι πιθανότητες φλεγμονών καθώς ο ιδρώτας κρατάει το δέρμα μας ασφαλές από βακτήρια και ανοίγει τους πόρους, βελτιώνοντας την ακμή. Αντί λοιπόν, για ηλιοθεραπεία και βουτιές στα ρηκά νερά

της παραλίας, μπορούμε να συνδυάσουμε τη διασκέδασή μας με λίγη άσκηση και κολυμπώντας να περάσουμε ακόμα καλύτερα.

Επωφεληθείτε από τη δυνατότητα να κολυμπάτε -αν είναι δυνατόν και καθημερινά- στη θάλασσα, καθώς το κολύμπι βελτιώνει την κατάσταση των μυών όλου του σώματος, γεγονός ιδιαίτερα θετικό για τους ανθρώπους που πάσχουν από αρθρίτιδα. Επίσης, αξίζει να σημειώσουμε ότι η συγκεκριμένη γυμναστική, δηλαδή το κολύμπι, 'φτιάχνει τη διάθεσή μας' και συμβάλλει ουσιαστικά στην καταπολέμηση της κατάθλιψης.

Αφήστε, λοιπόν, τα προβλήματα στην άκρη, αδειάστε το μυαλό σας και αποφορτιστείτε από ό,τι σας κρατάει πίσω...

Καλό καλοκαίρι!!!

Άλλες πηγές: <http://www.queen.gr/well-being/YGEIA/item/77886-to-kalokairi-kanei-kalo-stin-ygeia#ixzz37YFhUVMY>



ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ – ΗΜΙΚΡΑΝΙΕΣ

ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ ΣΤΗ ΒΑΣΗ ΤΟΥ ΚΡΑΝΙΟΥ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Η ατλαντο-ινιακή ένωση -η ανώτερη άρθρωση του σώματος που φέρει βάρος- είναι κομβικής σημασίας, καθώς βρίσκεται στο σημείο ένωσης της κεφαλής με το σώμα, αλλά και του εγκεφάλου με τον νωτιαίο μυελό. Στη περιοχή υπάρχουν πολλές σημαντικές για την υγεία του ανθρώπου δομές και οποιαδήποτε ασυμμετρία ή δυσλειτουργία στην εμβιομηχανική του σώματος είναι δυνατό να την επηρεάσει

Μηχανικά το κεφάλι ταλαντεύεται πάνω σε δυο κονδυλωτές αρθρώσεις που σχηματίζουν την ατλαντο-ινιακή ένωση. Ο σχεδιασμός αυτός επιτρέπει κλίση στο κεφάλι προς τα εμπρός και πίσω και από το ένα πλάι στο άλλο.

Δεδομένου ότι η ατλαντο-ινιακή άρθρωση

συνδέεται με το εγκεφαλικό στέλεχος, το οποίο ελέγχει όλες τις βασικές λειτουργίες του σώματος (συμπεριλαμβανομένης της αναπνοής και του καρδιακού παλμού), η δυσλειτουργία της μπορεί να έχει εκτεταμένες συνέπειες.

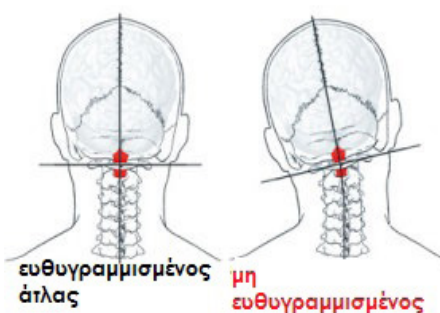
Για παράδειγμα, αν προκληθεί περιορισμός στην μια εκ των δυο ατλαντο-ινιακών αρθρώσεων, η στρέβλωση που προκαλείται στο ινιακό μπορεί να πυροδοτήσει νευρολογικά αντανακλαστικά με αύξηση του μυϊκού σπασμού στους υποϊνιακούς μύες, που με την σειρά τους θα συμπιέσουν και θα διεγείρουν το μείζον ινιακό νεύρο, με αποτέλεσμα πόνο που ακτινοβολεί στην πίσω επιφάνεια του κεφαλιού, στο πλάι, ενώ κάποιες φορές φτάνει έως την κογχική περιοχή.

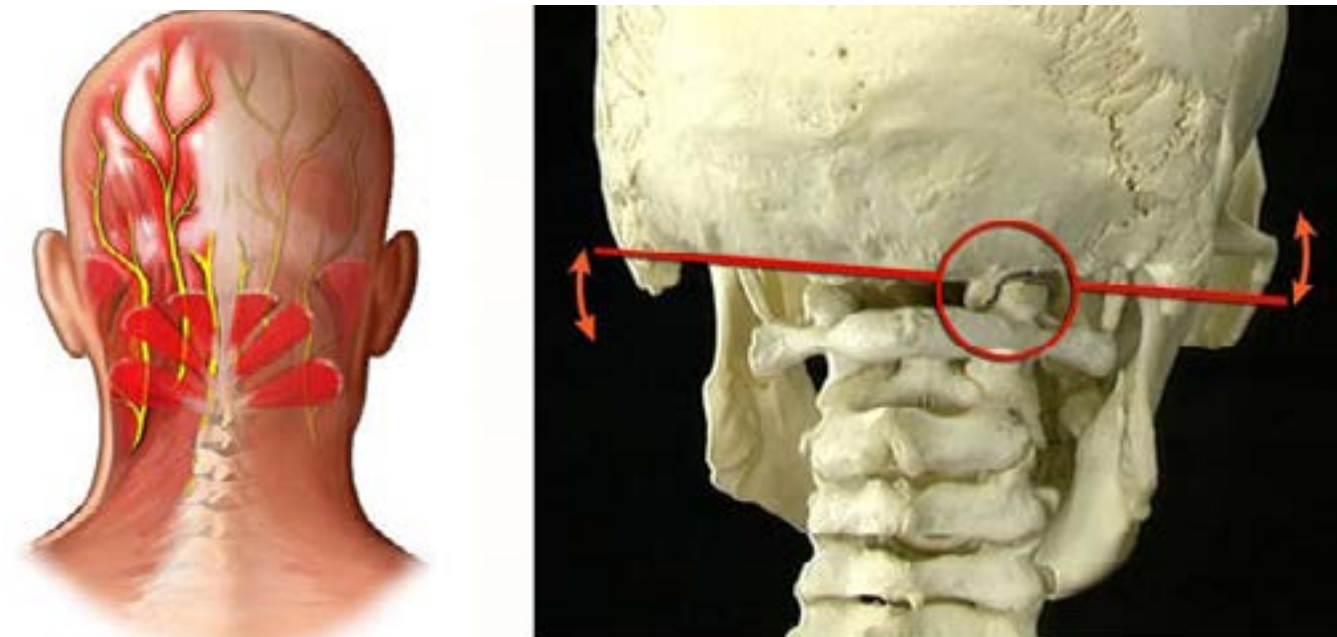
Συνήθως πονοκέφαλοι αυτού του τύπου είναι αποτέλεσμα επαναλαμβανόμενης κακής στάσης στην εργασία, ή την ξεκούραση. Καθώς αυτές οι δραστηριότητες είναι απίθανο να προκαλέσουν άμεση δυσφορία, οι ασθενείς σπάνια τις ενοχοποιούν γι' αυτό ο θεραπευτής, κατά τη διάρκεια της κλινικής αξιολόγησης και μέσω εξειδικευμένων δοκιμασιών, θα πρέπει να εκτιμά την λειτουργικότητα της περιοχής, την ύπαρξη μυϊκού σπασμού ή ευαισθησίας, την ευθυγράμμιση στην ατλαντο-ινιακή ένωση στα σπονδυλικά τόξα στον 1ο, 2ο, 3ο αυχενικό σπόνδυλο και ό,τι άλλο θα μπορούσε να του προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για την περιοχή.

Ένα ερώτημα κατά την διάρκεια της κλινικής αξιολόγησης που απαιτεί απάντηση είναι αν η δυσλειτουργία στην ατλαντο-ινιακή ένωση είναι το αποτέλεσμα προσαρμογής, ή πρόκειται για τοπικό πρόβλημα. Δηλαδή, αν πρόκειται για μηχανική προσαρμογή του σώματος σε ανισοσκελία, ασύμμετρη στροφή της λεκάνης, κακή στήριξη στα πέλματα -πρηνισμός ή υπτιασμός- κύφωση, σκολίωση κ.α., ή πρόκειται καθαρά για δυσλειτουργία της περιοχής.

Την απάντηση στο ερώτημα δίνει το "Brugger test":

Ο ασθενής βρίσκεται σε όρθια στάση. Ο θεραπευτής τοποθετεί το αριστερό του χέρι στο μέτωπο του ασθενή, ενώ με τον αντίχειρα και





ΑΤΛΑΝΤΟ-ΙΝΙΑΚΗ ΑΡΘΡΩΣΗ

τον δείκτη του δεξιού χεριού ψηλαφεί τον σπασμό στους υποϊνιακούς μύες. Διατηρώντας τα χέρια του σταθερά, ζητά από τον ασθενή να καθίσει. Αν ο σπασμός ελαττωθεί, αυτό μας δείχνει πως η δυσλειτουργία είναι αποτέλεσμα προσαρμογής και όχι τοπικό πρόβλημα. Σε αυτή τη περίπτωση πρέπει να αναζητηθεί και να αποκατασταθεί η δυσλειτουργία στην περιφέρεια πριν ασχοληθούμε με την ίδια την ατλαντο-ινιακή ένωση.

ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΤΛΑΝΤΟ-ΙΝΙΑΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

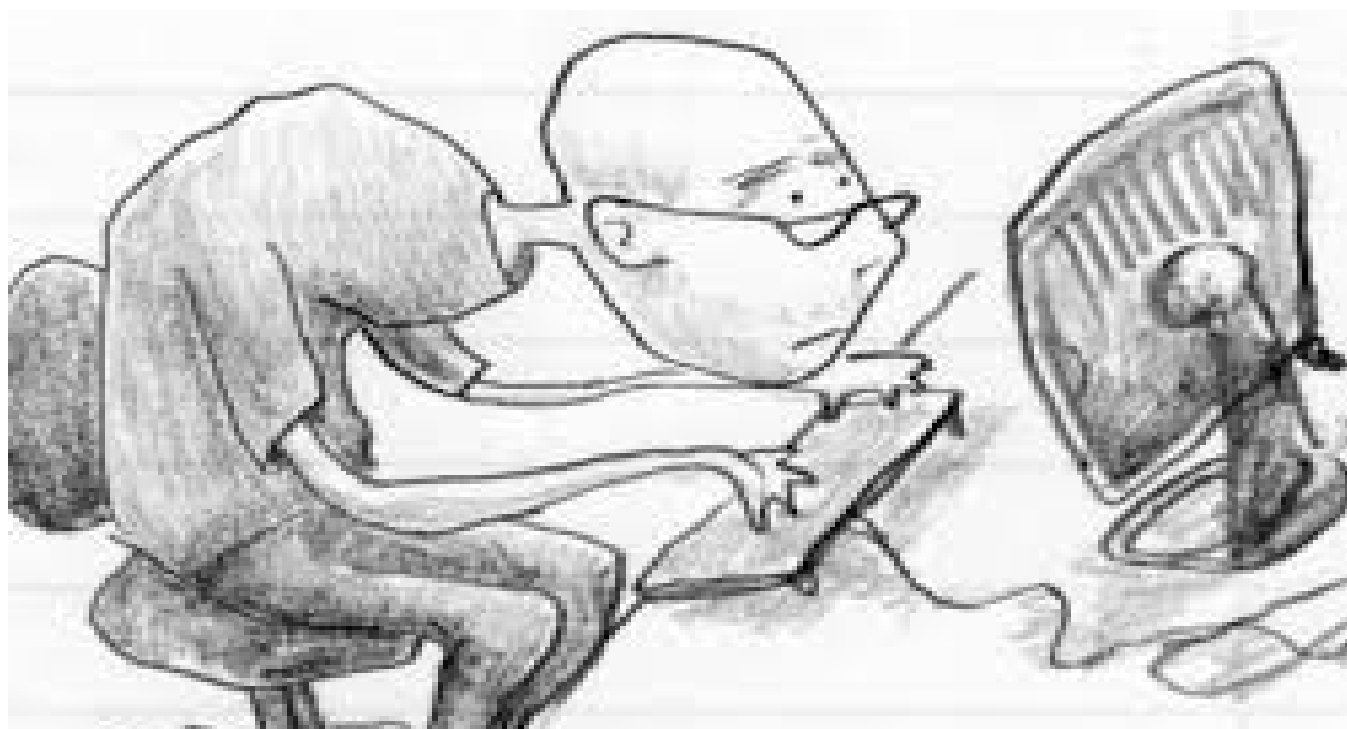
Υπάρχουν εξαιρετικές τεχνικές για την ασφαλή αποκατάσταση της λειτουργικότητας στην ατλαντο-ινιακή άρθρωση και κατά συνέπεια την απαλλαγή του ασθενή από τον συγκεκριμένο τύπο πονοκεφάλου. Ο θεραπευτής μπορεί να επιλέξει είτε χειρισμούς σύμφωνα με την λογική του Mulligan, είτε χειρισμούς της Κρανιοϊερής Θεραπείας του Dr Upledg-

er, είτε όποιο χειρισμό εκείνος θεωρεί πως μπορεί να αποκαταστήσει την δυσλειτουργία στη περιοχή με ασφάλεια. Στη συνέχεια θα πρέπει να διδάξει στον ασθενή ασκήσεις αυτοελέγχου ή αυτορρύθμισης, ώστε εκείνος να αποκτήσει τον έλεγχο του προβλήματός του.

Ο Brain Mulligan προτείνει τα «SELF SNAGS»

Εγώ βρίσκω την παρακάτω άσκηση αυτορρύθμισης του Mulligan ιδιαίτερα αποτελεσματική:

Ο ασθενής σχηματίζει γροθιά με το δεξί του χέρι και την στηρίζει στην λαβή του στέρνου. Κάνει κάμψη της κεφαλής, ώστε το πηγούνι του να ακουμπήσει στην γροθιά του. Τοποθετεί το αριστερό του χέρι στην κορυφή της κεφαλής και ασκεί ελαφριά πίεση για 15 δευτερόλεπτα. Επαναλαμβάνει αυτή τη διαδικασία 3 έως 5 φορές.



ΜΙΑ ΚΑΛΗ ΙΔΕΑ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙ...

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Η ωκυτοκίνη είναι ένα νευροπεπτίδιο που παράγεται κυρίως στο θάλαμο του εγκεφάλου και απελευθερώνεται από την υπόφυση.

Ο Rash και οι συνεργάτες του (2014) επισημαίνουν ότι μια καλή δόση ωκυτοκίνης, που είτε παράγεται από τον ίδιο τον οργανισμό, είτε δίνεται εξωτερικά, έχει αναλγητικές ιδιότητες. Περιέγραψαν τους πιθανούς ρόλους της ορμόνης στο ενδογενές σύστημα ελέγχου του πόνου στο ραχιαίο κέρας του νωτιαίου μυελού. Επιπλέον, μέσα από την πλούσια βιβλιογραφία που παραθέτουν, γίνεται φανερό ότι τα αυξημένα επίπεδα ωκυτοκίνης μπορούν να μειώσουν τον πόνο βελτιώνοντας την διάθεση, να μειώσουν το άγχος, να γαληνέψουν το άτομο και να μειώσουν τα επίπεδα της κορτιζόλης.

Ωστόσο, πρόσφατες απόψεις (Guzman και συνεργάτες, 2013) επισημαίνουν πως ο ρόλος της συγκεκριμένης ορμόνης δεν είναι πάντα καθολικά επωφελής, αλλά ότι μπορεί να θεωρηθεί περισσότερο ως ρυθμιστής στην συνολική ορμονική διαδικασία.

Σε κάθε περίπτωση, πάντως, είτε ισχύει η μία άποψη, είτε ισχύει η άλλη, πρόκειται για μια ορμόνη με ευεργετικές ιδιότητες και καλό είναι οι άνθρωποι να ενισχύουν την διαδικασία παραγωγής της δίνοντας στον οργανισμό τους τα κατάλληλα ερεθίσματα.

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για να ενεργοποιήσετε το σώμα σας ώστε να παράγει αυξημένες ποσότητες ωκυτοκίνης:

Αγκαλιάστε κάποιο αγαπημένο σας άτομο, κάντε έρωτα, τραγουδήστε, χορέψτε. Ακόμη, φροντίστε να έχετε τη φωτογραφία από κάποιον που αγαπάτε στο γραφείο σας, κάντε βόλτα το σκυλί σας, πηγαίνετε διακοπές ή κάντε σύντομες αποδράσεις με ανθρώπους που αγαπάτε. Αυτές είναι μερικές από τις δραστηριότητες που θα απογειώσουν τις ποσότητες ωκυτοκίνης στο σώμα σας και σίγουρα τη διάθεσή σας!!!

Να μια καλή ιδέα για να γίνει πιο ευχάριστο, αλλά και πιο... υγιεινό το φετινό καλοκαίρι...

Paul Zaks (2012) "Moral Molecule" is worth a read here too.

Guzman YF et al 2013 Nature Neuroscience 16: 1185

Rash JA et al 2014 Clin J Pain 30: 453

Nagasawa M et al 2009 Hormones and Behavior 55: 434-441



ΟΜΑΛΗ ΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Η έναρξη των σχολείων είναι ένα γεγονός σημαντικό για όλους τους μαθητές και ιδιαίτερα για αυτούς που θα το επισκεφθούν για πρώτη φορά.

Ως τη στιγμή που για πρώτη φορά θα πάει το παιδί στο σχολείο, η οικογένεια του αποτελεί την πρωταρχική κοινωνική ομάδα μέσα από την οποία έρχεται σε επαφή με άλλους ανθρώπους και στην οποία έχει τον πρωταγωνιστικό ρόλο. Είναι η ομάδα μέσα στην οποία συντελείται η πρωτογενής κοινωνικοποίηση του. Οι σύγχρονες οικογένειες είναι καθαρά παιδοκεντρικές όπου τα πάντα περιστρέφονται γύρω από το παιδί.

Συνεπώς, για πολλά παιδιά, η είσοδός τους στο σχολείο είναι ένα γεγονός γεμάτο από δυσκολίες, γιατί αντιπροσωπεύει μια από τις πιο σημαντικές αλλαγές στον μέχρι τότε τρόπο ζωής τους. Άλλα παιδιά ξεκινούν τη σχολική τους ζωή χωρίς δισταγμούς. Για τα περισσότερα παιδιά, η φοίτησή τους στον παιδικό σταθμό ή στο νηπιαγωγείο αποτελεί και την πρώτη τους εμπειρία παρατεταμένης απομάκρυνσης από το σπίτι και από τις καθημερινές τους συνήθειες και τον τρόπο ζωής, που μέχρι τώρα είχαν υιοθετήσει. Με την είσοδό του το παιδί στο σχολείο μπαίνει σε έναν εντελώς διαφορετικό κόσμο. Ξαφνικά, παύει να είναι το επίκεντρο, γύρω από το οποίο στρεφόταν η προσοχή όλων, γιατί εκεί υπάρχουν και άλλα παιδιά και όλα μαζί μοιράζονται την προσοχή και την φροντίδα της δασκάλας τους. Τα παιδιά πρέπει να αποκτήσουν συνείδηση των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων, που απορρέουν από τη φοίτησή τους στο σχολείο, να προσαρμοστούν σε νέους κανόνες, να ασκήσουν την ικανότητα της αυτοσυγκέντρωσης, της αυτοπειθαρχίας και της προσοχής. Όλα αυτά δεν είναι εύκολα για ένα μικρό παιδάκι.

Το θέμα, λοιπόν, είναι το πώς μπορεί ένα παιδί να προετοιμαστεί κατάλληλα για την πρώτη του επίσκεψη στην σχολική κοινότητα. Πρώτο και κύριο μέλημα σας θα πρέπει να είναι το να μην του μεταδώσετε το δικό σας άγχος και τις ανησυχίες. Μπορεί να φοβάστε σχετικά με το τι πρόκειται να συναντήσει εκεί που θα πάει, αν θα τα καταφέρει με τις νέες του υποχρεώσεις ή ακόμη και να νοιώθετε τύψεις που το αποχωρίζεστε αλλά σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να εκδηλώνετε ανοιχτά αυτούς τους προβληματισμούς.

Έπειτα, καλό θα είναι ο μικρός μαθητής να προετοιμάζεται για αρκετό χρονικό διάστημα για αυτή την τόσο σπουδαία αλλαγή στη ζωή του, θα πρέπει να του δημιουργηθούν θετικά αισθήματα και προσδοκίες ως προς την φοίτηση του στο σχολείο. Να ενημερωθεί για τις δραστηριότητες με τις οποίες θα ασχοληθεί, για τους φίλους που πρόκειται να αποκτήσει, για τις κατασκευές που θα φτιάχνει για τις νέες γνώσεις και εμπειρίες που θα αποκτήσει ή ακόμη και για το πόσο καλή θα είναι η παιδαγωγός του. Αν χρειαστεί μπορεί να γίνει και μία επίσκεψη στον χώρο του σχολείου κατά την διάρκεια των καλοκαιρινών διακοπών ή ακόμη και να πραγματοποιηθεί συνάντηση με την δασκάλα για μια πρώτη γνωριμία. Ακόμη, είναι πολύ βοηθητικό να επιλέξει και να αγοράσει ο ίδιος ο μαθητής τα απαραίτητα σχολικά είδη π.χ. την τσάντα, τα μολύβια και τα τετράδια που του αρέσουν, τα ρούχα που θα φοράει εκεί, σε μία προσπάθεια επιβράβευσης του για αυτή τη νέα του αρχή.

Θα ήταν πολύ βοηθητικό να διηγηθείτε στο παιδί σας ιστορίες με τον αγαπημένο του ήρωα που έχουν να κάνουν με την πρώτη μέρα στο σχολείο. Προσπαθήστε η ιστορία σας να είναι ευχάριστη, να έχει αστεία, ο ήρωας να κάνει νέους φίλους στο σχολείο του, να μαθαίνει νέα πράγματα και να μπορεί να διαβάξει. Μπορείτε να του περιγράψετε πώς ήταν η δική σας πρώτη μέρα στο σχολείο (ή π.χ. του μεγαλύτερου του αδερφού), τι κάνατε εκεί, πώς γνωρίσατε τους καινούριους σας φίλους, πόσο χαρούμενοι ήσασταν για την πρώτη μέρα στο σχολείο.

Ωστόσο, παρά την προετοιμασία, η στιγμή της άφιξης στο σχολείο είναι ιδιαίτερα ψυχοφθόρα. Θα πρέπει να μιλήσετε στο παιδί σας με ειλικρίνεια, εξηγώντας του τους λόγους για τους οποίους πρέπει να πάει και δίνοντας του μια πλήρη αναφορά σχετικά με το πού θα βρίσκεται την ώρα που αυτό θα είναι στο σχολείο και με τι θα ασχοληστεί, π.χ. αν θα εργάζεστε ή αν θα είστε σπίτι με ένα μικρότερο αδερφάκι. Αν παρ' όλα αυτά ξεσπάσει σε κλάματα καθισχύστε το και μείνετε μαζί του για λίγη ώρα μέχρι να ηρεμήσει. Αν δείτε ότι τα κλάματα συνεχίζουν ή ακόμη γίνονται πιο έντονα αποχωρίστε



διακριτικά δίνοντας του την υπόσχεση ότι θα το πάρετε μία συγκεκριμένη ώρα (στην οποία θα πρέπει να είστε απόλυτα συνεπείς).

Γενικά, επειδή όλη αυτή η διαδικασία της προσαρμογής είναι αρκετά επίπονη, όχι μόνο για το παιδί αλλά και για όλη την οικογένεια, καλό θα ήταν να αποφευχθούν άλλες αλλαγές - κλειδιά, ιδιαίτερα για το πρώτο χρονικό διάστημα. Καλό είναι να του εξηγήσετε αναλυτικά και όσες φορές χρειαστεί ποιο θα είναι το πρόγραμμα του το φετινό χειμώνα και πως αυτή η διαδικασία είναι η ίδια που όλα τα παιδάκια του κόσμου ακολουθούν ώστε να μεγαλώσουν σωστά και να μάθουν τον κόσμο. Τέλος, θα πρέπει να θυμάστε ότι τα ψέματα και οι προσπάθειες παραπλάνησης δεν βοηθούν καθόλου. Αντίθετα, πληγώνουν το παιδί και του δημιουργούν ανασφάλειες και ανησυχίες.

Καλή σχολική χρονιά σε όλους τους μικρούς μαθητές!!!

Άλλες πηγές:

www.hamogelo.gr/140-1/812/Proth-fora-sto-sxoleio, www.karatziou.gr/texts/article1.doc, www.praxisth.gr/arthra/33-πρωτη-μερα-στο-σχολειο.html

ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΣΑΝΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΛΑΤΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Πόνος στην πλάτη των παιδιών και εφήβων δεν είναι σπάνιος. Υπολογίζεται ότι 37% των παιδιών σχολικής ηλικίας παραπονιούνται για πόνους στην πλάτη τους.

Το πρόβλημα αυτό απασχολεί τους γονείς τους παιδίατρος και τους φυσικοθεραπευτές που βλέπουν με ανησυχία τα παιδιά να μεταφέρουν καθημερινά ένα βαρύ φορτίο μέσα στη σχολική τους τσάντα. Οι κίνδυνοι της μεταφοράς ενός φορτίου που είναι δυσανάλογο για το σώμα και την ηλικία του παιδιού, αφορά κυρίως τη σπονδυλική στήλη του παιδιού.

Εκτός από την πρόκληση του πόνου υπάρχει ο κίνδυνος πρόκλησης λειτουργικής σκολίωσης. Με τον όρο σκολίωση περιγράφεται η πλάγια κλίση, πάνω από 10 μοίρες, της σπονδυλικής στήλης, με σχήμα "C" ή "S".

ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΛΟΓΩ ΚΑΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ.

Όπως το περιγράφει και ο χαρακτηρισμός της, οφείλεται στην κακή στάση του παιδιού. Μπορεί να αντιμετωπισθεί με επιτυχία από την τεχνική 'Λειτουργικής Αποκατάστασης- Manual Therapy', σε συνδυασμό με επανεκπαίδευση στην σωστή στάση και πρόγραμμα ειδικών ασκήσεων ενίσχυσης της λειτουργικότητας και του μυϊκού τόνου, ώστε να διατηρείται η σωστή στάση σε κάθε δραστηριότητα του παιδιού.

Σε έρευνα που έγινε και αφορούσε 1.546 παιδιά ηλικίας από 11 έως 14 ετών, βρέθηκε ότι:

Από το σύνολο των παιδιών το 37% παραπονιόταν για πόνο στην πλάτη

Τα παιδιά που είχαν τις πιο βαριές σχολικές τσάντες, παρουσίαζαν και τους περισσότερους πόνους στην πλάτη

Πολλά από τα παιδιά, περισσότερα από 1 στα 4, είπαν ότι ο πόνος ήταν τόσο έντονος που τα οδηγούσε σε αλλαγή του επιπέδου δραστηριότητάς τους

Το 10% των παιδιών δήλωσαν ότι είχαν πάρει φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου της πλάτης τους

Τα παιδιά που ήσαν μικρότερα στην ηλικία και τα κορίτσια είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν σκολίωση

Ο μέσος όρος του βάρους της σχολικής τσάντας των παιδιών, ανερχόταν στο 9% του βάρους



σώματος των παιδιών.

Παρά το γεγονός ότι το βάρος αυτό είναι μικρότερο από αυτό που συστήνει η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής για τις τσάντες των παιδιών (από 10% έως 20% του βάρους σώματος του παιδιού), εντούτοις ο πόνος της πλάτης ήταν υπαρκτός σε πολλές περιπτώσεις

Κατά περίεργο τρόπο, τα παιδιά που

τοποθετούσαν την τσάντα τους με ένα λουρί στο ένα ώμο αντί και τα δύο λουριά στους δύο ώμους, δεν είχαν περισσότερα προβλήματα από τα άλλα παιδιά

Η έρευνα δείχνει το πρόβλημα των σκελετικών διαταραχών που μπορούν να προκληθούν από τις σχολικές τσάντες.

Ο πόνος και η σκολίωση της σπονδυλικής στήλης μπορούν να επηρεάσουν όχι μόνο τη

φαρδιά λουριά με
βάτες και βάτα
στο πίσω μέρος

Το βάρος της
τσάντας ΔΕΝ
πρέπει να
ξεπερνά το 10%
έως 20% του
βάρους του
παιδιού



σωματική διαμόρφωση των παιδιών αλλά και να τροποποιήσουν τις δραστηριότητες τους, αλλοιώνοντας την ποιότητα ζωής τους.

Οι ειδικοί εισηγούνται ότι πρέπει να βρεθούν τρόποι να γίνουν πιο ελαφριές οι σχολικές τσάντες των παιδιών.

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, έχει εκδώσει οδηγίες για τις σχολικές τσάντες που θα πρέπει να έχουν τα παιδιά: Πρέπει να γίνεται προσεκτική επιλογή για την ανεύρεση κατάλληλης τσάντας για το παιδί. Αυτές που έχουν φαρδιά λουριά με βάτες και που έχουν βάτα στο πίσω μέρος (εκείνο που έρχεται σε επαφή με την πλάτη του παιδιού), είναι πιο αναπαικτικές για το παιδί και θα πρέπει να προτιμούνται.

Οι σχολικές τσάντες πρέπει να είναι ελαφριές. Δεν πρέπει να ξεπερνούν το 10% έως 20% του βάρους του παιδιού. Τα παιδιά θα πρέπει πάντα να βάζουν και τα δύο λουριά, το ένα στον κάθε ώμο. Εάν μεταφέρουν την τσάντα μόνο στον ένα ώμο, υπάρχει ο κίνδυνος να δυσκολεύουν τους μυς τους και να υποστούν σκολίωση.

Η κατανομή των βιβλίων μέσα στην τσάντα πρέπει να γίνεται ομοιόμορφα για να υπάρχει ισοζυγισμένη κατανομή του βάρους. Τα πιο βαριά αντικείμενα θα πρέπει να τοποθετούνται στο κέντρο.

Εάν υπάρχει η δυνατότητα, τότε μια σχολική τσάντα με τροχούς θα μπορούσε να βοηθήσει. Είναι όμως γεγονός ότι κάτω από ορισμένες συνθήκες, αυτό μπορεί να μην είναι πρακτικό.

Εάν το παιδί φοιτά σε σχολείο που υπάρχουν ατομικά ερμάρια, τότε το παιδί θα μπορούσε, ορισμένα βιβλία να τα έχει διπλά, στο σχολείο και στο σπίτι, για να αποφεύγεται η μεταφορά τους.

Οι γονείς δεν πρέπει να αμελούν εάν το παιδί ή ο έφηβός τους, παραπονιέται για πόνο στην πλάτη. Σε τέτοια περίπτωση, θα πρέπει να συμβουλευούνται τον παιδίατρο τους ή τον φυσικοθεραπευτή τους. Οι γονείς, οι δάσκαλοι και καθηγητές των παιδιών και εφήβων, με την επιστροφή στο σχολείο, από την αρχή του χρόνου, είναι απαραίτητο να λαμβάνουν υπόψη το πρόβλημα των ενοχλήσεων ή παθήσεων που προκαλεί η βαριά σχολική τσάντα και να μεριμνούν για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Βιβλιογραφία:

National Institute of Arthritis and Musculo-skeletal and Skin Diseases

American Academy of Orthopedic Surgeons

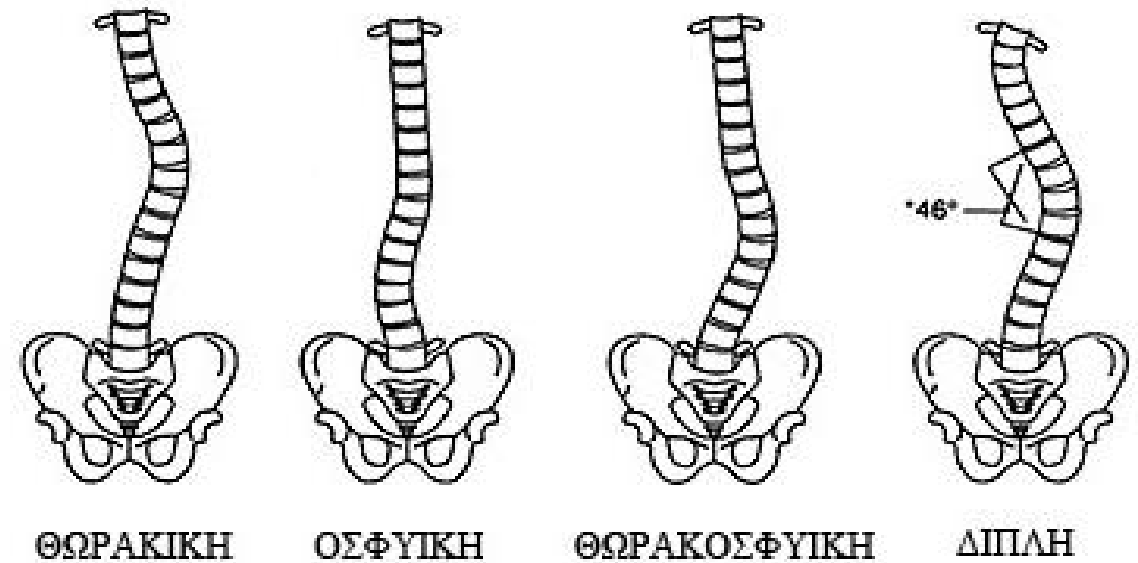


ΣΚΟΛΙΩΣΗ

ΣΚΟΛΙΩΣΗ

Άρθρο του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT

ΤΥΠΟΙ ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ



Με τον όρο Σκολίωση περιγράφεται η πλάγια κλίση, πάνω από 10 μοίρες, της σπονδυλικής στήλης, με σχήμα “C” ή “S”. Εμφανίζεται στο 2% του πληθυσμού και από αυτούς το 0,5% έχει σοβαρό πρόβλημα.

Η σκολίωση ταξινομείται σε τέσσερις τύπους:

1. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΚΟΛΙΩΣΗ. Είναι παρούσα από την γέννηση του παιδιού. Η μόνη αποτελεσματική αντιμετώπιση είναι η χειρουργική.

2. ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΛΟΓΩ ΝΕΥΡΟ-ΜΥΪΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (πολιομυελίτιδα, εγκεφαλική παράλυση, μυϊκή δυστροφία κ.α.). Η αντιμετώπιση εντάσσεται στην γενική θεραπευτική προσέγγιση αυτών των ασθενών.

3. ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΣΚΟΛΙΩΣΗ. Αποτελεί το 80% των περιστατικών, αγνώστου αιτιολογίας. Εμφανίζεται σε ηλικία 10 ετών περίπου, με συχνότητα τριπλάσια στα κορίτσια από τα αγόρια. Η εγκατάσταση είναι σταδιακή, χωρίς πόνο, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα σοβαρό πρόβλημα, χωρίς να γίνεται άμεσα αντιληπτό από τους γονείς.

4. ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΛΟΓΩ ΚΑΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ. Όπως το περιγράφει και ο χαρακτηρισμός της, οφείλεται στην κακή στάση του παιδιού ή του ενήλικα, ενώ είναι αρκετά συχνή. Μπορεί να αντιμετωπισθεί με επιτυχία από την τεχνική “Manual Therapy”, σε συνδυασμό με επανεκπαίδευση στην σωστή στάση και πρόγραμμα ειδικών ασκήσεων ενίσχυσης

της λειτουργικότητας και του μυϊκού τόνου, ώστε να διατηρείται η σωστή στάση σε κάθε δραστηριότητα του ασθενή.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΕΧΟΥΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΩΣΤΕ ΝΑ ΠΡΟΛΑΒΟΥΝ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ

Ιδιαίτερα για τους δυο τελευταίους τύπους σκολίωσης (Ιδιοπαθής, Λόγω κακής στάσης), καθοριστικός παράγοντας για την έκβαση της θεραπείας είναι η έγκαιρη διάγνωση. Οι γονείς πρέπει και μπορούν να έχουν μια καθοριστική συμμετοχή σε αυτήν. Θα πρέπει να παρατηρούν το παιδί τους για:

- Ασυμμετρία των ώμων.
- Αν προεξέχει η ωμοπλάτη προς τα πίσω.
- Ασυμμετρία στην μέση ή την λεκάνη.
- Ανυψωμένο ισχίο.
- Κλίση ολόκληρου του σώματος στην μια πλευρά.

Βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάμε την προληπτική εξέταση των παιδιών, είτε με πρωτοβουλία των γονέων, είτε του σχολείου από ειδικευμένους ιατρούς ή φυσικοθεραπευτές.

ΠΩΣ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΣΤΗΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΚΟΛΙΩΣΗ

Η σπονδυλική στήλη (Σ.Σ.) είναι ένα κινητικό

όργανο, που περιλαμβάνει τους σπονδύλους, τον μεσοσπονδύλιο δίσκο (βρίσκεται ανάμεσα στους σπονδύλους και λειτουργεί σαν αμορτισέρ αποσβένοντας τους κραδασμούς και τις πιέσεις που δέχεται η Σ.Σ., ενώ επιτρέπει τις πλάγιες και στροφικές κινήσεις του κορμού), και ένα σύνολο μυών - συνδέσμων για επιπρόσθετη στήριξη και βοήθεια στην διατήρηση της ακεραιότητας της κατασκευής.

Η ύπαρξη σκολίωσης σημαίνει αλλαγή στην διάταξη αυτής της κατασκευής με διαταραχή της λειτουργικότητας. Δηλαδή περιορισμός της κινητικότητας.

Η ένταση των καθημερινών δραστηριοτήτων προκαλεί μια σημαντική μηχανική τάση πάνω της, που επιδεινώνεται από την κακή στάση, το αδύνατο μυϊκό σύστημα και τυχόν τραυματισμούς. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι μικροτραυματισμοί στους μυς, τους συνδέσμους, φλεγμονή στα νεύρα ή της αρθρώσεις και φυσικά πόνοι.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η σκολίωση πάνω από 10 μοίρες μπορεί να διαπιστωθεί από την κλινική εξέταση και να επιβεβαιωθεί από την ακτινογραφία (X-RAY) ολόκληρης της σπονδυλικής στήλης.



Με την ακτινογραφία μπορούμε να καθορίσουμε ακριβώς το μέγεθος του κυρτώματος, σημαντικό στοιχείο για τη επιλογή του θεραπευτικού προγράμματος που θα ακολουθήσει ο ασθενής.

ΤΗΛΕΜΕΤΡΙΑ

Αποτελεί θαυμάσιο εργαλείο έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης μορφολογικών παθήσεων στα παιδιά (κύφωση, σκολίωση, λόρδωση). Είναι γνωστό ότι σε αυτής της μορφής τα προβλήματα, η έγκαιρη διάγνωση καθορίζει το ποσοστό επιτυχίας της θεραπείας..

Έχοντας πλεονεκτήματα ότι δεν επιβαρύνει καθόλου τον οργανισμό με ακτινοβολία και το χαμηλό κόστος, προληπτικά μπορούν να γίνονται επαναληπτικές μετρήσεις στα παιδιά ηλικίας από 8 ετών έως 15 ετών, ώστε να διαπιστωθεί αν πάσχουν για να αρχίσουν όσο το δυνατόν γρηγορότερα την ανάλογη θεραπεία.

Ευμελογικά «Τηλεμετρία» σημαίνει μετρώ από μακριά. Με την χρήση ενός ειδικά διαμορφωμένου αισθητήρα (Spinal Mouse) που φέρει ηλεκτρονικούς δέκτες και κυλά πάνω στην σπονδυλική στήλη, στέλνονται πληροφορίες μέσω ραδιοσυχνότητας στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, ο οποίος τις σχηματοποιεί, τις αναλύει και τις συγκρίνει με προηγούμενες.

Αυτές οι πληροφορίες αξιοποιούνται από τον θεραπευτή για να εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενή και να κατανοήσει τον μηχανισμό που προκάλεσε τα προβλήματα του, ώστε να σχεδιάσει το κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα για τις ατομικές ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενή. Παράλληλα έχει ένα αντικειμενικό τρόπο αξιολόγησης της θεραπευτικής προσπάθειας.

Η εξέταση είναι αξιόπιστη, γρήγορη, ασφαλής. Οι πληροφορίες που λαμβάνουμε αφορούν την στάση του ασθενή (κύφωση, σκολίωση, λόρδωση), το εύρος κίνησης της σπονδυλικής στήλης σαν σύνολο, αλλά και για κάθε σπονδυλικό τμήμα ξεχωριστά (υπο-κινητικότητα / υπερ-κινητικότητα),

ενώ μας δίνει την δυνατότητα αξιολόγησης της ικανότητας των μυών να στηρίζουν την σπονδυλική στήλη στην όρθια στάση (Matthi-ass test).

Η εξέταση περιλαμβάνει δυο στάδια.

· Το αρχικό στάδιο είναι οι μετρήσεις που γίνονται πριν αρχίσει το θεραπευτικό πρόγραμμα και αποτελεί την βάση για τον σχεδιασμό του.

· Το τελικό στάδιο, όπου αντικειμενικά πλέον αξιολογούμε την αποτελεσματικότητα του προγράμματος.

Φυσικά έχοντας σαν βάση αυτές τις πληροφορίες, μπορούμε να εκτιμήσουμε μακροχρόνια την εξέλιξη της πορείας των ασθενών.

Υπάρχουν βέβαια και άλλοι τρόποι περισσότερο εξειδικευμένοι, αλλά δεν υπάρχει λόγος να αναφερθούν.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για την καλύτερη κατανόηση της θεραπευτικής προσέγγισης ας βάλουμε κάποια όρια σύμφωνα με το μέγεθος του κυρτώματος.

1. 10 – 20 μοίρες. Συνίσταται πρόγραμμα ειδικών θεραπευτικών ασκήσεων, επανεκπαίδευση στην σωστή στάση. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι ο εγκέφαλος (το όργανο που ελέγχει όλες μας τις δραστηριότητες εκούσιες ή ακούσιες), έχει καταγράψει την λανθασμένη στάση σαν φυσιολογική και αυτό είναι που πρέπει να αλλάξει. Για τον σκοπό αυτόν απαιτείται η συνεργασία του ίδιου του ασθενή, αλλά και του περιβάλλοντος του. Η δυσκολία είναι μεγάλη ιδιαίτερα στα παιδιά που δεν έχουν συμπτώματα, αλλά πρέπει να πεισθούν να συνεργασθούν για να μην έχουν προβλήματα στο μέλλον. Επανεξέταση του ασθενή κάθε έξη μήνες, ώστε να παρακολουθείτε η εξέλιξη της σκολίωσης.

2. 25 – 40 μοίρες. Στα προηγούμενα προστίθεται η αναγκαιότητα χρήσης ειδικών κηδεμόνων, με σκοπό να σταματήσει η εξέλιξη της σκολίωσης (ποσοστό επιτυχίας 70%), αλλά

όχι να διορθωθεί.

3. 40 – 50 μοίρες. Ο ασθενής βρίσκεται σε επικίνδυνη ζώνη για επιπλοκές από το αναπνευστικό ή το καρδιαγγειακό σύστημα, απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Η έγκαιρη διάγνωση είναι ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας για την εξέλιξη του προβλήματος. Μέχρι την ηλικία των 16 – 17 χρόνων πολλά μπορούν να γίνουν και πολλά μπορούν να διορθωθούν. Μετά από αυτήν την ηλικία, που σταματάει η ανάπτυξη του παιδιού, το μόνο που μπορούμε να κάνουμε είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και η αποτροπή της επιδείνωσης.

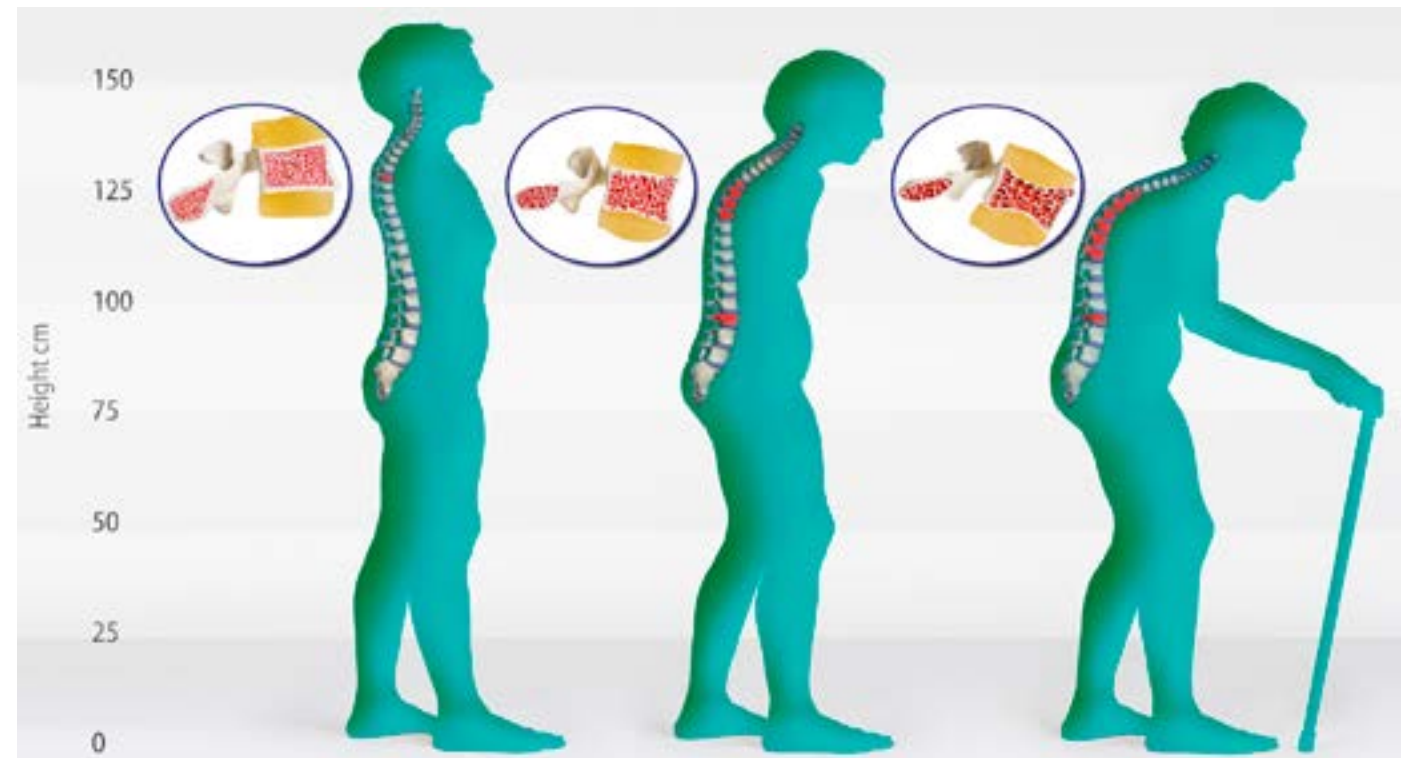
Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι αυτό το πρόβλημα είναι ικανό να δημιουργήσει στον ασθενή κοινωνικά ή ψυχολογικά προβλήματα (έλλειψη αυτοσεβασμού, αυτοπεποίθησης, περιθωριοποίηση κ.α.), τόσο στην ενηλικίωση, όσο και στον εργασιακό χώρο (περιορισμένες επαγγελματικές ευκαιρίες). Φυσικά η οικονομική επιβάρυνση για τις απαραίτητες θεραπείες είναι σημαντική.



ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ

ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗ...

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**



ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΡΓΑ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΨΕΤΕ ΤΑ ΟΣΤΑ ΣΑΣ

Οστεοπόρωση σημαίνει «πορώδη οστά».

Οστά που κάποτε ήταν δυνατά μετατρέπονται σε αδύνατα και εύθραυστα.

Τόσο εύθραυστα που σε προχωρημένες περιπτώσεις ακόμα και μία ήπια επιβάρυνση, όπως να σκύψει να σηκώσει κανείς μια εφημερίδα ή ο βήχας να μπορεί να προκαλέσει κάταγμα.

--Η δύναμη των οστών εξαρτάται από την μάζα και την πυκνότητα τους. Αυτά εξαρτώνται από το ασβέστιο, το φώσφορο και τα άλλα μέταλλα που βρίσκονται στα οστά. Η ελάττωση της ποσότητας των μετάλλων αποδυναμώνει τις κατασκευές που τα στηρίζουν εκ των έσω.

--Τα οστά συνεχώς ανακατασκευάζονται. Νέο οστό δημιουργείται και παλαιό αποικοδομείται. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται «remodeling» ή «bone turnover».

--Κύτταρα που ονομάζονται οστεοκλάστες διαλύουν παλαιά οστικά κύτταρα, δημιουργώντας μικροσκοπικές κοιλότητες. Άλλα κύτταρα, οι οστεοβλάστες συμπληρώνουν αυτές τις κοιλότητες με μία μαλακή κηρήθρα από πρωτεϊνικές ίνες, η οποία στην συνέχεια σκληραίνει από την εναπόθεση μετάλλων και ιδιαίτερα του ασβεστίου.

--Τα οιστρογόνα κατέχουν ένα ρόλο πολύ σημαντικό για την υγεία των οστών. Βοηθούν στην αργή απορρόφηση του παλαιού οστού ενώ ταυτόχρονα επιτρέπουν την γρήγορη

ανακατασκευή του νέου.

--Ένας πλήρης κύκλος ανακατασκευής γίνεται περίπου σε 2 – 3 μήνες. Στους νέους ανθρώπους ο οργανισμός ανακατασκευάζει νέο οστό γρηγορότερα από ότι αποικοδομεί παλαιό. Με αποτέλεσμα να αυξάνεται η μάζα του οστού. Η μέγιστη οστική μάζα επιτυγχάνεται περίπου στα μέσα της δεκαετίας των 30 ετών. Μετά από αυτή την ηλικία ο συσχετισμός αυτός αντρείπεται. Η απώλεια είναι 3 % έως 5 % κάθε χρόνο. Με την εμμηνοπαυση, οπότε το επίπεδο των οιστρογόνων πέφτει στο σώμα, η απώλεια της οστικής μάζας στις γυναίκες επιταχύνεται περίπου 1% έως 3 % κάθε χρόνο επιπλέον. Στην ηλικία των 60 ετών η αποικοδόμηση ελαττώνεται αλλά δεν σταματά. Σε προχωρημένες ηλικίες οι γυναίκες έχουν χάσει το 35 % έως 50 % της οστικής μάζας ενώ οι άνδρες το 20 % έως το 35 %.

--Ο κίνδυνος να εκδηλωθεί η ασθένεια εξαρτάται από την ποσότητα της οστικής μάζας που συγκεντρώνεται μέχρι την ηλικία των 35 χρόνων περίπου και με τον ρυθμό της απώλειας στην συνέχεια. Όσο περισσότερη οστική μάζα συγκεντρωθεί, τόσο περισσότερο αποθεματικό υπάρχει άρα λιγότερες πιθανότητες να εκδηλωθεί η νόσος.

--Η απώλεια της οστικής μάζας είναι ανώδυνη στα αρχικά στάδια.

Τα κατάγματα στην σπονδυλική στήλη προκαλούνται χωρίς ατύχημα ή τραυματισμό. Είναι συμπτωτικά λόγω του βάρους.

Προκαλούν ισχυρό πόνο και απαιτούν μεγάλο

διάστημα αποκατάστασης.

Ο ασθενής χάνει πόντους από το ύψος καθώς η στάση γίνεται κυφωτική (κυρτή).

Τα κατάγματα στο ισχίο είναι τα δεύτερα σε συχνότητα, προκαλούνται συνήθως μετά από τραυματισμό.

Παρόλο που οι περισσότεροι ασθενείς έχουν πολύ καλή αποκατάσταση με τις μοντέρνες τεχνικές (αρθροπλαστική ισχίου), τα κατάγματα του ισχίου μπορεί να έχουν σαν αποτέλεσμα αναπηρία ή ακόμα και τον θάνατο από τις μετεγχειρητικές επιπλοκές.

ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

οστεοπόρωση

ΦΥΛΟ: Τα κατάγματα από την οστεοπόρωση είναι διπλάσια σε συχνότητα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες.

Οι γυναίκες δημιουργούν λιγότερη οστική μάζα από ότι οι άνδρες στην ενηλικίωση και καταναλώνουν λιγότερο ασβέστιο.

Άλλη σημαντική διαφορά είναι σημαντική πτώση των οιστρογόνων με την εμμηνοπαυση.

ΗΛΙΚΙΑ: Οι μεγαλύτερες ηλικίες έχουν και μεγαλύτερο κίνδυνο.

ΦΥΛΗ: Η Καυκάσια φυλή έχει την μεγαλύτερη συχνότητα σε οστεοπόρωση ενώ η Μαύρη φυλή την μικρότερη.

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ: Η ύπαρξη ατόμων με οστεοπόρωση στην οικογένεια αυξάνει τον κίνδυνο



ΟΙΣΤΡΟΓΟΝΑ: Όσο μεγαλύτερη παραγωγή οιστρογόνων έγινε στην διάρκεια προ της εμμηνόπαυσης περιόδου ή όσο αργότερα ήρθε η εμμηνόπαυση τόσο λιγότερος είναι ο κίνδυνος για την εκδήλωση της νόσου.

ΦΑΡΜΑΚΑ: Μακροχρόνια χρήση κορτικοστεροειδων φαρμάκων ή διουρητικών ή θυροειδικής ορμόνης προκαλεί ζημιά στα οστά. Σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να καταγράφεται συχνά η πυκνότητα των οστών και να δίνονται προληπτικά τα κατάλληλα φάρμακα.

ΔΙΑΦΟΡΑ: Χειρουργείο όπως γαστρεκτομή ή άλλες ασθένειες που περιλαμβάνουν το πεπτικό σύστημα μπορούν να ελαττώσουν την

ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ

ΜΗΝ ΚΑΠΝΙΖΕΤΑΙ: Το κάπνισμα αυξάνει την απώλεια της οστικής μάζας, ελαττώνοντας την ποσότητα των οιστρογόνων στον οργανισμό και ελαττώνοντας την απορρόφηση του ασβεστίου από το έντερο.

Οι καπνίστριες τείνουν να εισέλθουν στην εμμηνόπαυση νωρίτερα από τις μη καπνίστριες.

ΚΑΤΑΝΑΛΩΝΕΤΑΙ ΕΠΑΡΚΗ ΠΟΣΟΤΗΤΑ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D. Είναι σημαντικά για την πυκνότητα της οστικής μάζας στην νεαρή ηλικία, ενώ επιβραδύνουν την απώλεια της με το πέρασμα των χρόνων. Αν δεν προσλαμβάνεται επαρκή ποσότητα ασβεστίου

ασβεστίου που αποβάλλεται από τα ούρα.

ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

ΔΙΑΤΗΡΗΘΕΙΤΕ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΙ ΜΕ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Η άσκηση δεν βοηθάει μόνο στην πρόληψη της οστεοπόρωσης, αλλά και στην αντιμετώπιση της.

Σημαντικό είναι να γνωρίζουμε ποιές ασκήσεις πρέπει να κάνουμε και ποιές όχι, καθώς και τον τρόπο να τις κάνουμε σωστά.

Η άσκηση επιβραδύνει την απώλεια των μετάλλων, βοηθάει στην διόρθωση και διατήρηση της σωστής στάσης και βελτιώνει την συνολική φυσική κατάσταση, μειώνοντας τον κίνδυνο των ατυχημάτων από πτώση.

Συνήθως απαιτείται ένας συνδυασμός δραστηριοτήτων για να βοηθήσει την πρόληψη ή αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ: Πρέπει να περιλαμβάνονται δραστηριότητες όπου τα οστά να στηρίζουν το βάρος του σώματος.

Για παράδειγμα τέτοιες είναι το βάδισμα (τουλάχιστον 1 έως 2 χιλιόμετρα ημερησίως) το τρέξιμο, το ανέβασμα σκαλοπατιών κ.λ.π..

ΑΣΚΗΣΕΙΣ ΜΕ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ: Ασκήσεις ισχυροποίησης των μυών για την καλύτερη στήριξη του σκελετού και την ευκολότερη διατήρηση της σωστής στάσης. Αν ήδη έχετε οστεοπόρωση, απαραίτητη κρίνεται η βοήθεια από ένα φυσικοθεραπευτή για τον σχεδιασμό του προγράμματος ισχυροποίησης, που θα περιλαμβάνει εκπαίδευση του σωστού τρόπου χρησιμοποίησης του σώματος και του σωστού βαθμού δυσκολίας των ασκήσεων σύμφωνα με το βαθμό της απώλειας της οστικής μάζας.

ΙΣΧΥΡΟΠΟΙΗΣΗ ΡΑΧΙΑΙΩΝ ΜΥΩΝ: Η ισχυροποίηση των ραχιαίων μυών βοηθάει στην αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης, διατηρώντας ή βελτιώνοντας την στάση.

Η κυρτή οστεοπορωτική στάση, που προκαλείται από τα συμπιεστικά κατάγματα της σπονδυλικής στήλης, αυξάνει την πίεση κατά μήκος της, που μπορεί να οδηγήσει σε ακόμα περισσότερα συμπιεστικά κατάγματα. Ασκήσεις που ήπια ευθραϊζουν την πλάτη μπορούν να ισχυροποιήσουν τους ραχιαίους μύες ενώ ταυτόχρονα ελαττώνουν την τάση στα οστά.

ΠΡΟΣΟΧΗ

ΕΑΝ ΕΧΕΤΕ ΔΙΑΠΙΣΤΩΜΕΝΗ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ Ο ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗΣ ΝΑ ΣΧΕΔΙΑΣΕΙ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΤΩΝ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΘΑ ΕΙΝΑΙ ΑΣΦΑΛΕΣ ΓΙΑ ΕΣΑΣ

ΕΠΑΝΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η τακτική επανεκτίμηση της κατάστασης αυξάνει την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Θα πρέπει να αναφέρετε όλες τις αλλαγές που αισθάνεστε μέσα από την διαδικασία της θεραπείας. Αυτές οι πληροφορίες είναι σημαντικές ώστε πάντοτε να λαμβάνονται οι καλύτερες αποφάσεις για την μελλοντική σας φροντίδα.

Η κατανόηση του προβλήματος είναι σημαντικός παράγοντας για την επιτυχία.

ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

ΓΕΡΑ ΟΣΤΑ ΓΙΑ ΜΙΑ ΖΩΗ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, ΜΝΤ**

Η οστεοπόρωση είναι το δεύτερο μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Δεν αφορά μόνο στους ηλικιωμένους, ούτε είναι θέμα αποκλειστικά γυναικείο. Μας «απειλεί» όλους και η πρόληψή της πρέπει να μας απασχολεί από την παιδική κιόλας ηλικία.

Αποτελεί ασθένεια των οστών, εξαιτίας της οποίας μειώνεται σταδιακά η πυκνότητά τους, με αποτέλεσμα να γίνονται πιο αδύναμα και εύθραυστα. Συνέπεια αυτής της διαδικασίας είναι να γινόμαστε πολύ πιο επιρρεπείς στα κατάγματα. Σήμερα, πολύ δύσκολα θα συναντήσουμε γυναίκα η οποία δεν γνωρίζει τι είναι η οστεοπόρωση. Κι όμως, μόνον το 10% πιστεύει ότι είναι δυνατό να πάσει απ’ αυτή. Δυστυχώς, τα συμπτώματά της δεν γίνονται αντιληπτά στο πρώιμο στάδιο της νόσου. Αρχικά, μπορεί να αισθανούμε μικρούς πόνους στην πλάτη ή τη μέση και να μην αντέχουμε να σηκώνουμε μεγάλα βάρη. Καθώς η ασθένεια προχωρά, όμως, και τα κόκαλά μας γίνονται όλο και πιο αδύναμα, μπορεί απλοί μικροτραυματισμοί να αποτελούν αιτία καταγμάτων (τα πιο συχνά σημειώνονται στον καρπό, στη σπονδυλική στήλη και στο ισχίο). Χαρακτηριστικό των ανθρώπων με οστεοπόρωση είναι ότι χάνουν ύψος και κυρτώνει η σπονδυλική τους στήλη.

Επειδή, λοιπόν, όταν θα είμαστε σε θέση να παρατηρήσουμε τα συμπτώματά της, αυτή θα έχει ήδη εξελιχθεί, καλύτερα να γνωρίζουμε τις αιτίες και πώς μπορούμε να την προλάβουμε.

Οι αιτίες της

Παρουσιάζεται κυρίως στις γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Βασικό λόγο αποτελεί η απότομη έλλειψη οιστρογόνων, η οποία αυξάνει το ρυθμό απώλειας της οστικής μάζας. Δεν είναι, όμως, μόνο η φύση υπεύθυνη για την εμφάνιση της οστεοπόρωσης. Συντελούμε κι εμείς σημαντικά όταν αποφεύγουμε συστηματικά την άσκηση, δεν φροντίζουμε για την επαρκή πρόσληψη ασβεστίου και ενδίδουμε σε «κακές» συνήθειες, όπως το ποτό και το κάπνισμα.

Ξέρετε ότι...

... οι άντρες άνω των 50 κινδυνεύουν

περισσότερο από την οστεοπόρωση παρά από τον προστάτη;

Μπορούμε να την προλάβουμε;

Η πρόληψη της οστεοπόρωσης επιτυγχάνεται μέσα από καθημερινές συνήθειες και επιλογές σε όλη μας τη ζωή. Από την παιδική κιόλας ηλικία είναι απαραίτητο να λαμβάνουμε καθημερινά την ποσότητα ασβεστίου που χρειάζεται ο οργανισμός (κυρίως από γαλακτοκομικά, ψάρια που τρώγονται με το κόκαλο και πράσινα λαχανικά), και να γυμναζόμαστε τακτικά (τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα επί 45’-60’). Επίσης, δεν θα πρέπει να καπνίζουμε και η ημερήσια κατανάλωση αλκοόλ να μην ξεπερνά το 1 ποτό για τις γυναίκες και τα 2 για τους άντρες.

Κι όμως, θεραπεύεται!

Σήμερα διατίθενται δύο ειδών σκευάσματα για την αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης. Ο Αχιλλέας Γεωργιάδης, ρευματολόγος και διευθυντής του Κέντρου Οστεοπόρωσης και Παθήσεων των Αρθρώσεων του Γυναικολογικού και Μαιευτικού Κέντρου «ΛΗΤΩ», εξηγεί: «Υπάρχουν σκευάσματα που διατηρούν την οστική μάζα και δεν την αφήνουν να φθαρεί (βιταμίνη D, οιστρογόνα, καλσιτονίνη, ραλοξιφένη) και άλλα που έχουν τη δυνατότητα όχι μόνο να τη διατηρούν αλλά και να την αυξάνουν (ριζεδρονάτη, αλενδρονάτη). Τα φάρμακα της δεύτερης κατηγορίας, δηλαδή, μπορούν όχι μόνο να σταματήσουν, αλλά και να θεραπεύσουν την οστεοπόρωση. Από τα δύο, η αλενδρονάτη είναι η ισχυρότερη και η καλύτερα μελετημένη ουσία που χορηγείται σήμερα. Πάντως, όποια θεραπεία κι αν ακολουθήσουμε, η προσθήκη ασβεστίου είναι απαραίτητη.

Σημαντική η έγκαιρη διάγνωση

Επιτυγχάνεται μόνο με τη μέτρηση της οστικής πυκνότητας, εξέταση που πρέπει να γίνεται για πρώτη φορά στην ηλικία των 45-50 ετών (ή νωρίτερα, αν υπάρχει πρόωρη εμμηνόπαυση). Σημαντικό, σύμφωνα με τον κ. Γεωργιάδη, είναι η μέτρηση αυτή να γίνεται σε δύο περιοχές (στην οσφυϊκή μοίρα και στο ισχίο), γιατί διαφορετικά η διάγνωση δεν μπορεί να θεωρηθεί έγκυρη.

Όταν μιλούν οι αριθμοί...



• Περίπου 200 εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως υποφέρουν από οστεοπόρωση.

• Κάθε 30” συμβαίνει στην Ε.Ε ένα κάταγμα που οφείλεται σ’ αυτήν.

• 1 στις 3 γυναίκες και 1 στους 8 άντρες θα υποστούν τουλάχιστον ένα οστεοπορωτικό κάταγμα στη ζωή τους.

Άσκηση... η απαραίτητη!

Η γυμναστική είναι ένας από τους κυριότερους «εχθρούς» της οστεοπόρωσης. Ας τηβάλουμε, λοιπόν, στο πρόγραμμά μας!

Με τη σωματική δραστηριότητα και κυρίως με την άσκηση ενεργοποιούνται οι οστεοβλάστες, τα κύτταρα δηλαδή που παράγουν τα οστά, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνεται η αύξηση, αλλά και η διατήρηση της οστικής πυκνότητας. Ιδιαίτερα στις μεγαλύτερες ηλικίες, όπου η οστεοπόρωση ίσως έχει αρχίσει να κάνει αισθητή την εμφάνισή της, η άσκηση θεωρείται ακόμα πιο σημαντική, καθώς βοηθά στη διόρθωση και τη διατήρηση της σωστής στάσης του σώματος, βελτιώνει το μυϊκό τόνο και την ισορροπία και γενικότερα τη φυσική κατάσταση συνολικά, με αποτέλεσμα να μειώνεται ο κίνδυνος ατυχημάτων και άρα καταγμάτων. Σύμφωνα με τον Χαράλαμπο Τιγγινάγκα, διευθυντή του Τμήματος Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας», απαιτείται συνδυασμός καθημερινών δραστηριοτήτων και ασκήσεων με αντιστάσεις, για να επιτευχθεί τόσο η πρόληψη όσο και η αντιμετώπιση αυτής της ασθένειας.

Καθημερινές δραστηριότητες

Κάθε κίνηση κατά την οποία ο σκελετός μας αναγκάζεται να στηρίξει το βάρος του σώματος, θεωρείται ιδιαίτερα χρήσιμη. Τέτοιες είναι το περπάτημα (τουλάχιστον 1-2 χιλιόμετρα την ημέρα), το ελαφρύ τζόκινγκ, το κολύμπι, το ανέβασμα σκάλας κ.λ.π.

Ασκήσεις με αντίσταση

Πρόκειται για γυμναστική με λάστιχα ή βάρη, η οποία είναι απαραίτητη για τη διατήρηση της οστικής μάζας.

Σύμφωνα με έρευνες, έχει θετικά αποτελέσματα σε όλες τις ηλικίες, ακόμα και στην τρίτη. Βασική προϋπόθεση, βέβαια, είναι να επαναλαμβάνεται 3 φορές την εβδομάδα, επί μισή ώρα τουλάχιστον.

ΠΡΟΣΟΧΗ: Όταν διαγνωστεί οστεοπόρωση, φρόνιμο θα ήταν να μην επιλέξουμε οι ίδιοι τη γυμναστική που θα κάνουμε, αλλά να ζητήσουμε από ένα φυσικοθεραπευτή να καταρτίσει πρόγραμμα ασφαλών ασκήσεων, που μας ταιριάζουν.

Το άρθρο αυτό δημοσιεύτηκε στο περιοδικό ΕΙΝΑΙ (19 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2004/No 701) και το επιμελήθηκε η δημοσιογράφος ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΜΟΙΡΑ.

ΚΑΘΟΔΟΝ ΠΡΟΣ ΤΟ ΒΕΛΤΙΣΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗ ΣΤΗΝ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**



Καθοδόν προς τον βέλτιστο θεραπευτικό συντελεστή στην ογκολογία:

Καλούμαστε να απαντήσουμε στο ερώτημα αν οι “οι ψυχοκοινωνικές συνιστώσες της χρόνιας νόσου αποτελούν ωρολογιακή βόμβα στην περίοδο της κρίσης”.

Αρχικά ας προσδιορίσουμε τι θεωρούμε “χρόνια νόσο”.

‘Χρόνια νόσος μπορεί να χαρακτηριστεί εκείνη στην οποία έχει ‘επέλθει σωματική ανικανότητα που αναγκάζει το άτομο σε αναδιάρθρωση της καθημερινότητάς του’.

Φυσικά μια τέτοια εξέλιξη θα έχει “ψυχοκοινωνικές συνιστώσες”, που θα αφορούν τον ίδιο τον ασθενή, το οικογενειακό, το εργασιακό και το κοινωνικό του περιβάλλον. Επιπλέον, σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό επηρεάζεται και η οικονομική του κατάσταση.

Αποτελούν αυτές οι συνιστώσες όμως μια “ωρολογιακή βόμβα” κατά τη περίοδο της οικονομικής κρίσης που βιώνουμε;

‘Όμως, τι εννοούμε με τον όρο “ωρολογιακή βόμβα”, και ποιον απειλεί;

“Ορολογιακή βόμβα” όπως ξέρουμε είναι μια βόμβα που όταν έρθει το πλήρωμα του χρόνου εκρήγνυται. Το ενδιαφέρον στην προκείμενη

περίπτωση είναι στα χέρια τίνος απειλεί να εκραγεί;

Ας επικεντρώσουμε την σκέψη μας στους ογκολογικούς ασθενείς.

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν σημειωθεί σημαντικές εξελίξεις στην αντιμετώπιση του καρκίνου. Οι χειρουργικές επεμβάσεις είναι λιγότερο εκτεταμένες από ό,τι ήταν στο παρελθόν, ενώ συχνά συνδυάζονται με υποστηρικτική χημειοθεραπεία και ακτινοβολία. Εντούτοις η χρήση πολλαπλών κυτταροτοξικών θεραπειών είναι συνήθης τακτική στην αντιμετώπιση πολλών τύπων καρκίνου. Αποτέλεσμα είναι η επιμήκυνση της βασικής θεραπευτικής περιόδου και φυσικά η αύξηση της τοξικότητας της θεραπείας. Σε τελική ανάλυση όμως, η βελτίωση των θεραπευτικών μεθόδων σε συνδυασμό με τον ακριβέστερο εντοπισμό και την έγκαιρη διάγνωση είναι ευτυχής συγκυρία για τους ασθενείς με καρκίνο. Έχει αυξηθεί σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης, καθώς το 60% των ασθενών που έχουν διαγνωσθεί με καρκίνο αναμένεται να επιβιώσουν περισσότερο από 5 χρόνια. Δεν θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας όμως, ότι οι επιπτώσεις του καρκίνου, συνδυαζόμενες με μακρύτερη και περισσότερο τοξική θεραπεία, μπορεί να επιφέρουν δυσμενείς συνέπειες στη

λειτουργικότητα – φυσική, νοτική, κοινωνική, επαγγελματική και οικονομική – του ασθενή.

Δυσλειτουργίες του νευρικού και του μυοσκελετικού συστήματος, ή των σπλάχνων είναι πολύ συνηθισμένες. Χρόνια κόπωση, κατάθλιψη και αγχώδης διαταραχή είναι, επίσης, συχνά φαινόμενα. Όλα αυτά είναι φυσικό και αναμενόμενο ότι επηρεάζουν δυσμενώς την ποιότητα της ζωής του ασθενή.

Παρά το γεγονός ότι γίνεται από όλους απόλυτα αντιληπτό και παραδεκτό ότι τόσο η ίδια η νόσος όσο και οι θεραπευτικές αγωγές επιφέρουν στους ασθενείς με καρκίνο δυσλειτουργικότητες που υπονομεύουν την ποιότητα ζωής τους, δυστυχώς η “λειτουργική ογκολογική αποκατάσταση” στη χώρα μας δεν συνηθίζεται να περιλαμβάνεται στο θεραπευτικό πλάνο, ενώ και οι υποδομές είναι ουσιαστικά ανύπαρκτες. Όχι μόνον τώρα, όχι μόνο μέσα στην παρούσα οικονομική συγκυρία, αλλά ούτε και στο ‘σπάταλο’ παρελθόν μας.

Αναφέρεται συχνά, και σχεδόν σε κάθε προσπάθεια ανασυγκρότησης του τομέα της υγείας και του ελέγχου των δαπανών, πως θα πρέπει να καθιερωθούν ‘διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα’ που θα βασίζονται στα αντίστοιχα των “προηγμένων χωρών”. Αν λάβουμε υπόψη μας το γεγονός ότι «ζούμε

στην εποχή της επί ενδείξεων βασιζόμενης ιατρικής», τι σημαίνει αυτό συνολικά για τους ασθενείς και πιο συγκεκριμένα για τους ογκολογικούς ασθενείς;

Την απάντηση μας την δίνει ο Καθηγητής Leon Chaitow.

“Αυτό που σίγουρα δεν σημαίνει – μολονότι αυτή είναι η πιο συνηθισμένη λανθασμένη αντίληψη – είναι ότι κάθε θεραπευτική πράξη που διενεργείται, πρέπει να βασίζεται σε

επιστημονικές έρευνες που επικυρώνουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά της. Αν και σε μερικές περιπτώσεις αυτό μπορεί κάλλιστα να αποτελεί μέρος της θεμελίωσης των κλινικών επιλογών”.

Σε ένα πιο λογικό πλαίσιο, ο Strong και οι συνεργάτες του, προτείνουν το εξής: «Η επί ενδείξεων βασιζόμενη ιατρική πρακτική θα πρέπει να ενσωματώνει τις ενδείξεις από τις

έρευνες ως προς την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων (τόσο ποιοτικά, όσο και ποσοτικά- ενίοτε καλούμενη εμπειρική ένδειξη) με τις πληροφορίες σχετικά με τις ανάγκες και τους στόχους του ασθενή, καθώς και με την κλινική εμπειρία του θεραπευτή”.

Ο Strong και οι συνεργάτες του υποδεικνύουν τα βασικά βήματα που πρέπει ο θεραπευτής να ακολουθήσει προκειμένου να εφαρμόσει τις αρχές της επί ενδείξεων βασιζόμενης

πρακτικής. Σε αυτά τα βήματα συμμετέχει ενεργά ο θεραπευτής, συλλέγοντας και εκτιμώντας κριτικά τις πληροφορίες και τις ενδείξεις που βασίζονται σε έρευνες σχετικές με τα προβλήματα του ασθενή. Στη συνέχεια, ο θεραπευτής θα πρέπει να συγχωνεύει τις συλλεγμένες ενδείξεις με την προσωπική κλινική εμπειρία του, καθώς και με την μελέτη των αναγκών και των προσδοκιών του ασθενή. Από τον εν λόγω συγκερασμό ενδείξεων και εμπειρίας θα πρέπει να προκύψει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα ή πλάνο. Αυτό με ακρίβεια θα μπορούσε να περιγραφεί ως ένα επί ενδείξεων βασιζόμενο πλάνο.

Πολλές πρόσφατες αναφορές έχουν επιβεβαιώσει την λειτουργική βελτίωση των ασθενών με καρκίνο, που ακολούθησαν θεραπεία με διεπιστημονικό και πολυδιάστατο πρόγραμμα αποκατάστασης. Παρόλα αυτά, η βιβλιογραφία στην Ογκολογία συνεχίζει να είναι φτωχή στο συγκεκριμένο ζήτημα.

Επιτρέψτε μου να χρησιμοποιήσω ως παράδειγμα μια επιπλοκή της θεραπείας του καρκίνου του μαστού, το Λεμφοίδημα. Επιλέγω το συγκεκριμένο παράδειγμα για δύο λόγους: Αφενός γιατί πρόκειται για μορφή καρκίνου με υψηλό ποσοστό επιβίωσης και αφετέρου διότι γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι σε αυτή την περίπτωση ελλοχεύει ο κίνδυνος σοβαρής απώλειας της ποιότητας της ζωής της γυναίκας ή του άνδρα (σπανιότερα) που θα το παρουσιάσει, αν δεν ακολουθήσει εξειδικευμένο πρόγραμμα φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης. Το αξιοσημείωτο είναι πως πρόκειται για μια επιπλοκή που μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, με ποσοστό επιτυχίας – αποκατάστασης 100% στο 1ο στάδιο της εμφάνισής του, ενώ η αποτελεσματικότητα της θεραπείας μειώνεται προοδευτικά όσο ανεβαίνει το στάδιο του λεμφοιδήματος, για να

καταλήξει να αποτελεί –εκτός από τον σοβαρό περιορισμό της λειτουργικής ανεξαρτησίας του ασθενή- και κίνδυνο για την ίδια του τη ζωή.

Σε μελέτη που έκανα με τους συνεργάτες μου διαπιστώσαμε πως σε ποσοστό 93,3% οι ασθενείς που προσήλθαν για θεραπεία αντιμετώπισης του λεμφοιδήματος ήταν πλέον στο II στάδιο. Σε σχετική ερώτηση που τους υποβλήθηκε, απάντησαν ότι δεν προσήλθαν νωρίτερα γιατί κάνει δεν τους ενημέρωσε σχετικά, σε κάποιες περιπτώσεις τους είπαν πως «τίποτα δεν μπορεί να γίνει», ενώ σε κάποιες άλλες δεν υπήρχε καν διάγνωση!

Μετά την διαπίστωση που μόλις σας ανέφερα, σας κάνει εντύπωση που η θεραπευτική αντιμετώπιση του λεμφοιδήματος δεν προβλεπόταν ποτέ, δεν προβλέπεται, ούτε –φυσικά- καλυπτόταν, ούτε καλύπτεται από κανέναν ασφαλιστικό φορέα;

Κάποτε από το τμήμα μου στο νοσοκομείο –το τμήμα Φυσικοθεραπείας-, δώσαμε βεβαίωση σε ασθενή, με σκοπό να την χρησιμοποιήσει στον ασφαλιστικό του φορέα, επισημαίνοντας την ανάγκη να ακολουθήσει το εξειδικευμένο πρόγραμμα θεραπείας του λεμφοιδήματος. Το αποτέλεσμα ήταν να λάβουμε, μετά από μερικές ημέρες, ένα έγγραφο που σε έντονο –σχεδόν οργισμένο- ύφος, μας ζητούσε να υποστηρίξουμε βιβλιογραφικά το προτεινόμενο θεραπευτικό πλάνο. Φυσικά ανταποκριθήκαμε ευγενικά, αλλά δεν γνωρίζω αν διαβάστηκαν ποτέ.

Η ουσία δεν αλλάζει. Ο ενημερωμένος ασθενής θα πρέπει να καλύψει από ίδιους πόρους το κόστος της θεραπείας, καθώς και τα υλικά που απαιτούνται. Τα εξειδικευμένα Δημόσια Νοσοκομεία δεν προσφέρουν αυτή τη θεραπεία, ή την προσφέρουν αποσπασματικά και με ελλείψεις. Συχνά, αν υπάρχουν κάποιες εξαιρέσεις που δεν γνωρίζω.

Ας συνδέσουμε το παράδειγμα μας με τα αρχικά ερωτήματα:

Είναι το Λεμφοίδημα μια ‘χρόνια νόσος’;

Φυσικά. Έχει επέλθει σωματική ανικανότητα, που αναγκάζει το άτομο σε αναδιάρθρωση της καθημερινότητάς του.

Έχει ‘ψυχοσωματικές συνιστώσες’;

Φυσικά. Ξαφνικά η γυναίκα ασθενής έρχεται αντιμέτωπη με ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο γεγονός που αλλάζει τη ζωή της, αλλάζει την εικόνα του σώματος της και απειλεί τη γυναικεία της φύση.

Μπορούμε να θεωρήσουμε το Λεμφοίδημα ως ‘ωρολογιακή βόμβα’ για την περίοδο κρίσης που βιώνουμε;

Για τον ίδιο τον ασθενή δεν είναι ωρολογιακή βόμβα, αλλά ‘ηυρηνική’ βόμβα που έχει ήδη εκραγεί. Το ίδιο ισχύει και για το οικογενειακό, ίσως και για το κοινωνικό του περιβάλλον. Επηρεάζει την επαγγελματική του δραστηριότητα και έχει σαφώς οικονομικές επιπτώσεις στο οικογενειακό εισόδημα. Ισχύει το ίδιο για το “κράτος πρόνοιας”;

Επιτρέψτε μου να απαντήσω εμμέσως ή αν προτιμάτε δώστε την απάντηση εσείς!

Έχω εκπαιδευτεί στο Stoke Mandeville Hospital, στο Ηνωμένο Βασίλειο. Πρόκειται για ένα

παγκόσμιας φήμης κέντρο αποκατάστασης κακώσεων σπονδυλικής στήλης, που ιδρύθηκε μετά τον II Παγκόσμιο Πόλεμο για να περιθάλψει τους πολλούς Βρετανούς αναπήρους του πολέμου. Η κυβέρνηση της Margaret Thatcher, θεωρώντας ότι το κράτος δεν μπορούσε συνεχίσει να καλύπτει το κόστος λειτουργίας του κέντρου, αποφάσισε να το κλείσει. Τότε πραγματικά έγινε μια ‘έκρηξη’ στη κοινωνία. Οι αντιδράσεις ήταν τόσο εκτεταμένες ώστε ανάγκασαν την Βασιλική Οικογένεια να μεσολαβήσει αναλαμβάνοντας το κόστος ώστε να παραμείνει σε λειτουργία το κέντρο. Το Stoke Mandeville Hospital ακόμη και σήμερα είναι σημείο αναφοράς για την αποκατάσταση των κακώσεων της σπονδυλικής στήλης.

Στο παράδειγμα που ανέφερα οι πολίτες και οι ασθενείς γνώριζαν τι επρόκειτο να χάσουν. Γνώριζαν, δηλαδή, πως ένας ασθενής που έχασε την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, πιθανόν και την δυνατότητα να συνεχίσει την επαγγελματική του δραστηριότητα, μέσα από εξειδικευμένα προγράμματα, διεπιστημονικά και πολυδιάστατα, θα επανενταχθεί στη κοινωνία, έχοντας αποκτήσει έναν νέο επαγγελματικό προσανατολισμό.

Ασθενής με Λεμφοίδημα έχει την ίδια ή ανάλογη γνώση;

Ασφαλώς είναι υποχρέωση του οργανωμένου κράτους να προσφέρει την υπηρεσία: την πρόνοια, αλλά και επιτακτική ανάγκη για τους συνανθρώπους μας που νοσούν. Στον ασθενή με Λεμφοίδημα το κράτος παρείχε την πρόνοια στην προ κρίσης εποχή; Μήπως την παρέχει σήμερα; Ο λαός χρησιμοποιεί την έκφραση “τι είχαμε, τι χάσαμε”!

Το κενό αυτό κάνουν προσπάθειες να το καλύψουν ιδιωτικές πρωτοβουλίες, όπως είναι οι οργανώσεις: ΚΕΦΙ, ΑΛΜΑ ΖΩΗΣ, κα. ή πρωτοβουλίες της Εκκλησίας όπως είναι η Μονάδα Ανακουφιστικής Φροντίδας “Γαλιλαία”, της Ιερής Μητρόπολης Μεσογαίας & Λαυρεωτικής.

Ασφαλώς όλοι έχουμε τα ίδια δικαιώματα όπως και τις ίδιες υποχρεώσεις απέναντι στο κράτος, μόνο που συνήθως υπογραμμίζονται οι υποχρεώσεις και λησμονούνται τα δικαιώματα.

Ασφαλώς και οι χρόνια πάσχοντες πρέπει να διεκδικήσουν ακόμη και με ‘εκρηκτικό’ τρόπο τα δικαιώματά τους!

Θα το κάνουν;

Η απάντηση δική σας!



ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ

Άλμα ζωής 2014

Άρθρο της **Αθηνάς Κατσιμήτρου - Τιγγινάγκα, Mld/Cdt**

Για 6η συνεχή χρονιά η ομάδα του Χαραλάμπου Τιγγινάγκα, Πρ. Τμ. Φυσικοθεραπείας Α.Ο.Ν.Α.

«Ο Άγιος Σάββας» παρουσίασε το σεμινάριο «Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα μετά από Ca Μαστού» στα πλαίσια των εκπαιδευτικών σεμιναρίων «Αποφασίζω γιατί γνωρίζω» που ετήσια διοργανώνει ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με καρκίνο του μαστού «Άλμα Ζωής».

Μέσω των σεμιναρίων παρέχεται ενημέρωση για θέματα που αφορούν τον καρκίνο του μαστού, τις επιπτώσεις και τη θεραπεία του.

Η ομάδα του Χαραλάμπου Τιγγινάγκα ανέπτυξε τα εξής:

Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα μετά από Ca Μαστού

Φυσιολογία Λεμφικού Συστήματος

Βασικές Αρχές Περίδεσης

Πρόγραμμα ασκήσεων και χειρισμών αυτοελέγχου λεμφοιδήματος



ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΟΥΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Ca ΜΑΣΤΟΥ

Άρθρο της **Αθηνάς Κατσιμήτρου - Τιγγινάγκα, Mld/Cdt**

Η θεραπεία του λεμφοιδήματος εξαρτάται από το στάδιο στο οποίο βρίσκεται το οίδημα και το πόσο έγκαιρα αρχίζει η αγωγή.



Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα. Σε κάθε περίπτωση, ακόμη και όταν το οίδημα δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθεί ολοκληρωτικά, υπάρχουν πολλές θεραπευτικές μέθοδοι προκειμένου να τεθεί υπό έλεγχο και να περιοριστεί, επιτυγχάνοντας ένα καλό αισθητικό και λειτουργικό αποτέλεσμα. Παράλληλα ο ασθενής απαλλάσσεται από πιθανούς μελλοντικούς κινδύνους.

Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει χρήση μηχανημάτων Φυσικοθεραπείας, λεμφική παροχέτευση, επίδεση, ασκήσεις και τη φροντίδα του δέρματος.

ΚΥΚΛΟΦΟΡΗΤΗΣ ΑΚΡΟΥ

Με τη χρήση του κυκλοφορητή άκρου επιτυγχάνεται η μείωση του οιδήματος, ενώ συγχρόνως προωθείται η φλεβική και η λεμφική κυκλοφορία.

ΛΕΜΦΙΚΗ ΠΑΡΟΧΕΤΕΥΣΗ ΚΑΤΑ Dr. Vodder (MANUAL LYMPHATIC DRAINAGE – MLD/CDT)

Η παροχέτευση αποτελεί βασικό τμήμα της θεραπείας, αν όχι το σπουδαιότερο. Σημαντικό σε αυτή τη περίπτωση είναι η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής. Ο σκοπός της είναι να ενεργοποιήσει και να κινητοποιήσει το λεμφικό υγρό ώστε να απομακρυνθεί από τη πάσχουσα περιοχή. Η τεχνική με ήπιους χειρισμούς (MLD), που παρουσίασε το 1930 ο Dr. Emile Vodder, αποτελεί ακόμα και σήμερα την περισσότερο αξιόπιστη επιλογή. Αντενδείκνυται όταν υπάρχει φλεγμονή σε εξέλιξη, σε περιπτώσεις οιδήματος λόγω καρδιακής ανεπάρκειας και σε θρόμβωση.

ΕΠΙΔΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

Η επίδεση βελτιώνει την ελαστικότητα της περιοχής, ενώ ταυτόχρονα αυξάνει την ροή της λέμφου.

ΥΛΙΚΟ ΔΙΑΒΑΘΜΙΣΜΕΝΗΣ ΣΥΜΠΙΕΣΗΣ

Στο τέλος της θεραπείας εφαρμόζεται ειδικό υλικό επίπεδης πλέξης διαβαθμισμένης συμπίεσης για την διατήρηση των αποτελεσμάτων του θεραπευτικού προγράμματος.

ΠΑΛΜΙΚΑ ΜΑΓΝΗΤΙΚΑ ΠΕΔΙΑ

Το παλμικό μαγνητικό πεδίο διεισδύει στο σώμα ομοιόμορφα, ανεπηρέαστο και επιδρά στην ενδοκυτταρική κίνηση των ιόντων, αυξάνει δηλαδή τη διαπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ελάττωση του οιδήματος και του πόνου, η γρήγορη απομάκρυνση των προϊόντων του μεταβολισμού, η αύξηση της παροχής οξυγόνου στη περιοχή.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

Το πρόγραμμα των ασκήσεων είναι απαραίτητο μέρος της θεραπείας του λεμφοιδήματος. Γίνεται πάντα ενώ ο ασθενής φορά το ειδικό υλικό. Στόχος των ασκήσεων είναι: α. η κινητοποίηση του λεμφικού υγρού, β. η διατήρηση ή η βελτίωση της κινητικότητας των αρθρώσεων και γ. η βελτίωση της στάσης του σώματος. Οι ασκήσεις δεν πρέπει να γίνονται με ένταση, αλλά με ήπιο και άνετο τρόπο και να ακολουθούνται οι οδηγίες του θεραπευτή.

ΠΡΟΛΗΨΗ – ΒΑΣΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

- Αποφεύγετε τις ακραίες θερμοκρασίες, το καυτό μπάνιο, τη σάουνα
- Μεγάλη προσοχή πρέπει να δίνετε στην αποφυγή εγκαυμάτων.
- Προσοχή στις λοιμώξεις. Αν παρουσιαστούν απαιτείται άμεση αντιμετώπισή τους με αντιβίωση.
- Μην σπκώνετε ή μεταφέρετε βαριά αντικείμενα.
- Μην φοράτε σφικτά ρούχα, δακτυλίδια, βραχιόλια, στενά παπούτσια κ.α.

- Προσοχή στη διατροφή. Καταναλώνετε αρκετά φρούτα και λαχανικά. Αποφεύγετε το αλάτι και τα τηγανιτά.

- Δίνετε ιδιαίτερη σημασία στη διατήρηση του κανονικού σωματικού βάρους. Η παχυσάρκία ευνοεί την εμφάνιση λεμφοιδήματος.

- Σχολαστική φροντίδα της επιδερμίδας και των νυχιών.

- Να κοιμόσαστε με το πάσχον μέλος σε ανάρροπη θέση.

- Ασκηθείτε με δραστηριότητες μικρής έντασης αλλά μεγάλης αποτελεσματικότητας, όπως το κολύμπι, το περπάτημα κ.τ.λ.

- Ακολουθείτε πιστά το ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης, ακόμα και για το ελάχιστο λεμφοίδημα.

- Ταξιδεύετε φορώντας το ειδικό υλικό, με το πάσχον μέλος σε ανάρροπη θέση.

- Μην επιτρέπετε να σας παίρνουν αίμα, ή να σας μετρούν την αρτηριακή πίεση από το πάσχον μέλος.

- Ενυδατώνετε την επιδερμίδα σας τακτικά με καλλυντικά που έχουν χαμηλό ή ουδέτερο pH.

- Χρησιμοποιείτε γάντια για τις δουλειές του σπιτιού ή τη φροντίδα των κατοικίδιων ζώων.

- Μην περπατάτε ξυπόλητοι.



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ ΓΙΑ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ

Άρθρο της **Αθηνάς Κατσιμήτρου - Τιγγινάγκα, MId/Cdt**

Μετά από μαστεκτομή μπορεί να μειωθεί το φυσιολογικό εύρος κίνησης των αρθρώσεων του άνω άκρου και η μυϊκή δύναμη. Το κατάλληλο πρόγραμμα ασκήσεων είναι ο ασφαλέστερος τρόπος αποκατάστασης της λειτουργικότητας του άνω άκρου.

Είναι απαραίτητο μέρος της θεραπείας του λεμφοιδήματος και γίνεται πάντα ενώ ο ασθενής φορά το ειδικό υλικό διαβαθμισμένης συμπίεσης.

Στόχος των ασκήσεων είναι:

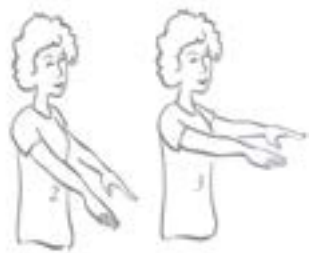
η κινητοποίηση του λεμφικού υγρού

η διατήρηση ή η βελτίωση της κινητικότητας των αρθρώσεων

η βελτίωση της στάσης του σώματος

Οι ασκήσεις δεν πρέπει να γίνονται με ένταση, αλλά με ήπιο και άνετο τρόπο και να ακολουθούνται οι οδηγίες του θεραπευτή. Εκτελείτε το πρόγραμμα καθημερινά κάνοντας 10 επαναλήψεις σε κάθε άσκηση.

1. ΑΡΣΗ ΧΕΡΙΩΝ ΠΡΟΣ ΤΑ ΕΜΠΡΟΣ



Σταθείτε αναπαυτικά και αφήστε τα χέρια σας χαλαρά στο πλάι του κορμού σας. Σηκώστε αργά τα χέρια σας μέχρι το ύψος των ώμων και διατηρήστε τη θέση αυτή για 5 δευτερόλεπτα. Αργή επαναφορά στην αρχική θέση.

2. ΚΤΥΠΗΜΑ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ

Σταθείτε αναπαυτικά και αφήστε τα χέρια σας χαλαρά στο πλάι του κορμού σας. Σηκώστε αργά τα χέρια σας μέχρι το ύψος των ώμων και διατηρήστε τη θέση αυτή για 5 δευτερόλεπτα. Συνεχίζετε την ανύψωση των χεριών με σκοπό

να τα ενώσετε πάνω από το κεφάλι. Διατηρήστε



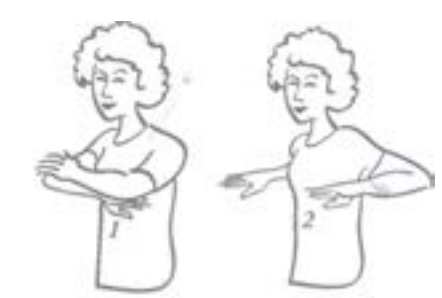
τη θέση αυτή για 5 δευτερόλεπτα. Αργή επαναφορά στην αρχική θέση.

3. ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ ΤΩΝ ΔΑΚΤΥΛΩΝ



Στέκεστε με πρόσωπο προς τον τοίχο. Τα δάκτυλα του χεριού σας «περπατάνε» στον τοίχο όσο πιο ψηλά μπορούν. Διατηρήστε τη θέση αυτή για 5 δευτερόλεπτα. Αργή επαναφορά στην αρχική θέση.

4. ΣΦΙΞΙΜΟ ΤΩΝ ΩΜΩΝ



Στέκεστε όρθια με κάμψη τους αγκώνες, σπκώνετε τα χέρια στο ύψος των ώμων. Στοιβάζετε τα χέρια σας το ένα πάνω στο άλλο, ευθυγραμμίζοντας τα δάκτυλα με τους αγκώνες. Στη συνέχεια σπρώχνετε τους αγκώνες προς τα πίσω με σκοπό να ενώσετε τις ωμοπλάτες σας. Διατηρήστε τη θέση αυτή για 5 δευτερόλεπτα. Αργή επαναφορά στην αρχική θέση.

5. ΔΙΑΤΑΣΗ ΤΩΝ ΧΕΡΙΩΝ

Κρατήστε ένα κοντάρι με τα δυο χέρια μπροστά



από τον κορμό σας. Τοποθετήστε το χέρι της χειρουργημένης πλευράς στην άκρη του κονταριού. Σπρώξτε με το άλλο χέρι το κοντάρι προς τη χειρουργημένη πλευρά για να φτάσει όσο πιο ψηλά μπορεί. Διατηρήστε τη θέση αυτή για 5 δευτερόλεπτα. Αργή επαναφορά στην αρχική θέση.

Η ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ ΤΩΝ ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΩΝ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Πολλοί είναι εκείνοι που κατά την περίοδο των Χριστουγέννων διακατέχονται από ένα αίσθημα μελαγχολίας κάτι το οποίο είναι «αντίθετο» στο πνεύμα των ημερών.

Ποιοι είναι οι λόγοι που μπορεί να νιώθει κάποιος έτσι τις γιορτινές ημέρες;

Το άγχος και η ανασφάλεια που αποτελούν σήμα κατατεθέν της εποχής μας.

Η οικονομική κρίση πλήττει όλους και μαζί πλήττεται και η δημιουργικότητα και η χαρά του σύγχρονου ανθρώπου.

Οι άνθρωποι των υπερκαταναλωτικών κοινωνιών πλήττονται απ αυτό που ονομάζεται μελαγχολία των Χριστουγέννων και αυτό γιατί η ευτυχία του σύγχρονου ανθρώπου εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα υλικά αγαθά.

Οι ημέρες αυτές προστάζουν την αγορά δώρων καθώς και ένα μεγάλο αριθμό εξόδων που αρκετοί δεν μπορούν να ανταποκριθούν και έτσι εμφανίζεται μελαγχολική διάθεση.

Οι υπερβολικές απαιτήσεις των ημερών ώστε να ικανοποιήσουμε αρκετά τους ανθρώπους που αγαπάμε δημιουργούν μια επιπρόσθετη πίεση με αποτέλεσμα η χαρά του να ικανοποιήσουμε αγαπημένα πρόσωπα να μετατρέπεται σε άγχος και ένταση.

Ακόμη όμως και οι οικογενειακές συγκεντρώσεις μπορούν να αποτελέσουν αιτία μελαγχολίας. Συγκρούσεις, προσωπικές διαμάχες έρχονται στο προσκήνιο ύστερα από το γιορτινό τραπέζι με αποτέλεσμα το τελευταίο να μας βγάνει «ξινό».

Η μοναξιά είναι ένας ακόμη παράγοντας. Άτομα τα οποία δεν έχουν τη δυνατότητα να περάσουν τις γιορτές με κοντινά τους πρόσωπα είναι πολύ πιθανό να μελαγχολήσουν.

Στη μελαγχολία των Χριστουγέννων μπορεί να συμβάλλει και η πρόσφατη απώλεια αγαπημένου προσώπου.

Τέλος, το αίσθημα ότι οι ημέρες της ξεγνοιασιάς περνούν γρήγορα και η αναγκαστική επαναπροσαρμογή στους γρήγορους, εξαντλητικούς ρυθμούς της καθημερινότητας δημιουργούν ένα αίσθημα μελαγχολίας.

Τι μπορούμε να κάνουμε ώστε να περιορίσουμε τη μελαγχολία ή ακόμη και να την εξαφανίσουμε;

Βάζουμε για λίγο στην άκρη το άγχος της καθημερινότητας και χαλαρώνουμε με πράγματα που μας ευχαριστούν.

Δεν χρειάζεται η επιθυμία μας να ευχαριστήσουμε τους γύρω μας να μας «πνίγει». Δεν είναι υποτιμητικό να ζητήσουμε βοήθεια. Σίγουρα οι περισσότεροι θα θελήσουν να μας βοηθήσουν.

Οι οικογενειακές συγκεντρώσεις δεν αποτελούν αφορμή για να λύσουμε προσωπικές διαμάχες ούτε για να έρθουμε σε σύγκρουση. Ας αφήσουμε για λίγο τα οικογενειακά μας προβλήματα απ' έξω. Επίσης ας παραβλέψουμε κάτι που μας ενόχλησε. Το χιούμορ πάντα μας βγάζει από τη δύσκολη θέση!

Εάν είμαστε μόνοι και δεν μας έχει καλέσει κάποιος για να περάσουμε

μαζί τις ημέρες των εορτών μπορούμε εμείς να προσκαλέσουμε κάποιο συγγενικό ή φιλικό πρόσωπο.

Μπορούμε επίσης να παρέχουμε φιλανθρωπικό έργο και μέσα από την προσφορά να νιώσουμε χαρά.

Στην σκέψη ότι η προσαρμογή τις επόμενες ημέρες στην πραγματικότητα είναι ανώμαλη μπορούμε να σκεφτόμαστε ότι ακόμη και στους γρήγορους ρυθμούς της καθημερινότητας μπορούμε να παίρνουμε μικρές ανάσες με έναν περίπατο με αγαπημένο πρόσωπο, με μια συνάντηση σε φιλικό σπίτι και με μια ώρα χαλάρωσης την ημέρα που θα είναι αφιερωμένη αποκλειστικά και μόνο στον εαυτό μας, κάνοντας αυτό που πραγματικά μας ευχαριστεί.

Τέλος, σε περίπτωση απώλειας αγαπημένου προσώπου η θλίψη είναι μια φυσιολογική διαδικασία και είναι απαραίτητη για να μπορέσει να ξεπεράσει το άτομο αυτό το χαμό του αγαπημένου του προσώπου.

Εάν παρόλα αυτά τίποτα δεν μας βοηθά να ξεπεράσουμε το αίσθημα της μελαγχολίας τότε καλό είναι να ζητήσουμε τη συμβουλή ενός ειδικού.

Καλές γιορτές με την ελπίδα και την προσδοκία ενός Νέου Έτους αληθινά λαμπρού!

Πηγές:

www.iatropedia.gr/



ΨυχοΣωματική Απελευθέρωση

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Αναφέρεται συχνά ότι η συναισθηματική επιβάρυνση ενός ανθρώπου, μπορεί να βρει έκφραση μέσα από τον σωματικό πόνο.

Πολλές φορές όμως είναι δύσκολο κάποιος να αντιληφθεί το μηχανισμό που προκαλεί αυτό το φαινόμενο και αν τελικά το αντιληφθεί, δεν ξέρει τι να κάνει.

Η λέξη «αισθάνομαι», χρησιμοποιείται για να περιγράψει τόσο τα σωματικά, όσο και τα συναισθηματικά φαινόμενα.

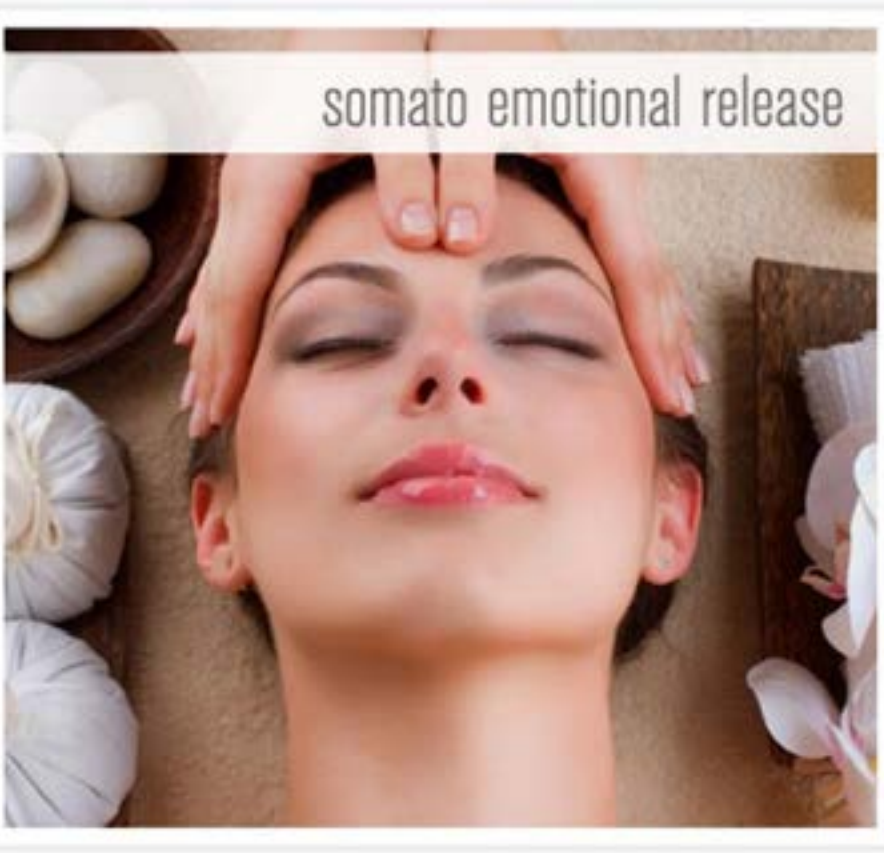
Τα Νευρικό μας σύστημα αντιλαμβάνεται σωματικέςαισθήσεις,όπωςείναιηθερμοκρασία, ο πόνος και η πίεση, αλλά και συναισθηματικές, όπως είναι η ευχαρίστηση, ο φόβος και η θλίψη. Η Δυτική Φιλοσοφία αντιμάχονταν αυτήν την άποψη, προσπαθώντας να διαχωρίσει το σώμα από το συναίσθημα, συχνά με ντροπή για την επιρροή των συναισθημάτων στην αντίληψη αυτών που μας συμβαίνουν, συμπεραίνοντας με κάποιο τρόπο ότι αυτή η επιρροή μπορεί να μας βγάλει από τον σωστό δρόμο ή θα διαστρέψει την αντίληψη μας. Ο στιγματισμός των συναισθηματικών εμπειριών δημιουργεί εμπόδια που μας αποτρέπουν να αισθανθούμε και να απολαύσουμε την «ζωή» με ότι αυτή μπορεί να περιλαμβάνει.

Carl Jung (1875 - 1961)

Τον προηγούμενο αιώνα έγινε μια «επανάσταση» στην γνώση για την σημασία της «ανθρώπινης ύπαρξης». Αναφέρομαι στις ιδέες που παρουσιάσθηκαν από τους Freud, Jung και Reich. Χάριν στους Freud και Jung αποκτήσαμε μια σε βάθος αντίληψη για την έννοια της «ψυχής» με την «υποσυνείδητη σκιά της – unconscious shadow» και τα «πνευματικά αρχέτυπα – spiritual archetypes».

Wilhem Reich (1897 - 1957)

Ο Wilhelm Reich, αναλυτής του Freud, διάσημος ψυχίατρος που διατύπωσε θεμελιώδεις αρχές στην ανάλυση χαρακτήρων στην Ψυχανάλυση, δημιούργησε την αρχή της «Ψυχοσωματικής ενότητας». Δηλαδή την ιδέα ότι πρέπει να συνδεθεί εκ νέου το σώμα με την ψυχή. Έφτασε σε αυτό το συμπέρασμα μελετώντας τις αλλαγές στην ηλεκτρική αγωγιμότητα του δέρματος, σαν απευθείας αντανάκλαση της υποκειμενικής αντίληψης της αίσθησης της χαράς ή της λύπης.



Η αντικειμενική εμπειρία των αισθήσεων δεν μπορεί επακριβώς να εκτιμηθεί, χωρίς την ενσωμάτωση πληροφοριών που αφορούν τις υποκειμενικές εμπειρίες.

Σύμφωνα με τον Dr. Reich, η ικανότητα ενός ατόμου να αισθανθεί χαρά, να έχει αυτογνωσία και να αντιλαμβάνεται το περιβάλλον του με έναν ρεαλιστικό και λογικό τρόπο, εξαρτάται από το «σύνολο της οντότητας του».

Για παράδειγμα μπορούμε να αναφέρουμε:

> Τον αθλητή που μπορεί να τρέξει 500 μέτρα με σπασμένο αστράγαλο, χωρίς να αισθάνεται τον πόνο.

> Τον καταθλιπτικό που πονάει παντού και είναι ανίκανος να σηκωθεί από το κρεβάτι.

> Τον διαβητικό ασθενή που κάνει καθημερινά ενέσεις ινσουλίνης, με αποτέλεσμα την συναισθηματική επιβάρυνση από την καθημερινή μάχη με μια επικίνδυνη ασθένεια.

> Τον έφηβο που έσπασε την σπονδυλική του στήλη και πρέπει να ζήσει με πόνο και κινητική ανικανότητα το υπόλοιπο της ζωής του, μετατρέποντας το σε δυσβάσταχτο φορτίο

Η προσωπικότητα και τα αισθήματα επηρεάζουν την φυσική υγεία και το αντίθετο. Τα συναισθήματα μας και η φυσική υγεία είναι πλεγμένα τόσο καλά που δεν ξεμπλέκονται.

Αν δούμε τις βασικές πλευρές αυτών των τριών μεγάλων ανδρών, μπορούμε να πούμε ότι ο Freud εργάστηκε για να ενοποιήσει το συνειδητό με το υποσυνείδητο, ο Jung για να ενοποιήσει το υπερ-συνείδητο με το συνειδητό και ο Reich για να ενοποιήσει το συνειδητό με το φυσικό σώμα.

Πως όλα τα προηγούμενα μας χρησιμεύουν στην αντιμετώπιση του πόνου;

Αρχικά υπενθυμίζει σε όλους εμάς που ασχολούμαστε με την υγεία να αναζητούμε “the total person”, δηλαδή τον άνθρωπο σαν σύνολο, στην προσπάθεια που καταβάλουμε να αντιμετωπίσουμε ικανοποιητικά οποιαδήποτε επώδυνη κατάσταση. Ο πόνος (ως αποτέλεσμα τραυματισμού σε κάποιον ιστό του σώματος, όπως είναι οι μύες, οι σύνδεσμοί, οι αρθρώσεις κ.α.), έχει δυο συνιστώσες, την σωματική και την συναισθηματική. Απαιτείται λοιπόν μια ολιστική θεραπεία για την αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου προβλήματος. Αυτή η θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει την αντιμετώπιση τόσο των σωματικών, όσο και των συναισθηματικών αναγκών των ασθενών.

Η ΨυχοΣωματική Απελευθέρωση (Soma-toEmotional Release) είναι η θεραπευτική διαδικασία, που διευκολύνει το σώμα και την ψυχή να απαλλαγούν από την δράση των υπολειμματικών επιδράσεων, ενός προηγούμενου φυσικού ή συναισθηματικού



τραύματος. Λειτουργεί συμπληρωματικά με την Κρανιοιερή Θεραπεία του Dr. J. Upledger, διευρύνοντας και προωθώντας την αποτελεσματικότητα της.

Πολλά από τα τραύματα που βιώνουμε στην διάρκεια της ζωής μας, είτε είναι καθαρά συναισθηματικά, είτε έχουν ένα σημαντικό συναισθηματικό φόντο, είτε προκαλούν συναισθηματικές αντιδράσεις.

Η φιλοσοφία της ΨυχοΣωματικής Απελευθέρωσης (SomatoEmotional Release /– SER) στηρίζεται στην άποψη ότι οι άνθρωποι μερικές φορές μεταφέρουν μια συναισθηματική εμπειρία στο σώμα, γεγονός που οδηγεί στην διαταραχή της λειτουργικής αρμονίας σε κάποιο όργανο ή στους ιστούς, με επακόλουθο πιθανή παθολογία. Δουλεύοντας ο εκπαιδευμένος θεραπευτής με τα χέρια του, βοηθούμενος τις περισσότερες φορές από τον Θεραπευτικό Διάλογο, είναι δυνατόν να επιτύχει τη απελευθέρωση του προσβεβλημένου ιστού, ταυτόχρονα με την απομάκρυνση του συναισθηματικού φόντου. Οι αρχές της SER υποστηρίζουν μια προσέγγιση επικεντρωμένη στον ασθενή, σεβόμενη την γλώσσα, την κουλτούρα, τα πιστεύω, και την διορατικότητα του.

Πριν προχωρήσουμε στην ανάλυση της τεχνικής, πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας ότι το σώμα μας διαθέτει ένα θαυμάσιο σύστημα, που έχουμε κληρονομήσει από τους πρωτόγονους προγόνους μας, το οποίο μας επιτρέπει να συγκρατούμε στο βάθος του νευρικού μας συστήματος «ανενεργά» προγραμματισμένα αρχεία συγκεκριμένων γεγονότων. Τα γεγονότα αυτά είναι εκείνα που ο «πρωτόγονος εγκέφαλος» μας ή το R-complex, έχει αξιολογήσει ως σημαντικά για την επιβίωση ή την ευημερία μας.

Με τον όρο «ανενεργά προγράμματα» εννοούμε ότι κάθε φορά που βιώνουμε κάτι που συνδέεται με την πρόωρη μνήμη, πυροδοτείται η αυθόρμητη αντίδραση μας, ή οποία όμως μπορεί να είναι ακατάλληλη στην συγκεκριμένη χρονική συγκυρία. Τέτοιες αντιδράσεις μπορεί να αφορούν είτε χαρά, είτε πόνο.

Ας πάρουμε μερικά υποθετικά παραδείγματα:

Ό ο δάσκαλος μαλώνει τον μικρό Γιάννη αρπάζοντας τον βίαια από τον αριστερό βραχίονα. Πολλά χρόνια αργότερα ένας καλός και έμπιστος φίλος του ώριμου πλέον Γιάννη, τον ακουμπά ελαφρά στην ίδια περιοχή, προκαλώντας του μια ανεξήγητη και αρχικά

ανεξέλεγκτη συναισθηματική αντίδραση.

Η μικρή Αλίκη αγαπά την γιαγιά της, την εμπιστεύεται και αισθάνεται ασφαλής μαζί της. Η γιαγιά της φορά ένα φτηνό άρωμα, το οποίο όμως ακόμα και στην ενήλικη ζωή προκαλεί θετικά συναισθήματα στην Αλίκη.”

Τώρα θα χρησιμοποιήσουμε τον μικρό Γιάννη (και τον σκληρό δάσκαλο του), για να εξηγήσουμε πως μπορεί να ωφεληθεί από διαδικασία της ΨυχοΣωματικής Απελευθέρωσης (SER).

Ο Γιάννης μεγαλώνει με ανεξήγητους ήπιους πονοκεφάλους και δυσλειτουργία στην ανώτερη σπονδυλική στήλη. Ο αριστερός ώμος υποφέρει από επαναλαμβανόμενο πόνο και αδυναμία, που επιδεινώνεται με την εργασιακή ένταση. Επιπρόσθετα έχει έναν δεσποτικό προϊστάμενο που τον φοβερίζει.

Στην διάρκεια μιας αρχικής συνεδρίας Κρανιοιερής Θεραπείας, ο Γιάννης χαλαρώνει, αλλά το κεφάλι του θέλει να στραφεί προς τα δεξιά, ενώ το αριστερό χέρι σηκώνεται μακριά από την πλευρά του. Ο ειδικός στην Θεραπεία SER ξεκινάει τον Θεραπευτικό Διάλογο, μια διαδικασία συζήτησης, με αρχικό στόχο να βοηθήσει τον Γιάννη να έρθει σε επαφή με τα αισθήματα του. Ταυτόχρονα ο θεραπευτής υποστηρίζει τις ακούσιες κινήσεις του Γιάννη, με έναν τέτοιο τρόπο που να του επιτρέπει να εξερευνήσει ολόκληρη την τροχιά της κίνησης.

Αυτή η συνδυασμένη διαδικασία θα οδηγήσει τον Γιάννη να ανακαλύψει τις ρίζες των αιτιών, που του προκαλούν τα σωματικά προβλήματα, ενώ συγχρόνως επαναφέρει στην μνήμη του τα καλά κρυμμένα συναισθήματα, που του προκαλούσε ο βίαιος δάσκαλος του. Ο διάλογος συνεχίζεται μαζί με την φυσική προσέγγιση, έως ότου επιτευχθεί πλήρης απελευθέρωση στους ιστούς του σώματος, ταυτόχρονα, με την ικανοποίηση της συναισθηματικής ανάγκης.

Υπογράμμισα παραπάνω την λέξη ταυτόχρονα γιατί η αποτελεσματικότητα της διαδικασίας εξαρτάται από την ταυτόχρονη ψυχολογική/ συναισθηματική και φυσική προσέγγιση.

Κατά την διάρκεια της φανταστικής διαδικασίας με τον (ενήλικα) Γιάννη, αυτός επανέφερε στην μνήμη του ζωντανά τις λεπτομέρειες από την κακομεταχείριση που είχε από τον δάσκαλο του. Ο «πρωτόγονος» εγκέφαλος μας δεν φαίνεται να έχει την αντίληψη του χρόνου που έχουν τα υψηλότερα κέντρα του εγκεφάλου.

Ο Γιάννης μέσα από αυτήν την διαδικασία ένοιωσε ότι ήταν ξανά ο μικρός Γιάννης, με την καταλυτική παρουσία δάσκαλου του, είδε τα χρώματα στους τοίχους, μύρισε την μυρωδιά από τα θρανία – κάπως σαν να ονειρεύεται. Όταν ονειρευόμαστε, η φυσιολογία μας αντιδρά με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, όπως θα αντιδρούσε αν πραγματικά το γεγονός συνέβαινε εδώ και τώρα. Χωρίς την παρέμβαση του θεραπευτή, ο Γιάννης μέσα από αυτήν την «αντανάκλαση», άρχισε να αντιλαμβάνεται περισσότερο καθαρά και να καταλαβαίνει τις αναστολές του, την έλλειψη αυτοεκτίμησης, τους παράλογους φόβους του, που είχαν ασυνείδητα εμποδίσει την πρόοδο στην ζωή του, ενώ τον είχαν κάνει ευάλωτο στον δεσποτικό προϊστάμενο.

Ο Γιάννης προοδευτικά μπορούσε να πάρει την

τύχη στα χέρια του. Οι φίλοι, οι συνάδελφοι και η οικογένεια του διαπίστωσαν ότι κάτι έχει αλλάξει στον Γιάννη. Ήταν πιο ήρεμος, λιγότερο φοβισμένος και περισσότερο αποτελεσματικός στην εργασία του. Μετά από μερικές ακόμα θεραπευτικές συνεδρίες τα προβλήματα στον αυχένα, τον ώμο υποχώρησαν, όπως και οι πονοκέφαλοι.

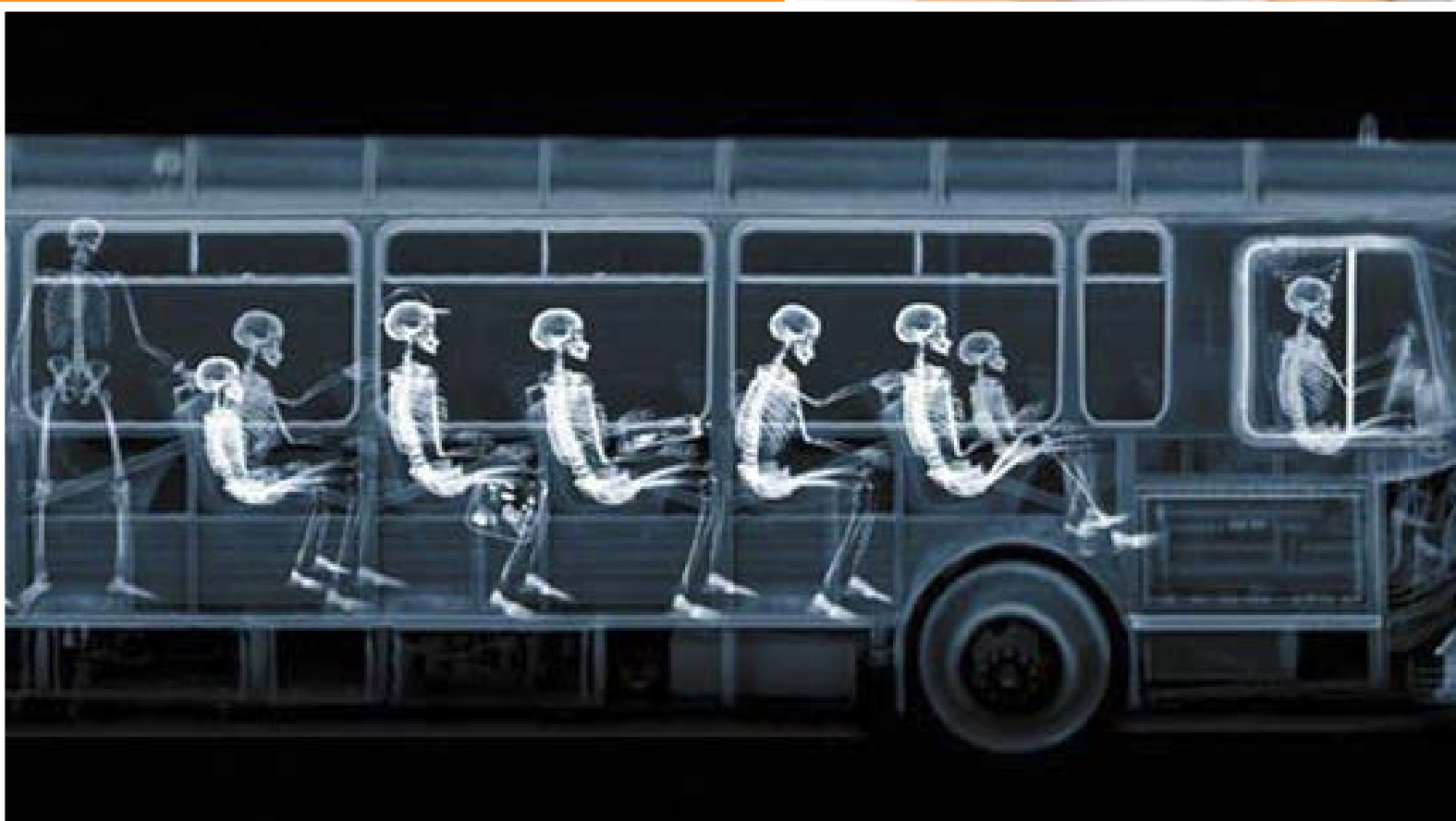
Πόσο εύκολα η SER μπορεί να συμβεί;

Στο παράδειγμα μας ο Γιάννης, ήταν ικανός να έρθει γρήγορα σε επαφή με τα προβλήματα του και με την σωστή βοήθεια, να τα επιλύσει. Ο Γιάννης είχε υποφέρει σωπηλά για χρόνια την ανάμνηση του δάσκαλου του. Ήταν τόσο καλά «θαμμένη», που δεν είχε ιδέα ή έστω υποψία ότι του είχε προκαλέσει συναισθηματικό πρόβλημα. Προέρχονταν από αρμονικό οικογενειακό περιβάλλον, ένοιωθε ασφαλής μέχρι που πήγε στο σχολείο.

Ο δάσκαλος τον έκανε να νοιώθει ντροπιασμένος. Είχε αποτύχει να αναζητήσει την προστασία των γονέων του. Είχε όμως εκείνα τα καλά στοιχεία που τον βοήθησαν να έρθει σε επαφή με τα συναισθήματα του.

Σε άλλους όμως ανθρώπους η ικανότητα να έρθουν σε επαφή με τα συναισθήματα τους διαφέρει δραματικά. Η διαδικασία SER μπορεί να εμποδιστή από ένα βαθμό αντίστασης. Υπάρχει όμως ένας ασυναίσθητος μηχανισμός μας επιτρέπει να μπορούμε στην διαδικασία απελευθέρωσης, όταν είμαστε στην κατάλληλη χρονική στιγμή για να γίνει μια σημαντική αλλαγή στη ζωή μας. Η Κρανιοιερή Θεραπεία, μπορεί με ήπιο τρόπο, να προετοιμάσει το έδαφος, βοηθώντας το σώμα να συμμετέχει σε αυτήν την διαδικασία.





2015



ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΧΑΜΗΛΗΣ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Εάν έχετε μια εμπειρία χαμηλής οσφυαλγίας - είτε βρίσκεστε σε οξεία, είτε σε χρόνια φάση - θα είναι χρήσιμο να γνωρίζετε ορισμένα γεγονότα:

1. Κατ' αρχήν, δεν είστε οι μόνοι! Μελέτες έχουν δείξει ότι το 80% των ενηλίκων θα έχουν την εμπειρία της χαμηλής οσφυαλγίας τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους.
2. Χιλιάδες ασθενών υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις στη μέση, παρά την επικινδυνότητα που αυτές μπορεί να κρύβουν.
3. Ο συντηρητικός μη-χειρουργικός τρόπος αντιμετώπισης (φυσικοθεραπεία, manual therapy, χειροπρακτική κ.α.) φαίνεται να είναι αποτελεσματικός στη πλειονότητα των περιπτώσεων.

Επίσης, υπάρχει ένα ακόμη σημαντικό γεγονός: Οι έρευνες καταδεικνύουν ότι η χειρουργική αντιμετώπιση, κυρίως του χρόνιου πόνου στη μέση (πόνος που επιμένει για εβδομάδες ή μήνες), δεν φαίνεται να είναι αποτελεσματική.

Ή τουλάχιστον δεν είναι περισσότερο από την συντηρητική αντιμετώπιση.

Τελευταία απόδειξη είναι μελέτη που δημοσιεύτηκε πρόσφατα στο περιοδικό Spine, στην οποία αναφέρεται χαρακτηριστικά: «επανεκτιμώντας περιστατικά μετά από περίπου 11 χρόνια, με βαθμολόγηση της θεραπείας από τους ίδιους τους ασθενείς, δεν βρέθηκε, στατιστικά, να υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ της αποτελεσματικότητας της χειρουργικής αντιμετώπισης (σπονδυλοδεσίας) και της πολυδιάστατης (manual therapy, θεραπεία λειτουργικής αποκατάστασης, επανεκπαίδευση της στάσης, εξειδικευμένο πρόγραμμα ασκήσεων κ.α) συντηρητικής αντιμετώπισης της χαμηλής οσφυαλγίας. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι -σε βάθος χρόνου- με δεδομένα τους αυξημένους κινδύνους της χειρουργικής αντιμετώπισης αφενός, και της απουσίας επιδείνωσης των συμπτωμάτων μέσω της συντηρητικής - μη χειρουργικής αντιμετώπισης αφετέρου θα πρέπει να αποφεύγεται η σπονδυλοδεσία στην οσφυ στους ασθενείς με χαμηλή οσφυαλγία.

Εκεί, δηλαδή, όπου υπάρχει η δυνατότητα πολυδιάστατης συντηρητικής αντιμετώπισης».

Από μελέτες προκύπτει, επίσης, ότι η ειδικότητα του γιατρού που θα επισκεφτεί αρχικά ο ασθενής μπορεί να προδιαγράψει και την αγωγή που θα ακολουθηθεί. Αν, δηλαδή, ο ασθενής επισκεφτεί χειρουργό, το πιο πιθανό είναι να ακολουθήσει χειρουργική αντιμετώπιση.

Γι' αυτό είναι καλύτερα να αφήσετε την επίσκεψη στον χειρουργό τελευταία, και αφού εξαντλήσετε τις δυνατότητες συντηρητικής αντιμετώπισης του προβλήματός σας.



ΠΗΓΗ: To Your Health, December, 2014 (Vol. 08, Issue 12)

ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ

Η παραφωνία του εγκεφάλου: μια εναλλακτική πρόταση

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Η επιθυμία να γράψω αυτό το βιβλίο γεννήθηκε μέσα από τη σχέση που ανέπτυξα με τους ασθενείς μου. Όλοι, άλλος λίγο και άλλος πολύ, ήθελαν, πριν ή και κατά τη διάρκεια των θεραπειών, να τους εξηγώ τα «γιατί» του χρόνιου πόνου που τους έκανε να υποφέρουν, και τα «πώς» θα απαλλάσσονταν απ' αυτόν.

Και αυτό που προσπάθησα να εξηγήσω στο βιβλίο είναι πως ο χρόνιος πόνος δεν είναι τίποτε άλλο από την παραφωνία του εγκεφάλου μας, αν θεωρήσουμε ότι ο εγκέφαλος είναι ο μάεστρος που ελέγχει την αρμονική λειτουργία του οργανισμού.

Ο θεραπευτής πρέπει να «προκαλεί» τον ασθενή ώστε να χρησιμοποιήσει τις δυνατότητες του σώματος του για «αυτοδιόρθωση». Βασισμένο σε αυτή τη λογική είναι δομημένο το βιβλίο που έχετε στα χέρια σας. Επικειρεί να βοηθήσει τον ασθενή -ή και τον θεραπευτή ακόμα- να κατανοήσει την οδό, ώστε να διευκολύνει τη διαδικασία απελευθέρωσης του οργανισμού από τα 'δεσμά' του, οδηγώντας στην 'αυτοδιόρθωση', στην λειτουργική αρμονία, την ομοιόσταση και, τελικά, στην επανεκκίνηση του οργανισμού.

ΠΡΑΓΜΑΤΑ ΠΟΥ ΘΑ ΜΑΘΕΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΒΙΒΛΙΟ

1. ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ του Παν. Αρχιμανδρίτη π. Εφραίμ Σιμωνοπετρίτη:

Ο πόνος είναι πάντα ένα νοητικό ή ψυχολογικό γεγονός. Ένα κόλπο που ο νους εν γνώσει του παίζει στον ίδιο του τον εαυτό. Εκτελεί το μαγικό αυτό κόλπο με τόσο έντονη καταστολή της δυσπιστίας, ώστε σταματάω κάθε άλλη ασχολία και φροντίζω το δάχτυλό μου όταν αυτό χτυπήσει και πονάει. Δεν μπορώ να αποφύγω την εντύπωση, ότι ο πόνος είναι στο δάχτυλό μου και όχι στον εγκέφαλό μου. Όλοι οι πόνοι είναι στο μυαλό, από εκεί ξεκινούν και εκεί κατακτούν...

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Θα πρέπει να αντιληφθούμε πως το θέμα που πραγματευόμαστε αφορά τη λειτουργία των "υποδοχέων του πόνου" που στέλνουν ερεθίσματα στον Εγκέφαλο, ο οποίος, τελικά, «αποφασίζει» εάν αξίζει να γίνει αντιληπτό το αίσθημα του πόνου ή όχι. Και, επίσης, να αναγνωρίζουμε την ύπαρξη διαφοράς μεταξύ

"πόνου" και "αλγαισθησίας, αλγοδεκτικότητας/ nociception".

3. ΕΝΟΤΗΤΑ 1 - ΑΣ ΓΝΩΡΙΣΤΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΜΑΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ - ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο πόνος, στην πραγματικότητα, είναι ο "κίνδυνος" που αντιλαμβάνεται ο Εγκέφαλος για πιθανή βλάβη ιστού, λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου. Ακριβώς αυτό θέλουμε να αναδείξουμε μέσα από το συγκεκριμένο βιβλίο. Το γεγονός, δηλαδή, ότι ο πόνος, και κυρίως ο χρόνιος πόνος, βρίσκεται μέσα στο μυαλό μας, όχι με τον τρόπο που φανταζόμαστε, αλλά μέσω χημικών - ορμονικών μηχανισμών, για τους οποίους έχουμε τα φυσικά εκείνα μέσα που απαιτούνται ώστε να τους επηρεάσουμε με τρόπο ευεργετικό για τον πάσχοντα.

4. ΕΝΟΤΗΤΑ 2 - Η ΧΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ

ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗ (ΑΥΤΟ-ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ή ΑΥΤΟ-ΡΥΘΜΙΣΗ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ) - ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ / ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ

Ο οργανισμός λειτουργεί ως σύστημα, για την εύρυθμη λειτουργία του οποίου απαιτείται αρμονική οργάνωση των μερών του και εσωτερική ισορροπία. Για καθετί που επικειρεί να τροποποιήσει αυτή την ισορροπία τα μέρη αντιδρούν με μηχανισμούς αυτορρύθμισης. Αυτό-ρρύθμιση είναι η δυνατότητα ενός συστήματος να μεταβαίνει εκούσια από μια κατάσταση δυσαρμονίας στην οργάνωσή του, σε μια περισσότερο αρμονική. Ο χρόνιος πόνος στην πραγματικότητα δεν είναι τίποτε άλλο από την διαταραχή της λειτουργικής αρμονίας στον οργανισμό. Έχει, δηλαδή, διαταραχθεί η ομοιόσταση, η οποία εκφράζεται ως δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και μπορεί να εκδηλωθεί με ένα σύνολο αισθητικών, κινητικών ή νευρολογικών



διαταραχών, όπως για παράδειγμα ο πονοκέφαλος και η ημικρανία.

5. ΕΝΟΤΗΤΑ 3

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ - ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ - ΝΕΥΡΟΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ - ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ)

Ο χρόνιος πόνος είναι αποτέλεσμα χημικών αλλαγών στο σώμα, που οφείλονται σε δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία αποτελεί ένα από τα πολυτιμότερα εργαλεία που βοηθά τους θεραπευτές να αναγνωρίσουν αυτή τη δυσλειτουργία και να την ανατάξουν. Προς την ίδια κατεύθυνση, αλλά από διαφορετική αφετηρία, κινείται και η Νευροθεραπεία διά χειρισμών. Ο προτεινόμενος συνδυασμός έχει τη δυναμική να συνεισφέρει περισσότερα στη μεταβολή της διαταραγμένης λειτουργικότητας του οργανισμού, ώστε να αποκαταστήσει την αρμονία και την ισορροπία του, ενισχύοντας

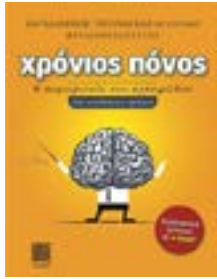
την προσαρμοστικότητα του· κυρίαρχο συστατικό στοιχείο της ομοιόστασης.

6. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

...Η ΕΠΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Η αποτελεσματικότητα της Κρανιοϊερής Θεραπείας σε συνδυασμό με την Νευροθεραπεία δια χειρισμών, που περιλαμβάνει και την Νευρο-ρεφλεξολογία, βασίζεται στην κλινική μας εμπειρία. Κάποιοι ενδέχεται να ισχυριστούν

ότι «ζούμε στην εποχή της επί ενδείξεων βασιζόμενης ιατρικής», όμως τι σημαίνει αυτό; Την απάντηση μας την δίνει ο Καθηγητής Leon Chaitow. “Σίγουρα δεν σημαίνει -μολονότι αυτή είναι η συνήθης αλλά λανθασμένη αντίληψη- ότι κάθε θεραπευτική πράξη που διενεργείται, πρέπει να βασίζεται σε επιστημονικές έρευνες που επικυρώνουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά της, αν και σε μερικές περιπτώσεις αυτό μπορεί κάλλιστα να αποτελεί μέρος της θεμελίωσης των κλινικών επιλογών”. ■



“ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - Η παραφωνία του εγκεφάλου: μια εναλλακτική πρόταση”

ΠΡΟΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ: Ο πρόλογος του βιβλίου από τον καθηγητή του Χαρ. Τιγγινάγκα στην “Νευροθεραπεία δια χειρισμών” Nico Pauly (Belgium), P.T., M.T., M.N.T. Member of I.A.S.P. (International Association for the Study of Pain) info@mnt-nr.com www.mnt-nr.com

ΠΡΟΛΟΓΟΣ



Ο ι ασθενείς με χρόνιο πόνο συχνά αναζητούν βοήθεια στην συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική (C.A.M) ή θεραπεία. Οι κύριοι λόγοι είναι:

- 1) η πίστη στη θετική αξία της εναλλακτικής φροντίδας,
- 2) η προηγούμενη εμπειρία της κλασσικής ιατρικής ως αναποτελεσματικής,
- 3) η ανησυχία για τις αρνητικές παρενέργειες της ιατρικής φροντίδας και

4) η κακή επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των ιατρών.

Ωστόσο, η επιλογή είτε για την συμβατική, είτε για την συμπληρωματική ή εναλλακτική ιατρική δεν είναι πάντα μονόπλευρη, και οι ασθενείς συχνά συνδυάζουν θεραπευτικές μεθόδους και από τους δύο χώρους.

Ο συγγραφέας παρουσιάζει στο βιβλίο του μια πολύ υποκειμενική προσέγγιση στη θεραπεία του χρόνιου πόνου, συνδυάζοντας χειρισμούς της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής, δηλαδή της Κρανιοϊερής Θεραπείας (CST) και της Νευροθεραπείας δια Χειρισμών (MNT). Όπως και σε πολλές άλλες θεραπείες με χειρισμούς (hands-on therapies) στη συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική, τόσο η Κρανιοϊερή Θεραπεία, όσο και η Νευροθεραπεία με χειρισμούς έχουν φτωχή τεκμηρίωση από την επιστημονική έρευνα. Και τα δύο συστήματα, ωστόσο, ισχυρίζονται ότι παρεμβαίνουν στις νευρικές οδούς της δημιουργίας και διαμόρφωσης του πόνου και είναι αδιαμφισβήτητο το γεγονός ότι το νευρικό σύστημα είναι ο μοναδικός δημιουργός, αγωγός και διαμορφωτής του πόνου.

Ο Χαράλαμπος Τιγγινάγκας έχει μεγάλη εμπειρία στην αντιμετώπιση του πόνου. Ξεκίνησε ως φυσικοθεραπευτής και ολοκλήρωσε τις δεξιότητές του στην αντιμετώπιση των μυοσκελετικών διαταραχών με τις διεθνώς αναγνωρισμένες τεχνικές των ορθοπεδικών Manual Therapy. Σύντομα, όμως, συνειδητοποίησε ότι σε χρόνιες καταστάσεις πόνου οι μυοσκελετικές διαταραχές αποτελούν μόνο ένα μέρος της συνολικής εικόνας. Στις μέρες μας η επιστήμη του πόνου έχει καταστήσει σαφές ότι σε χρόνιες καταστάσεις το νευρικό σύστημα εκθέτει σε κίνδυνο τη συνολική ισορροπία του σώματος ή την ομοιόσταση, προκαλώντας αλλαγές μυοσκελετικές, σπλαχνικές, ορμονικές, ψυχοσωματικές, αλλά και αλλαγές στην διανοητική συμπεριφορά. Αυτός είναι και ο λόγος για τον οποίο ο συγγραφέας αναζήτησε άλλες θεραπείες προκειμένου

να θεραπεύσει τον πόνο, σεβόμενος όλες τις πτυχές της εξελικτικής διαδρομής του πόνου. Αρχικά ανακάλυψε την δύναμη της Κρανιοϊερής Θεραπείας (CST) και αργότερα της Νευροθεραπείας με χειρισμούς (MNT).

Γνώρισα τον Χαράλαμπο Τιγγινάγκα ως μαθητή μου όταν ήμουνα ο κύριος επιβλέπων καθηγητής κατά την διάρκεια εκπαίδευσης ανώτερης εξειδίκευσης στον τομέα της Νευροθεραπείας με χειρισμούς (MNT) που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα –εκπαίδευση που κάλυπτε περισσότερες από 100 ώρες εκπαίδευσης, καταμετρημένες σε αρκετά σεμινάρια. Σύντομα εντυπωσιάστηκα από το ανοικτό μυαλό του, αλλά και την ρεαλιστική και βασισμένη σε επιστημονικά δεδομένα αντιμετώπιση των ασθενών που πάσχουν από πόνο. Καθώς μοιραζόμαστε το ίδιο κίνητρο και την ίδια αγωνία προς την κατεύθυνση αναζήτησης μιας ολιστικής –αλλά επιστημονικά τεκμηριωμένης- θεραπευτικής φιλοσοφίας, γίναμε πραγματικοί φίλοι, αποκαλώντας τον ‘Harry’ για την αποφυγή των πολύπλοκων Ελληνικών ονομάτων.

Πολύ σύντομα ο Harry εφάρμοσε – ενέταξε τις MNT τεχνικές στο δικό του θεραπευτικό μίγμα Manual Therapy και Κρανιοϊερής Θεραπείας• θεραπευτικό μίγμα που αποτελεί έναν ιδιαίτερο τρόπο προσέγγισης της θεραπείας του πόνου και είναι το καταστάλαγμα εμπειρίας που αποκτήθηκε μετά από αρκετά χρόνια ενασχόλησής του με το αντικείμενο.

Σε αυτό το βιβλίο μοιράζεται μαζί μας τις γνώσεις, τις δεξιότητες και την εμπειρία του. Ελπίζω ότι το πόνημά του θα αποτελέσει κίνητρο για τους θεραπευτές που αναζητούν για μια πιο ολιστική προσέγγιση στο χρόνιο πόνο και σίγουρα θα δώσει στους πάσχοντες από χρόνιο πόνο μια ρεαλιστική αλλά ελπιδοφόρα άποψη για το μέλλον.

Και οι δυο, ο Harry και εγώ, έχουμε επίγνωση του γεγονότος ότι θεραπείες όπως η Κρανιοϊερή Θεραπεία και η Νευροθεραπεία με χειρισμούς πάσχουν από έλλειψη τεκμηριωμένης έρευνας. Ωστόσο, στην ατομική προσέγγιση του ασθενή υπάρχουν μέθοδοι κλινικής αξιολόγησης με τις οποίες εκτιμάται η λειτουργική κατάστασή του, όπως κλίμακες πόνου, ερωτηματολόγια και άλλες νευρολογικές δοκιμασίες. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο στη εκπαίδευση της Νευροθεραπείας με χειρισμούς, ενθαρρύνουμε τους μαθητές να χρησιμοποιούν με ακρίβεια τα εργαλεία αυτά προκειμένου να εκτιμήσουν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας για τον εκάστοτε ασθενή.

Ο πόνος βρίσκεται στη πρώτη θέση «μιας υποκειμενικής – συναισθηματικής αίσθησης». Εάν τα εργαλεία αξιολόγησης δείχνουν μια σαφή πρόοδο στη συνολική ποιότητα ζωής του ασθενούς, τότε η ‘εξατομικευμένη’ θεραπευτική προσέγγιση αποτελεί και την επιστημονική τεκμηρίωση της θεραπείας για τον συγκεκριμένο ασθενή. Γνωρίζω πως οι εμπειρίες του Harry με τη δική του ιδιαίτερη CST – MNT θεραπευτική φιλοσοφία βασίζονται σε αυτά τα τεκμηριωμένα εργαλεία αξιολόγησης.

ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΠΕΡΙ ΤΡΟΜΟΚΡΑΤΙΑΣ...!

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**



Το σύστημα υγείας, όπως όλοι ξέρουμε, είναι ‘ιατροκεντρικό’ και –είτε συμφωνούμε, είτε όχι- είμαστε υποχρεωμένοι να λειτουργήσουμε μέσα σ’ αυτό. Δεν είναι πρόθεσή μου να αμφισβητήσω την κατεύθυνση του συστήματος υγείας, αλλά την “...τρομοκρατία” που κρύβει μέσα του!

Το σύστημα υγείας, όπως όλοι ξέρουμε, είναι ‘ιατροκεντρικό’ και –είτε συμφωνούμε, είτε όχι- είμαστε υποχρεωμένοι να λειτουργήσουμε μέσα σ’ αυτό. Δεν είναι πρόθεσή μου να αμφισβητήσω την κατεύθυνση του συστήματος υγείας, αλλά την “...τρομοκρατία” που κρύβει μέσα του!

“...πιθανόν έχετε διακοπθεί...», αλλά προς Θεού μην σας ακουμπήσει φυσικοθεραπευτής, μπορεί να σας προκαλέσει μεγάλη ζημιά”.

“...πρέπει να χειρουργηθείτε άμεσα... οδηγώντας το αυτοκίνητο σας, ενώ θα είστε σταματημένη στο φανάρι, περιμένοντας το πράσινο να ανάψει, θα ‘σπάσει’ ο δίσκος και θα μείνετε παράλυτοι... Πρέπει να τον αντικαταστήσω με τιτάνιο”.

Παίρνοντας αφορμές από την επαγγελματική μου καθημερινότητα θα μπορούσα να απαριθμήσω πολλά ακόμη παρόμοια,

πραγματικά και, δυστυχώς, καθόλου φανταστικά περιστατικά. Τα έχω συνθίσει πια, και με τον καιρό στο άκουσμά τους απλώς... χαμογελώ! Το τελευταίο, όμως, -που έγινε και η αφορμή να γράψω αυτό το άρθρο- θεωρώ ότι ξεφεύγει από τα συνηθισμένα! Δεν μπορώ να χαμογελάσω και να κουνήσω συγκαταβατικά το κεφάλι μου. Έχω θυμώσει...

Ογκολογική ασθενής, χειρουργημένη με καρκίνο του μαστού, εμφάνισε λεμφοίδημα. Μια επιπλοκή, δηλαδή, της θεραπείας. Χωρίς ενημέρωση από τη θεραπευτική ομάδα για τον τρόπο αντιμετώπισης του προβλήματός της –κάτι πολύ συνηθισμένο- αναζήτησε πληροφορίες στο διαδίκτυο. Ενημερώθηκε και αποφάσισε να ακολουθήσει ένα φυσικοθεραπευτικό πρόγραμμα αποκατάστασης που της φάνηκε αξιόπιστο. Μετά από λίγες μέρες επισκέφθηκε, σε μεγάλο στρατιωτικό νοσοκομείο, τον ιατρό ογκολόγο της -σημαντικό όνομα του χώρου

κατά δική της ομολογία- ο οποίος βλέποντας το χέρι της με την περίδεση την ρώτησε τι κάνει. Εκείνη του περιέγραψε την θεραπεία που ακολουθεί, δηλαδή κυκλοφορητή άκρου, λεμφική παροχέτευση κατά Dr Vodder, παλμικά μαγνητικά πεδία και περίδεση του μέλους.

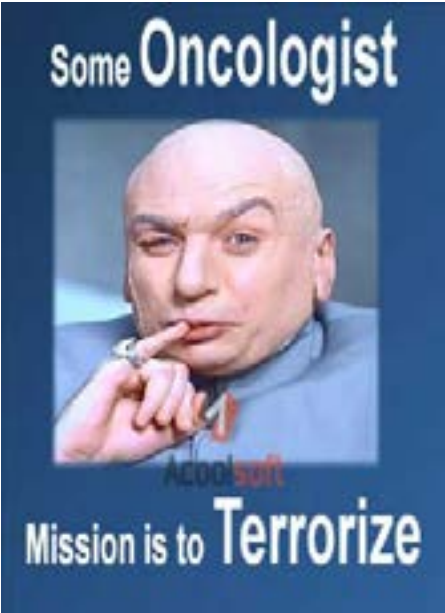
Ο ιατρός της “άστραψε και βρόντηξε”.

“Με αυτά που σου κάνουν, κυρίως με τα μαγνητικά πεδία, και ένα καρκινικό κύτταρο να υπάρχει στο σώμα σου θα σου προκαλέσει μεταστατική επέκταση του καρκίνου... Να σταματήσεις αμέσως!”

Είναι περιττό να αναφέρω την αντίδραση της ασθενούς στο άκουσμα των λόγων του.

Ζούμε στην εποχή της “επί ενδείξεων βασιζόμενης ιατρικής”.

Πού τα βρήκε αυτά γραμμένα και τα λέει;



Κυρίως, όμως, σε ποιον τα λέει!

Στο άρθρο της “Ψυχισμός της γυναίκας με καρκίνο μαστού” (physio.gr) η ψυχολόγος Ε. Γιγγινάγκα, MSc αναφέρει: “Όπως όλες οι ασθένειες, έτσι και η νόσος του καρκίνου του μαστού, έχει σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις για την ασθενή. Η συγκεκριμένη νόσος, ωστόσο, παρουσιάζει μερικές ιδιαίτερες αναφορικά με την ψυχοκοινωνική του διάσταση. Συγκεκριμένα, η γυναίκα με καρκίνο του μαστού δεν έρχεται μόνο αντιμέτωπη με ένα σοβαρό νόσημα, αλλά και με την πιθανή απώλεια ενός τμήματος του σώματός της. Τμήματος που συνδέεται με ιδιαίτερα σημαντικούς συμβολισμούς της ύπαρξής της, όπως είναι η μητρότητα και η ερωτική της υπόσταση. Το τελευταίο έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς ο καρκίνος του μαστού, αρκετά συχνά, εμφανίζεται σε ηλικία που και άλλοι παράγοντες (εμμηνόπαυση, φυσιολογική γήρανση κ.ά.) επιδρούν αρνητικά στην αυτοπεποίθηση, αλλά και την αίσθηση – αντίληψη που η ίδια η γυναίκα έχει για την θηλυκότητά της.”

Ας επιστρέψουμε, όμως, στη στάση του ιατρού ογκολόγου. Εκτός από την συναισθηματική επιβάρυνση που της προκαλέσε, ας αναλύσουμε αν υπάρχει κάποια βάση λεγόμενα του!

Προφανώς θεωρεί ότι η αύξηση στην αιματική ή λεμφική κυκλοφορία είναι δυνατόν να προκαλέσει τα αρνητικά αποτελέσματα που αναφέρει. Πόσο ορθό είναι αυτό;

Την απάντηση μας την δίνει ο ιατρός Αλ. Αρδαβάνης, Παθολόγος Ογκολόγος, Διευθυντής της Α' Παθολογικής Κλινικής στο Νοσοκομείο “Ο Άγιος Σάββας” (αναδημοσίευση από την ομάδα «Φυσικοθεραπεία και Ογκολογία» στο facebook):

”Από τον 19ο αιώνα ο Paget έχει διατυπώσει την υπόθεση «seed and soil», δηλαδή «σπόρος και έδαφος», για την ερμηνεία της επιλεκτικής μεταστατικής επέκτασης του καρκίνου. Με άλλα λόγια η προτίμηση του σπόρου -εν προκειμένω του καρκινικού κυττάρου- για κάποια εδάφη, αλλά και η “υποδεκτικότητα” του εδάφους -δηλαδή του εκάστοτε ιστού ή οργάνου, στην περίπτωση μας- καθορίζουν τις

μεταστατικές εντοπίσεις. Έκτοτε, η υπόθεση αυτή έχει πολλαπλά επιβεβαιωθεί τόσο σε κλινικό επίπεδο, όσο και μέσω της βασικής έρευνας και της παθοφυσιολογίας. Είναι γνωστό για παράδειγμα ότι τα επιθηλιακά νεοπλάσματα -οι καρκίνοι δηλαδή- μεθίστανται κυρίως λεμφογενώς και έμμεσα, αλλά και αιματογενώς• ενώ τα περισσότερα μεσεγχυματογενή νεοπλάσματα - τα σαρκώματα- σχεδόν αποκλειστικά αιματογενώς. Έτσι, τα όργανα τα οποία αποικίζονται από τα κακοήθη κύτταρα “επιλέγονται” κατά μια τυχαία διαδικασία, σαφώς επηρεαζόμενη από τον συνδυασμό ανατομικής εγγύτητας και ιδιαίτερων χαρακτηριστικών, όπως ειδικά ένζυμα κλπ. των κακοθών κυττάρων και του υποδεκτικού οργάνου-ξενιστή. Τονίζεται ότι είσοδος καρκινικών κυττάρων στην λεμφική ή αιματική κυκλοφορία δεν συνεπάγεται απαραίτητα και ολοκλήρωση του “ταξιδιού” στο όργανο-στόχο, ούτε επιτυχή εγκατάσταση και ανάπτυξη αποικίας-μετάστασης σε αυτόν, καθώς τα νεοπλασματικά κύτταρα κατά τη διαδρομή τους από τη στιγμή της αποκόλλησής τους από τον μητρικό όγκο μέσα στο αφιλόξενο χάος του οργανισμού, στη μεγάλη πλειονότητά τους καταστρέφονται από τους αμυντικούς μηχανισμούς του οργανισμού. Εντούτοις, είναι αλήθεια ότι αδέξιοι χειρουργικοί χειρισμοί κατά την αφαίρεση ενός όγκου μπορεί να οδηγήσουν σε διασπορά της νόσου, ιδιαίτερα σε κοιλότητες όπως το περιτόναιο ή ο υπεζωκότας ενώ έχουν περιγραφεί περιπτώσεις αποικισμού περιοχών τραυματισμού όπως στα σημεία εκκενωτικής παρακέντησης ασκιτικού ή πλευριτικού υγρού. Ωστόσο, τα τελευταία δεν αποτελούν μείζονα προβλήματα στην εξέλιξη του καρκίνου και της θεραπείας του. Αντίθετα, η απευθείας μάλαξη που συνοδεύει την ψηλάφηση ενός καρκίνου του μαστού ή ενός ενδοκοιλιακού νεοπλάσματος δεν έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν κλινικά σημαντική διασπορά καρκινικών κυττάρων.

Σχηματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι “ο καρκίνος φεύγει και δίνει μεταστάσεις όταν έχει έρθει η στιγμή που εκείνος μπορεί, ενώ το σώμα -για διάφορους λόγους- δε μπορεί να τις αποτρέψει”.

Συνεπώς, λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω μπορεί να ειπωθεί με βεβαιότητα ότι δεν υπάρχει καμία πειστική επιστημονική τεκμηρίωση, πόσο μάλλον υπόνοια, ότι θεραπευτικοί χειρισμοί του τύπου της μάλαξης, της λεμφικής

παροχέτευσης, της ρεφλεξολογίας και άλλων συναφών μπορούν να προκαλέσουν διασπορά της νόσου και μεταστάσεις.”

Μια πολύ συχνή οδηγία προς τους ογκολογικούς ασθενείς, όταν δεν υπάρχει

... αλλά προς Θεού μην σας ακουμπήσει φυσικοθεραπευτής, μπορεί να σας προκαλέσει μεγάλη ζημιά

αντένδειξη (κίνδυνος κατάγματος κ.α.), είναι να ασκούνται, ώστε να διατηρήσουν ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικής ανεξαρτησίας. Η άσκηση, ως γνωστόν, αυξάνει την αιματική κυκλοφορία, οπότε αν ήταν αληθές πως η αυξημένη αιματική ή λεμφική κυκλοφορία είναι η μόνη αιτία μετάστασης, τότε η άσκηση ή το ζεστό μπάνιο θα αποτελούσαν μεγαλύτερο κίνδυνο από ό,τι η μάλαξη, καθώς προκαλούν σαφώς μεγαλύτερη υπεραιμία.

Σύμφωνα με την American Cancer Society “...ενώ η μάλαξη εμφανίζεται ως πολλά υποσχόμενη για την διαχείριση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της ζωής των ασθενών, οι μέχρι σήμερα διαθέσιμες επιστημονικές ενδείξεις δεν υποστηρίζουν τις απόψεις ότι η μάλαξη επιβραδύνει, ή αναχαιτίζει, ή εξαπλώνει τον καρκίνο”.

Η πρόκληση μετάστασης είναι σαφώς μια περισσότερο πολύπλοκη διαδικασία.

Μήπως, όμως, τα παλμικά μαγνητικά πεδία μπορεί να προκαλέσουν μετάσταση;

Ποια είναι η δράση των παλμικών μαγνητικών πεδίων; Τα παλμικά μαγνητικά πεδία διεισδύουν στο σώμα ομοιόμορφα, ανεπηρέαστα και επιδρούν στην ενδοκυτταρική κίνηση των ιόντων, αυξάνουν δηλαδή τη διαπερατότητα της κυτταρικής μεμβράνης. Αποτέλεσμα αυτού είναι η ελάττωση του οιδήματος και του πόνου, η γρήγορη απομάκρυνση των προϊόντων του μεταβολισμού και η αύξηση της παροχής οξυγόνου στη περιοχή.

Στο άρθρο “Θεραπευτική δράση των ηλεκτρομαγνητικών πεδίων στην κακοήθεια”, του Δρ. Αγγέλου Μ. Ευαγγέλου, Καθηγητή Φυσιολογίας, Επίτιμου Μέλους Κωνσταντίου

Ερευνητικού Κέντρου, μεταξύ άλλων αναφέρει:....η έκθεση κακοήθων κυττάρων και πειραματόζων με όγκους σε συντονισμένα, χαμηλής έντασης και ραδιοφωνικής συχνότητας πεδία μπορεί να οδηγήσει τα κακοήθη κύτταρα σε απόπτωση ή θάνατο και τους όγκους σε υποστροφή...”.Και συνεχίζει: “...θεωρώ ότι πρέπει να κλείσω αυτή τη σύντομη περιγραφή του θέματος με την κατάληξη των Johnson MT και συνεργατών, στο άρθρο τους με τίτλο «Noninvasive treatment using electromagnetic fields: current and emerging therapeutic potentials» Biol Sci Ind, 2004 (Indiana University USA): «Η ηλεκτρομαγνητική αγωγή (EMF Treatment) για τη θεραπεία του πόνου, του καρκίνου, της επιληψίας, της σκλήρυνσης κατά πλάκας, της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και των φλεγμονωδών παθήσεων βρίσκεται υπό συνεχή έρευνα. Η μακροπρόθεσμη επιτυχία αυτής της νέας επιστημονικής προσέγγισης είναι ακόμη άγνωστη. Αισιοδοξούμε ότι η ηλεκτρομαγνητική αγωγή έχει τη δύναμη να επιφέρει επαναστατικές μεταβολές στην ιατρική πρακτική, που μέχρι τώρα δυναστεύεται από τη φαρμακοθεραπεία και τις χειρουργικές επεμβάσεις. Νέα θεραπευτικά εργαλεία που αναπτύσσονται και θα αναπτυχθούν στο μέλλον, παρέχουν δυνατότητες μη επεμβατικών θεραπειών, με χαμηλό βαθμό κινδύνου και χωρίς προβλήματα φαρμακευτικών παρενεργειών και αλληλεπιδράσεων”. (ΠΗΓΗ: www.konstantinioncenter.org)

Σε δημοσιευμένες μελέτες αναφέρεται μείωση του Λεμφοιδήματος από 20% έως 56% με τη χρήση των παλμικών μαγνητικών πεδίων, ενδεικτικά αναφέρω:

1) Handbook of Biological Effects of Electromagnetic Fields, 3rd Edition. Barnes F, Greenebaum B, eds, CRC Press, 2006, in press
MECHANISMS AND THERAPEUTIC APPLICATIONS OF TIME-VARYING AND STATIC MAG-

NETIC FIELDS, Arthur A. Pilla – Department of Biomedical Engineering, Columbia University, New York, NY 10032
Department of Orthopedics, Mount Sinai School of Medicine, New York, NY 10029

2) Evidence-Based Use of Pulse Electromagnetic Field Therapy in Clinical Plastic Surgery, Berish Strauch, MD; Charles Herman, MD; Richard Dabb, MD; Louis J. Ignarro, PhD; and Arthur A. Pilla, PhD

3) Treatment of peripheral lymphedema by concomitant application of Magnetic Fields, Vibration and Hyperthermia: A preliminary report, M. Ohkuma, Department of Dermatology, University Hospital Sakai, Kinki University School of Medicine, Sakai, Osaka, Japan (Lymphology 35 (2002) 87-90.

Από τα προηγούμενα προκύπτει ότι σε καμία περίπτωση δεν ενοχοποιούνται τα παλμικά μαγνητικά πεδία για διασπορά του καρκίνου, αντίθετα υπάρχουν ενθαρρυντικές ενδείξεις ότι ενδεχομένως να είναι το μέλλον στη θεραπευτική προσέγγιση του καρκίνου.

Τι μένει, λοιπόν, από αυτή την ιστορία;

Μια απελπισμένη ασθενής με Λεμφοίδημα, που προοδευτικά θα επιδεινώνεται επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα της ζωής της, βάζοντας την ακόμη σε κίνδυνο -πάντα υπάρχει ο κίνδυνος σε Λεμφοίδημα 3ου βαθμού, ανάπτυξης σαρκωμάτων και παράλυσης του άκρο- η οποία για οτιδήποτε της συμβεί στο μέλλον θα ενοχοποιεί τις τρεις συνεδρίες στις οποίες υπερβλήθη για την αντιμετώπιση του Λεμφοιδήματος.

Ένας θυμωμένος θεραπευτής, η αξιοπιστία του οποίου αμφισβητήθηκε χωρίς να μάθει το όνομα του ιατρού που το έκανε. Αυτό γιατί η ίδια η ασθενής και το περιβάλλον της αρνήθηκαν να κατονομάσουν τον ιατρό, προστατεύοντας

τον από την πιθανή αντίδραση του θιγόμενου θεραπευτή.

Ένας ιατρός «σημαντικό όνομα στον χώρο», που θα συνεχίζει με αλαζονικό τρόπο, απαίδευτος, να τρομοκρατεί!

Καλή τύχη,λοιπόν,σε όλους!



Βιβλιογραφία

- Cohen S & Popp FA (2003): Biophoton emission of human body. In J ExpBiol 41:440-45.
- Edler PC et al (1995): Non-molecular Information Transfer from Thyroxin to Frogs with regard to homeopathic toxicology. Vet Human Toxicol 37(3):259-60.
- Evangelou A Karkabounas S (2010): Restoration in tolerance to heat shock of knock down to HSP70 Hela cells, after exposure to electromagnetic signals of HSP70. Gen PhysiolBiophys (submitted)
- KarkabounasS, and Evangelou A (2005): Electromagnetic (EMG) Signals of Nerve Growth factor (NGF) may induce differentiation of rat pheochromocytoma cells (PC12). XXXIII Meeting of the Intern Soc for Oncodevelopmental Biology & Medicine (ISOMB), Abstr Book 12, Rhodes, 2005
- Karkabounas S and EvangelouA(2006): Effects of low intensity static electromagnetic radio-frequency fields on leiomyosarcoma and smooth muscle cell lines. Hell J Nucl Med 9(3):167-172
- NiemzowRC(1987): Use of transmembrane potentials in the identification of tumour cells. Cancer Surveys 6(2): 269-283
- Stern RG et al (1999): Carcinogenesis and the plasma membrane. Med Hypothesis 65(2):367-372
- Thomas Y et al (2000): Activation of Human Neutrophils by Eelectronically Ttransmitted Phorbol-Myristate Acetate. Med Hypothesis 54(1): 33-39,2000.
- Verginadis I, Simos Y, Karkabounas S, Evangelou A (2009): Analgesic effects exerted by exposure of Wistar rats to the NMR spectrum of morphine.International Symposium of WIP “Algos” 18-21/08/09 Greece. (Oral Award)
- Zadhin M (2001): Review of the Russian Literature on Biological Action of DC and Low –Frequency AC Magnetic Fields. Bioelectromagnetics 22:27-451
- ” Breastcancer.org (http://www.breastcancer.org/.../ask_expert/2005_03/question_13)
- American Cancer Society (http://www.cancer.org/.../manualhealingandphysicaltou.../massage)
- ” William C. Handley Jr., LMT, Oncology Massage Therapist (http://www.massagetoday.com/mpacms/mt/article.php?id=13542)
- Tracy Walton via this article:http://thrivingsurvival.com/.../doesnt-massage-spread-cancer.../

ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΕΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ Ca ΜΑΣΤΟΥ

Άρθρο της **Αθηνάς Κατσιμήτρου – Τιγγινάγκα, MId/Cdt**

Λεμφοίδημα επακόλουθο ενός χειρουργείου μαστού προκαλείται από μηχανική βλάβη του λεμφικού συστήματος. Οι διαδικασίες του μεταβολισμού διαταράσσονται, πρωτεΐνη συσσωρεύεται στους ιστούς με όλες τις αρνητικές συνέπειες για την κυκλοφορία της λέμφου προκαλώντας λεμφοίδημα.

Λεμφοίδημα ονομάζεται το οίδημα ενός τμήματος του σώματος, ιδιαίτερα των άκρων, που προκαλείται από την ανώμαλη συσσώρευση του λεμφικού υγρού. Είναι συχνή επιπλοκή μετά από θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του μαστού. Η επίπτωση και η σοβαρότητά του εξαρτώνται από τον τύπο της θεραπείας, την έκταση της τοπικής βλάβης των λεμφαγγείων, και την ικανότητα του λεμφικού συστήματος να αντιρροπίσει. Οι επιπλοκές του χειρουργείου μπορεί να είναι παροδικές ή μόνιμες.

ΠΑΡΟΔΙΚΕΣ

Οι οποίες υποχωρούν λίγο μετά με το χειρουργείο:

- Πόνος
- Περιορισμός στο εύρος κίνησης
- Μετεγχειρητικό οίδημα

ΜΟΝΙΜΕΣ

Όταν αφαιρεθούν λεμφαδένες, εφαρμοστεί ακτινοβολία και ο ασθενής δεν τηρεί τα μέτρα πρόληψης:

- Λεμφοίδημα

Τα προβλήματα που προκαλούνται μετά από επέμβαση στο μαστό είναι :

ΣΩΜΑΤΙΚΑ

- Οίδημα
- Μείωση μυϊκής δύναμης
- Μούδιασμα
- Πόνος
- Μειωμένο εύρος κίνησης

ΨΥΧΙΚΑ

- Άγχος
- Φόβος
- Αγωνία
- Ντροπή για το οιδηματώδες άκρο

Τα σωματικά προβλήματα αντιμετωπίζονται:

- Με εξειδικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης από εκπαιδευμένο θεραπευτή.
- Το πρόγραμμα μπορεί να αρχίσει την πρώτη εβδομάδα μετά την επέμβαση και να συνεχιστεί ανάλογα με τις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενή μερικούς μήνες μετά.
- Το πρόγραμμα έχει στόχο να αποκατασταθεί η λειτουργικότητα του χεριού επιτυγχάνοντας πλήρες εύρος κίνησης, μυϊκή ενδυνάμωση και αποκατάσταση του οιδήματος.

Τα ψυχικά προβλήματα αντιμετωπίζονται:

Με συμβουλευτική συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς με στόχο την αποφόρτιση των αρνητικών συναισθημάτων, οπλίζοντάς τους με δύναμη και κουράγιο να αντιμετωπίσουν την νέα αυτή κατάσταση.

Το λεμφοίδημα όντας μια σοβαρή νόσος, από την στιγμή της εμφάνιση της δημιουργεί όχι μόνο έντονα ψυχολογικά προβλήματα που έχουν να κάνουν με την αισθητική του άκρου, αλλά επηρεάζει σημαντικότερα την ποιότητα ζωής του ασθενούς και των σχέσεων του με τους άλλους ανθρώπους.



Copyright: A.O. 2004

Οι ασθενείς αισθάνονται συχνά αγανάκτηση, στεναχώρια και απογοήτευση καθώς ανακαλύπτουν ότι το λεμφοίδημα θα μπορούσε να είχε προληφθεί αν είχαν λάβει σχετική ενημέρωση, καθοδήγηση και συμβουλευτική μετά την επέμβαση.

Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης λεμφοιδήματος

- Διάνοιξη ραφής - Μόλυνση του τραύματος
- Παχυσαρκία
- Ηλικία ασθενούς. Γυναίκες μεγαλύτερες των 55 ετών αναπτύσσουν κλινικά σημαντικό λεμφοίδημα σε ποσοστό 22% των περιπτώσεων, και γυναίκες μικρότερες των 55 ετών σε ποσοστό 14% των περιπτώσεων.
- Μία στατιστικά σημαντική, αυξημένη εμφάνιση των συμπτωμάτων έχει αναφερθεί σε γυναίκες που εργάζονταν κατά το πρώτο έτος μετά την εγχείρηση
- Λανθασμένες συνθήκες φυσικοθεραπείας (πολύ έντονοι χειρισμοί)
- Μη τήρηση των μέτρων πρόληψης για την αποφυγή του οιδήματος



ΣΤΑΔΙΑ ΤΟΥ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

Στάδιο 0

Είναι η υποκλινική κατάσταση όπου το λεμφικό σύστημα έχει τραυματιστεί και η λεμφική κυκλοφορία έχει διαταραχθεί. Δεν παρατηρείται οίδημα αλλά οι ασθενείς βρίσκονται σε κίνδυνο εκδήλωσης λεμφοιδήματος.



Στάδιο II

Έντονο οίδημα με ίνωση, δεν δημιουργούνται εύκολα εντυπώματα και η ανάρροπη θέση δε μειώνει το οίδημα.



Στάδιο I

Είναι το πρώιμο στάδιο λεμφοιδήματος που εμφανίζεται με συσσώρευση της λέμφου στη περιοχή όπου προσωρινά αποκαθίσταται εάν το μέλος τοποθετηθεί στην ανάρροπη θέση. Η πίεση προκαλεί ήπιο εντύπωμα που εξαφανίζεται άμεσα.



Στάδιο III

Το πλέον προχωρημένο στάδιο με εικόνα λεμφοστατικής ελεφαντίασης. Η ίνωση είναι πολύ έντονη και το δέρμα εμφανίζει θηλώματα και υπερκερατώσεις. Βάρος – Πόνος – Περιορισμός στην κινητικότητα – Κίνδυνος λοιμώξεων. Σε πολύ προχωρημένο στάδιο υπάρχει κίνδυνος ανάπτυξης σαρκωμάτων και παράλυσης του άκρου.



Διάγνωση

Όπως γίνεται αντιληπτό το χέρι έχει μειωμένη αποχετευτική ικανότητα της λεμφικής κυκλοφορίας, οπότε κινδυνεύει εάν κάποιος παράγοντας διαταράξει αυτή τη λεπτή ισορροπία, να προκληθεί λεμφοίδημα.

Στο 90% των περιπτώσεων η διάγνωση στηρίζεται στην λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση και την ψηλάφηση. Αν δεν υπάρχει σαφήνεια σχετικά με την γένεση του οιδήματος, τότε πρέπει να ερευνηθεί η περίπτωση υποτροπής της νόσου.

Σε περιπτώσεις όπου εμφανισθεί λεμφοίδημα, αυτό αντιμετωπίζεται θεραπευτικά με συντηρητικές μεθόδους, που πρέπει να εφαρμόζονται από

το αρχικό στάδιο, κυρίως για να αποφευχθεί η εξέλιξή του με την ανάπτυξη ινώδους ιστού.

Αυτό μπορεί επίσης να μειώσει την επίπτωση βακτηριδιακής λοίμωξης καθώς και τα υποκειμενικά ενοχλήματα που παρουσιάζονται στο χρόνιο λεμφοίδημα. Επιπλέον ελαττώνεται το ψυχικό stress που προκαλείται από το οίδημα.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΕΛΙΚΑ Η ΑΓΑΠΗ;

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

«Τι είναι τελικά η αγάπη;» Ένα φιλοσοφικό, υπαρξιακό, θεολογικό, επιστημονικό ζήτημα που απασχολεί καθημερινά τα εκατομμύρια των ανθρώπων που αναπνέουν πάνω σε αυτή τη γη αιώνες τώρα.



Είναι η απόλυτη χαρά και ο απόλυτος πόνος, είναι μεγαλείο και τυραννία, είναι θείο δώρο και διαβολικός πειρασμός, είναι σύμπλεγμα ορμονών και βιοχημικό φαινόμενο, είναι ελευθερία και υποδούλωση...

Κοιτώντας την αγάπη μέσα από τα μάτια ενός επιστήμονα, ίσως λάβουμε την απάντηση πως: «Βιολογικά, η Αγάπη είναι μια έντονη νευρολογική κατάσταση, όπως η πείνα ή η δίψα, αλλά πιο μόνιμη. Λέμε για την αγάπη ότι “είναι τυφή”, ή “We talk about love being blind”, ή “άνευ όρων” με την έννοια ότι δεν την ελέγχουμε. Αλλά πάλι αυτό δεν είναι ιδιαίτερα παράξενο από τη στιγμή που η Αγάπη είναι κατά βάση χημικό φαινόμενο. Αντίστοιχα, ο πόθος είναι μια περιστασιακή σεξουαλική επιθυμία στη δημιουργία της οποίας εμπλέκεται η απελευθέρωση ορμονών, όπως η τεστοστερόνη και τα οιστρογόνα.

Στην πραγματική αγάπη ή στο πραγματικό δέσιμο και στην πραγματική αφοσίωση ο εγκέφαλος απελευθερώνει ένα τεράστιο συνδυασμό ορμονών: Φερομόνες, Ντοπαμίνη, Νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη, ωκυτοκίνη και βαζοπρεσίνη (ADH). Ωστόσο, από την σκοπιά της εξέλιξης, η αγάπη μπορεί να αντιμετωπισθεί ως μηχανισμός επιβίωσης. Έναν μηχανισμό που έχουμε αναπτύξει ώστε να χρειαζόμαστε τις μακροχρόνιες σχέσεις που σημαίνουν αμοιβαία αλληλοϋπεράσπιση, φροντίδα των γονιών προς τα παιδιά και προώθηση του αισθήματος ασφάλειας και σιγουριάς».

Ένας ψυχοθεραπευτής, από την άλλη πλευρά, θα μας έδινε την δική του οπτική για το τι είναι η αγάπη:

«Οι αρχαίοι δεν στρίμωχναν ποικίλα συναισθήματα, στα οποία δίνουμε την ετικέτα «Αγάπη», στην ίδια λέξη. Είχαν πολλές παραλλαγές για να αποδώσουν το συναίσθημα, όπως:

- Φιλία, την οποία αντιλαμβάνονταν ως μια

βαθιά αλλά χωρίς σεξουαλική διάσταση οικειότητα ανάμεσα σε στενούς φίλους ή μέλη μιας οικογένειας, ή ως ένα βαθύ δέσιμο που σφυρηλατείται ανάμεσα σε στρατιώτες που πολεμούσαν ο ένας δίπλα στον άλλον στη μάχη.

- Το αρχαίο Ρωμαϊκό Ludus, περιγράφει ένα πιο παικνιδιάρικο πάρε-δώσε που συμβαίνει όταν χαζολογάμε ή φλερτάρουμε.

- Πράγμα, είναι η ώριμη αγάπη που εξελίσσεται με το πέρασμα του χρόνου ανάμεσα σε ζευγάρια που βρίσκονται πολύ καιρό μαζί και περιλαμβάνει αλληλοκατανόηση στην πράξη, αφοσίωση, συμβιβασμούς.

- Αγάπη για τους αρχαίους ήταν ένας πιο γενικευμένος όρος και δεν είχε να κάνει με την αποκλειστικότητα, αλλά με ένα πανανθρώπινο συναίσθημα που αφορούσε τους γύρω μας.

–Φιλαυτία οριζόταν η αγάπη για τον εαυτό μας, που δεν είναι τόσο εγωιστική όσο ακούγεται. Όπως έλεγε ο Αριστοτέλης, ή όπως θα σας πει οποιοσδήποτε ψυχοθεραπευτής, ‘για να μπορέσεις να νοιαστείς για τους άλλους, πρέπει πρώτα να έχεις φροντίσει τον εαυτό σου’.

- Τέλος, και πιθανότατα τελευταίος αν και προκαλεί τα περισσότερα προβλήματα και επιπλοκές, ο Έρως είχε-έχει να κάνει με την σεξουαλική έλξη και το πάθος. Εκτός αν μετεξελιχθεί σε φιλία η/και πράγμα, ο έρως θα εκφυλιστεί και θα σβήσει μόνος του.

Αγάπη είναι όλα τα παραπάνω, αλλά ταυτόχρονα είναι παράλογο και μη-ρεαλιστικό να έχουμε την προσδοκία να βιώσουμε και τις έξι εκδοχές της με ένα μόνο πρόσωπο. Γι’ αυτό είναι τόσο σημαντικά πράγματα η οικογένεια και η κοινωνία».

Προσεγγίζοντας την αγάπη ένας πιο πνευματικός και θρησκευόμενος άνθρωπος θα την περιέγραφε, μάλλον, ως το συναίσθημα που «πιο εύκολα το βιώνεις, παρά το ορίζεις». Θα περιγραφόταν επίσης, αν και μοιάζει λίγο αόριστη, «Ως θεολογική αρετή με την οποία αγαπάμε τον Θεό πάνω από όλα και τους διπλανούς μας σαν τον εαυτό μας, εν ονόματί Του», αν και αυτή η περιγραφή μοιάζει λίγο αόριστη. «Μέχρι να την συναντήσουμε «ενσάρκωμένη» κατά κάποιο τρόπο στη ζωή γύρω μας: Σε πράξεις καλοσύνης, γενναιοδωρίας και αυτοθυσίας. Η Αγάπη είναι το μόνο πράγμα που δεν μπορεί να πληγώσει κανέναν, αλλά μπορεί να κοστίσει ακριβά. Το παράδοξο με την Αγάπη, είναι πώς μολονότι σου δίνει εξαιρετική ελευθερία, την ίδια στιγμή σε δένει με τον άλλο με δεσμούς δυνατότερους

και από τον θάνατο. Δεν μπορεί να αγοραστεί, ή να πουληθεί και δεν υπάρχει τίποτα που να μην μπορεί να αντιμετωπίσει. Η Αγάπη είναι η μεγαλύτερη ευλογία».

Ποιος μπορεί τελικά να ορίσει το εύρος της αγάπης, την υπόστασή της σε όλο της το μεγαλείο και να μας δώσει την ακριβή περιγραφή της. Οι άνθρωποι ανάλογα με τα βιώματά τους, τα ήθη και τον χαρακτήρα τους δίνουν ο καθένας ξεχωριστά τις δικές του απαντήσεις. Δίνουν, όμως τελικά, όλοι το ίδιο νόημα σ’ αυτό που αποκαλούν αγάπη. Λες και υπάρχει μια κοινή συνισταμένη, μέσα από αυτή τη λέξη εκφράσουν την ίδια ανάγκη για προσφορά, προστασία , ασφάλεια, τρυφερότητα!

Αγάπη είναι η φροντίδα του γονιού στο παιδί του... Αγάπη είναι,όμως, και η προσφορά μιας ζωγραφιάς του μικρού μαθητή στη μητέρα του...

Αγάπη είναι το ένστικτο της προστασίας του μικρού αδερφού από τον μεγαλύτερο, ή η φροντίδα του ηλικιωμένου γονέα από το παιδί...

Αγάπη είναι η συντροφικότητα και το να είσαι συνοδοιπόρος σε αυτή τη ζωή, στην καθημερινότητά σου με τον σύζυγό σου, ή τους φίλους σου...

Στις εποχές που διανύουμε, όλοι έχουμε ανάγκη να προσφέρουμε και να λαμβάνουμε αγάπη για να καταφέρνουμε να συνεχίζουμε το ταξίδι της ζωής μας, να ανταποκρινόμαστε στις δυσκολίες και να βγούμε λιγότερο τρωτοί και πιο δυνατοί-ισχυροί από αυτές! Σίγουρα δεν είναι πάντα όλα ρόδινα στην αγάπη. Υπάρχουν εντάσεις και διαμάχες, ζηλίες και αναταραχές γιατί κι αυτά είναι στοιχεία της ανθρώπινης ύπαρξής μας, της ανθρωπίνης φύσης μας. Θα μπορούσαμε να παρομοιάσουμε την αγάπη ακόμα και με τη θάλασσα. Δεν είναι πάντα γαλήνια, αλλά και μέσα από τις τρικυμίες της βρίσκει εντέλει την ηρεμία της και τότε όλα γίνονται ακόμα πιο όμορφα και αποκτούν μεγαλύτερη αξία. Κι ας μην ξεχνάμε ότι στη ζωή «δεν υπάρχουν μεγάλα πράγματα. Μόνο μικρά πράγματα με μεγάλη αγάπη!» (Μντέρα Τερέζα).

Άλλες πηγές:
www.sansimera.gr/quotes/categories/1#ixz-z30i6Vq3cl

www.lifo.gr

ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΓΡΑΦΕΙΟΥ



Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΤΟΥ ΓΡΑΦΕΙΟΥ - ΠΡΟΛΗΨΗ

Πολλές από τις περιπτώσεις οξύ ή χρόνιου πόνου, που καλούμαστε ως θεραπευτές να αντιμετωπίσουμε καθημερινά, οφείλονται στην επαναλαμβανόμενη κακή στάση στην εργασία ή την ξεκούραση. Η σύγχρονη μορφή καθιστικής εργασίας - τις περισσότερες φορές παραβλέποντας την εργονομία - η πολύωρη απασχόληση μπροστά σε έναν υπολογιστή, ο σύγχρονος τρόπος επικοινωνίας μέσω mail η κινητών τηλεφώνων και η φτωχή φυσική κατάσταση των εργαζομένων είναι οι σημαντικότερες αιτίες για τις χαρακτηριζόμενες ως “ασθένειες του γραφείου”.

Παράγοντες όπως μικροί ή μεγαλύτεροι τραυματισμοί, το χαλαρό μυϊκό σύστημα, η παχυσαρκία, σκολίωση, κύφωση, πλατυποδία, προβλήματα στην όραση, την ακοή, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, κ.α., προκαλούν μορφολογικές αλλαγές στον σκελετό. Επηρεάζεται η λειτουργικότητα, διαταράσσεται η αρμονία των κινήσεων με αποτέλεσμα επώδυνες καταστάσεις όπως: το συνδρόμο υπέρχρησης (τενοντοπάθεια, το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα, κ.α.), αυχενικό σύνδρομο, χαμηλή οσφυαλγία, ισχιαλγία, πόνος στη πλάτη, κ.α. Κοινή συνισταμένη όλων φυσικά είναι ο πόνος. Να επισημαίνουμε επίσης ότι αυτές οι αλλαγές δεν είναι στάσιμες αλλά προοδευτικά εξελίσσονται και πάντα οδηγούν σε μεγαλύτερη επιβάρυνση!

Τα συνθεότερα λάθη που κάνουμε στο γραφείο είναι:

- Το ακατάλληλο ύψος της καρέκλας
- Η λανθασμένη θέση της οθόνης και του πληκτρολογίου
- Ο ακατάλληλος φωτισμός του χώρου
- Η κακή στάση του σώματος στην καρέκλα

Προειδοποιητικά συμπτώματα

- Πόνος στον αυχένα, τους ώμους, τους καρπούς, χαμηλά στη μέση
- Μούδιασμα στα δάκτυλα ή σε άλλες περιοχές των χεριών
- Προβλήματα στα μάτια με ερυθρότητα, ξηροφθαλμία, πόνο, θόλωση της όρασης και



πονοκέφαλο

- Διάχυτος πόνος στον κορμό
- Πόνος με αίσθημα καψίματος στα γόνατα

ΤΙ ΜΠΟΡΟΥΜΕ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ;

Είναι σημαντικό να μην χάνουμε χρόνο. Πόνος που επαναλαμβάνεται πρέπει να μας προβληματίσει! Η τεχνική “Manual Therapy” ή “Θεραπεία με ήπιους χειρισμούς” για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας στις πάσχουσες περιοχές, επαναφέροντας όσο το δυνατόν περισσότερο τη σωστή ανατομική διάταξη του σκελετού, σε συνδυασμό με την νευρομυϊκή επανεκπαίδευση στη σωστή στάση, τη βελτίωση της ιδιοδεκτικότητας (γνωστή και ως έκτη αίσθηση), δηλαδή της δυνατότητας του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος να φέρει σε επαφή και να συντονίζει τα διάφορα τμήματα του σώματος μεταξύ τους, αποτελούν μια αξιόπιστη επιλογή για τον μακροχρόνιο έλεγχο του πόνου.

ΒΑΣΙΚΟΙ ΚΑΝΟΝΕΣ ΕΡΓΟΝΟΜΙΑΣ

- Όταν είστε υποχρεωμένοι να εργάζεστε σε όρθια στάση, το αντικείμενο της εργασίας σας πρέπει να είναι στο ύψος των αγκώνων. Πάντοτε να δίνετε σημασία στον καλό φωτισμό. Περιοδικά να μεταφέρετε το βάρος του σώματος από το ένα πόδι στο άλλο, με τη χρήση κάποιου στηρίγματος, ώστε να αποφορτίζονται οι περιοχές του σώματος που δέχονται μεγάλα μηχανικά φορτία.

- Όταν εργάζεστε σε καθιστή θέση είναι καλύτερα για τα πόδια σας και την αιματική κυκλοφορία, σε σχέση με την όρθια στάση, αλλά θα αυξηθεί η επιβάρυνση της σπονδυλικής στήλης, λόγω αλλαγής στο κέντρο βάρους του σώματος. Για παράδειγμα αν κάθεστε σε καρέκλα χωρίς στήριγμα της πλάτης, αυξάνεται

η επιβάρυνση της μέσης 50% σε σχέση με την όρθια στάση. Το ίδιο συμβαίνει στην περίπτωση που δεν υπάρχει στήριξη στα πόδια. Είναι λοιπόν σημαντικό να προσαρμόζεται τη καρέκλα σας, ώστε να στηρίζονται τα πέλματα και η γωνία στα γόνατα να είναι 90°, ενώ η πλάτη της καρέκλας να υποστηρίζει τη μέση, και το ύψος της επιφάνειας εργασίας να είναι τόσο ώστε οι αγκώνες να σχηματίζουν γωνία περίπου 90°.

- Αλλάζετε τακτικά στάσεις εργασίας

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ

Η φυσική δραστηριότητα είναι σημαντικός παράγοντας για τη διατήρηση της μυϊκής ισχύος, του εύρους κίνησης των αρθρώσεων, συνολικά της λειτουργικής ικανότητας του ανθρώπου. Αποτελεί σημαντικό τμήμα της θεραπευτικής προσέγγισης του πόνου.

Ο τύπος της άσκησης δεν μπορεί και δεν πρέπει να είναι ο ίδιος για κάθε άνθρωπο και για κάθε ηλικία, γιαυτό πρέπει να συμβουλευέστε φυσικοθεραπευτή. Εντούτοις υπάρχουν κάποιοι βασικοί κανόνες:

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ: Αν η άσκηση γίνεται τρεις φορές την εβδομάδα, τότε πρέπει να διαρκεί περίπου 60 λεπτά της ώρας, ενώ αν γίνεται καθημερινά 30 λεπτά της ώρας είναι αρκετά.

ΕΝΤΑΣΗ: Πρέπει να είναι μέτρια και αεροβική όπως είναι το κολύμπι, γρήγορο περπάτημα σε διάδρομο βάδισης ή στο δρόμο, jogging, ελαφρά βάρη κ.α.

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Προσοχή στην διατροφή για διατήρηση ιδανικού βάρους. Εάν είστε υπέρβαρος αυτό είναι επιβαρυντικός παράγοντας στην εμφάνιση πόνου.



ΜΑΣΤΕΚΤΟΜΗ - ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ

ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΜΑΣΤΟΥ ΤΗ ΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**



Η ιατρική αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού έχει αυξήσει το προσδόκιμο επιβίωσης στο 89%. Εντούτοις οι ασθενείς ενδέχεται να αντιμετωπίσουν είτε οξύ, είτε χρόνιο λειτουργικό πρόβλημα ως συνέπεια της θεραπευτικής προσέγγισης, η οποία περιλαμβάνει συνήθως χημειοθεραπεία, ακτινοβολίες, ή -σε κάποιες περιπτώσεις- πολλαπλές χειρουργικές επεμβάσεις.

Αποτέλεσμα αυτών των σωτήριων για τη ζωή των ασθενών θεραπειών είναι οι εκτεταμένες ουλές, η μετακίνηση ή αφαίρεση μυϊκών ομάδων και περιτονίας. Πόνος και περιορισμός στην κινητικότητα του σύστοιχου ώμου μπορεί να επέλθει άμεσα ή προοδευτικά. Συχνά προκαλείται διαταραχή της στάσης του ασθενή, σκολίωση, κύφωση, με ολίσθηση της κεφαλής προς τα εμπρός, κυρτούς ώμους, ανύψωση της 1ης πλευράς με ανύψωση του σύστοιχου ώμου ή πτερωτές ωμοπλάτες. Στα προηγούμενα δεν θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας η πιθανότητα εμφάνισης Λεμφοιδήματος. Λεμφοίδημα επακόλουθο ενός χειρουργείου μαστού προκαλείται από μηχανική βλάβη του λεμφικού συστήματος. Οι διαδικασίες του μεταβολισμού διαταράσσονται, πρωτεΐνη συσσωρεύεται στους ιστούς με όλες τις αρνητικές συνέπειες για την κυκλοφορία της λέμφου προκαλώντας Λεμφοίδημα. Δηλαδή οίδημα ενός τμήματος του σώματος, ιδιαίτερα των άκρων, που προκαλείται από την ανώμαλη συσσώρευση του λεμφικού υγρού. Πρόκειται για συχνή επιπλοκή μετά από θεραπευτική αγωγή για τον καρκίνο του μαστού. Η εμφάνιση λεμφοιδήματος επηρεάζει δυσμενώς ακόμη περισσότερο την λειτουργική κατάσταση του ασθενή, περιλαμβάνοντας τις αρθρώσεις του αγκώνα και του καρπού (Assessment of posture and joint movements of the upper limbs of patients after mastectomy and lymphadenectomy, Cinira Assad Simão Haddad, Marcelo Saad, Maria Del Carmen Janeiro Perez, Fausto Miranda Júnior, Einstein (Sao Paulo, Brazil) 12/2013; 11(4):426-434. DOI: 10.1590/S1679

45082013000400004 Source: PubMed)

Το σύνολο των λειτουργικών διαταραχών που αναφέρονται. ή μέρος αυτών είναι σε θέση να διαταράξουν την ποιότητα της ζωής των ασθενών.

Η αποκατάσταση της λειτουργικής ικανότητας του ασθενή είναι ο τομέας δράσης του Φυσικοθεραπευτή στην Ογκολογική Λειτουργική Αποκατάσταση. Σύμφωνα με την Association of Chartered Physiotherapist in Oncology and Palliative Care (1993):

“Ο σκοπός της Φυσικοθεραπείας σε ασθενείς με καρκίνο είναι η ελαχιστοποίηση μερικών από τις επιπτώσεις της πάθησης ή της θεραπείας πάνω τους. Συχνά είναι πιθανόν να βελτιώσει τη ποιότητα της ζωής των ασθενών, ανεξάρτητα από τη πρόγνωση, βοηθώντας τους να επιτύχουν τη μέγιστη δυνατή λειτουργική ικανότητα και ανεξαρτησία, ή να κερδίσουν ανακούφιση από δυσάρεστα συμπτώματα”. Για την επίτευξη όλων αυτών ο φυσικοθεραπευτής θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του την αλληλεπίδραση μεταξύ της φυσικής, ψυχολογικής, κοινωνικής, και επαγγελματικής ανάγκης της λειτουργικότητας

Προκειμένου να φτάσει στην αποκατάσταση της λειτουργικής ικανότητας του ασθενή πρέπει να ακολουθηθούν κάποια στάδια. Πρέπει να υπάρξει αξιολόγηση και στη συνέχεια να σχεδιαστεί η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί για την επίτευξη του στόχου

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Η αξιολόγηση του περιστατικού περιλαμβάνει:

1 ΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ: Ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό για την διάγνωση, τις δυνατότητες θεραπευτικής αντιμετώπισης, προοπτική, αλλά και οριοθέτηση στόχων.

2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ: Η κλινική αξιολόγηση από τον Φυσικοθεραπευτή περιλαμβάνει την επισκόπηση, την ψηλάφηση,

τον έλεγχο εύρους κίνησης των αρθρώσεων (όπου αυτό είναι δυνατόν), τον έλεγχο μυϊκής ισχύος, την εκτίμηση του πόνου, αλλά και το βαθμό εξάρτησης του ασθενούς από το περιβάλλον του. Θα είναι, επίσης, χρήσιμο να γνωρίζει ο φυσικοθεραπευτής την αποτελεσματικότητα άλλων θεραπευτικών προσπαθειών αποκατάστασης που έγιναν κατά το παρελθόν.

3 ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΣΤΟΧΩΝ – ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ: Από τα βήματα που ήδη προηγήθηκαν, ο φυσικοθεραπευτής έχει αποκτήσει σαφή εικόνα για την κατάσταση του ασθενή, η οποία και θα τον οδηγήσει στον καθορισμό των άμεσων, αλλά και των μακροπρόθεσμων στόχων. Τα συμπεράσματα αυτά θα πρέπει να αναλυθούν στον ίδιο τον ασθενή, καθώς θεωρείται δεδομένη και αναγκαία η ενεργή δική του συμμετοχή στην όλη προσπάθεια, αλλά θα πρέπει να αναλυθούν και στο περιβάλλον του, στο βαθμό που αυτό έχει την δυνατότητα να επηρεάσει θετικά τον ασθενή.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Ανάλογα με τα ευρήματα, τα θεραπευτικά μέσα που έχουμε στη διάθεση μας είναι:

1 Στην περίπτωση που ο ασθενής έχει εμφανίσει Λεμφοίδημα, αυτό αντιμετωπίζεται πρώτο. Η αποκατάσταση του Λεμφοιδήματος μπορεί να περιλαμβάνει: κυκλοφορητή άκρου, λεμφική παροχέτευση κατά Dr Vodder, παλμικά μαγνητικά πεδία, περίδεση του μέλους, φροντίδα του δέρματος, ασκήσεις, ενώ στο τέλος της θεραπείας εφαρμόζεται ειδικό υλικό επίπλεξης πλέξης διαβαθμισμένης συμπίεσης για την διατήρηση των αποτελεσμάτων του θεραπευτικού προγράμματος.

2 Σε περιπτώσεις πόνου και διαταραχής της λειτουργικής ικανότητας του ασθενή εφαρμόζουμε Τεχνικές Manual Therpy ή θεραπεία με Ήπιους Χειρισμούς, η οποία περιλαμβάνει:

MOBILIZATION – ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ: Ήπιοι χειρισμοί για την αντιμετώπιση πόνου και δυσκαμψίας των αρθρώσεων. Συνδυάζονται με ασκήσεις διάτασης και πρόγραμμα ισχυροποίησης των μυών, ώστε να επιτύχουμε το καλύτερο δυνατό λειτουργικό αποτέλεσμα απαλλαγμένο από πόνο.

MUSCLE ENERGY TECHNIQUES – ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΜΥΪΚΗΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ: Τοποθετώντας το σώμα του ασθενή σε κατάλληλες θέσεις και αξιοποιώντας την μυϊκή του δύναμη, αποκαθιστούμε την λειτουργικότητα στις δύσκαμπτες – “μπλοκαρισμένες” αρθρώσεις.

ΣΩΜΑΤΟΣ - ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ; ΣΕ ΠΟΙΟ ΒΑΘΜΟ ΚΑΙ ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ;



STRAIN AND COUNTER STRAIN – ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ: Το σώμα είναι σχεδιασμένο να αντιδρά στη φυσική επιβάρυνση ή το stress. Ωστόσο, συχνά, λόγω του βομβαρδισμού του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) με αισθητικά ερεθίσματα , οι μύες παραμένουν σε σπασμό -υπερτονία-, αδυνατούν να χαλαρώσουν, ‘κονταίνουν’ και χάνουν την ελαστικότητα τους. Αν αυτό το φαινόμενο δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα προκαλούνται αλλαγές, όπως ίνωση, παγίδευση νεύρων, έλλειψη οξυγόνου στους ιστούς και, τέλος, χρόνιος πόνος. Η τεχνική τοποθέτησης και διατήρησης του σώματος σε στάση ανακούφισης – απελευθέρωσης, δηλαδή σε στάση όπου ανακαίτιζεται ο συνεχής βομβαρδισμός του ΚΝΣ με αισθητικά ερεθίσματα συναγερμού, βοηθά ώστε να αποκατασταθεί η φυσιολογική μυϊκή λειτουργικότητα και να επιτύχουμε αναλγησία.

MYOFASCIAL RELEASE – ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ: Η περιτονία είναι ιστός που καλύπτει ολόκληρο το σώμα και το βοηθά να διατηρήσει την μορφή του. Έτσι, οποιοσδήποτε περιορισμός στη περιτονία είναι δυνατόν να προκαλέσει τάση, η οποία μπορεί να μεταφερθεί οπουδήποτε στο σώμα. Αποτέλεσμα είναι ο περιορισμός στη αρμονική λειτουργικότητα του οργανισμού και ο πόνος. Με την τεχνική της ‘μυοπεριτονιακής απελευθέρωσης’ λύνονται οι συμφύσεις και οι περιορισμοί στην περιτονία.

NEURAL TENSION – ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ: Όπως υπάρχει η ελαστικότητα των μυών, έτσι υπάρχει και κάποια σχετική ελαστικότητα στα νεύρα. Τα περιφερειακά νεύρα συχνά παγιδεύονται μέσα στους ιστούς. Αποτέλεσμα είναι να χάνουν την ελαστικότητά

τους και να έλκονται με τις κινήσεις, προκαλώντας πόνο και περιορισμό της λειτουργικότητας. Η συγκεκριμένη τεχνική χρησιμοποιείται για να ελαττωθεί η μηχανική τάση που ασκείται πάνω στα νεύρα, ώστε να γλιστρούν ελεύθερα μέσα στο έλυτρό τους.

Θεραπεία Απελευθέρωσης Ουλώδους Ιστού (scar tissue release):

Συνήθως παραβλέπεται από τους επαγγελματίες της υγείας, καθώς δεν αντιλαμβάνονται το μέγεθος των φυσιολογικών επιπτώσεων που μπορεί να προκαλέσει στη λειτουργικότητα του οργανισμού συνολικά. Η πραγματικότητα είναι πως ακόμη και ο ελάχιστος περιορισμός στο περίτεχνο δίκτυο της περιτονίας μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις από το ένα άκρο του σώματος στο άλλο. Φυσικά, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η ευθραυστότητα του ακτινοβολημένου ιστού, ώστε να αποφεύγονται διατάσεις και έλξεις πέρα από το όριο που μπορεί, με ασφάλεια ,να μετακινηθεί ο ινώδης ιστός. Στόχος είναι η βελτίωση της ελαστικότητας τού ιστού, απελευθερώνοντας τα αγγεία και τα νεύρα της περιοχής.

4 Για την συνολική ευεξία του ασθενή, την χαλάρωση, αλλά και την βελτίωση της στάσης του εφαρμόζουμε:

UPLEDGER’S CRANIOSACRAL THERAPY – ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. John Upledger: Πρόκειται για μια μη φαρμακευτική, ήπια μέθοδο, κατά την οποία με ένα απαλό άγγιγμα βάρους 5 gr μπορούμε να εκτιμήσουμε και να βελτιώσουμε την λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ενισχύοντας έτσι τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, με στόχο να διευκολύνουμε την δυνατότητα αυτοδιόρθωσής του.

UPLEDGER’S SOMATOEMOTIONAL RELEASE – ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ του Dr. John Upledger: Η Ψυχοσωματική Απελευθέρωση είναι η θεραπευτική διαδικασία που διευκολύνει το σώμα και την ψυχή να απαλλαγούν από την δράση των υπολειμματικών επιδράσεων ενός προηγούμενου φυσικού ή συναισθηματικού τραύματος. Λειτουργεί συμπληρωματικά με την Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger, διευρύνοντας και προωθώντας την αποτελεσματικότητά της.

5 Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης (The Impact of an External Breast Prosthesis on the Gait Parameters of Women After Mastectomy, Author Affiliations: Department of Rehabilitation, The Greater Poland Cancer Center (Dr Hojan); Department of Pediatric Orthopedics and Traumatology (Drs Manikowska, Chen, and Jozwiak) and Department of Computer Science and Statistics (Dr Molinska-Glura), Poznan University of Medical Sciences, Poland. Cancer nursing (Impact Factor: 1.88). 04/2013;

DOI: 10.1097/NCC.0b013e3182919576 Source: PubMed) υποδηλώνεται θετική επιρροή της χρήσης προσθετικών μαστού στις παραμέτρους της βάδισης, η οποία θα μπορούσε να βελτιώσει τη λειτουργική κατάσταση των ασθενών μετά την επέμβαση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στόχος των θεραπευτικών μας παρεμβάσεων στους ογκολογικούς ασθενείς, ανεξάρτητα από το προσδόκιμο επιβίωσης - πολύ περισσότερο μάλιστα όταν αυτό έχει αυξηθεί σημαντικά με την εξέλιξη των ιατρικών πράξεων που εφαρμόζονται, όπως στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού -, είναι η ανακούφιση του πόνου, η ευεξία, η συνολική βελτίωση της στάσης, της λειτουργικότητας και της δυνατότητας αυτοεξυπηρέτησής τους. Ουσιαστικά ο τελικός στόχος είναι η βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους.

ΠΗΓΕΣ

Body posture in women after mastectomy and its changes as a result of rehabilitation, Roszkowska E, Bąk M, Samborski W, University School of Physical Education in Poznań, Clinic for Physiotherapy, Rheumatology and Rehabilitation, University of Medical Sciences, Poznań, Poland, Higher Vocational State School in Leszno, Poland, Clinic for Physiotherapy, Rheumatology and Rehabilitation, University of Medical Sciences, Poznań, Poland

Lymphedema, Diagnosis and Therapy, Horst Weissleder and Christian Schuchhardt, ISBN 3-934371-24-8

Massage Today, January, 2015, Vol. 15, Issue 01, Comprehensive Manual Therapy for Breast Cancer Survivors, By Shea Shulman, LMT, CLT, Nancy Strand, LMT and Elaine Dohms, LMT, CLT-LANA



THERAPY PLANET FESTIVAL 2015

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ - ΣΥΝΕΔΡΙΑ

6ο Therapy Planet Festival στην Αθήνα

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Την Κυριακή 1η Μαρτίου 2015 πραγματοποιήθηκε το 6ο Therapy Planet Festival στην Αθήνα, στο "Divani Caravel Hotel". Ο φυσικοθεραπευτής Χαράλαμπος Τιγγινάγκας ήταν ομιλητής στην κατηγορία: Φυσικές & Ενεργειακές Θεραπείες με θέμα: «Χρόνιος πόνος: ως η παραφωνία του εγκεφάλου και μια εναλλακτική πρόταση αντιμετώπισης του».

Περιγραφή Ομιλίας-Διάλεξης:

Ο χρόνιος πόνος, δηλαδή ο πόνος που έχει διάρκεια μεγαλύτερη από τρεις μήνες, προσβάλλει έναν στους πέντε ενήλικες, ενώ στο 1/3 των ευρωπαϊκών οικογενειών κάποιος υποφέρει από χρόνιο πόνο. Πρόκειται για πολύπλοκο βιολογικό, ψυχολογικό και κοινωνικό φαινόμενο. Στον χρόνιο πόνο ο ασθενής δεν πονά απλά, αλλά υποφέρει. Δηλαδή, εκτός της σωματικής πηγής του πόνου, υπάρχουν και άλλες συνιστώσες και επιδράσεις: το ψυχολογικό κομμάτι, το πνευματικό, το πολιτιστικό, καθώς και η κοινωνική διάστασή του. Χαρακτηρίζεται ως "ολικός πόνος".

Παραδείγματα χρόνιου πόνου είναι η νιμφομαλγία, ο πονοκέφαλος, η μικρανία, η οστεοαρθρίτιδα κ.α. Ο χρόνιος πόνος στην πραγματικότητα δεν είναι τίποτε άλλο από την διαταραχή της λειτουργικής αρμονίας στον οργανισμό. Έχει, δηλαδή, διαταραχθεί η ομοιόσταση, η οποία εκφράζεται ως δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και μπορεί να εκδηλωθεί με ένα σύνολο αισθητικών, κινητικών ή νευρολογικών διαταραχών. Θεραπευτικός μας στόχος, λοιπόν, είναι να αποκαταστήσουμε τη λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, να ενισχύσουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματος, με τελικό σκοπό να διευκολύνουμε την προσαρμοστική ικανότητα του οργανισμού, δηλαδή την ομοιόσταση.

Η κλινική εμπειρία μας βοηθά να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι ο συνδυασμός της Κρανιοϊερής Θεραπείας του Dr John Upledger και της Νευροθεραπείας (MNT-NR) με τη χρήση των Νεύρο-αντανακλαστικών σημείων έχει τη δυναμική να προσφέρει ποιότητα ζωής στο πάσχοντα. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι μία μέθοδος θεραπείας, μη φαρμακευτική, με ήπιους χειρισμούς που εφαρμόζει ο

θεραπευτής σε διάφορα σημεία του σώματος του ασθενή για να αποκαταστήσει την ισορροπία στο κρανιοϊερό σύστημα, με στόχο να ενεργοποιήσει την διαδικασία αυτοδιόρθωσης που θα οδηγήσει στην "ομοιόσταση". Η Νευροθεραπεία διά χειρισμών (MNT) είναι μία θεραπευτική μέθοδος που αφορά λειτουργικές διαταραχές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, στο μυοσκελετικό σύστημα και στο σύστημα των σπλάχνων.

Η θεραπευτική αγωγή εστιάζει, μέσω αντανανκλαστικών ερεθισμάτων και νευρο-ρεφλεξολογίας (NR), στην πρόκληση μεταβολών στο περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ), στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ), προκειμένου να αποκαταστήσει δυσλειτουργίες που προκλήθηκαν είτε ως αιτία είτε ως συνέπεια κάποιας ήδη υπαρκτής ή δυνητικής

βλάβης ιστών / περιβάλλοντος στο σώμα. Μέσω της Κρανιοϊερής Θεραπείας διευκολύνουμε το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα να αποκτήσει ένα ισορροπημένο περιβάλλον ώστε να μπορέσει να λειτουργήσει αποτελεσματικά, ενώ μέσω της Νευροθεραπείας και των νευρο-αντανανκλαστικών σημείων στα πέλματα μπορούμε να επιδράσουμε σε ιστούς-στόχους, επιδιώκοντας να επιτύχουμε συγκεκριμένα θεραπευτικά αποτελέσματα, που εξαρτώνται από τις ατομικές ανάγκες του κάθε ασθενή.

Ο προτεινόμενος συνδυασμός έχει τη δυναμική να συνεισφέρει περισσότερο στη μεταβολή της διαταραγμένης λειτουργικότητας του οργανισμού, ώστε να αποκαταστήσει την αρμονία και την ισορροπία του, ενισχύοντας την προσαρμοστικότητα του, κυρίως σε συστατικό στοιχείο της ομοιόστασης.



ΙΣΧΙΑΛΓΙΑ

ΤΟ ΑΙΝΙΓΜΑ ΤΟΥ “ΜΑΓΚΩΜΕΝΟΥ” ΝΕΥΡΟΥ!

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Πολύ συζήτηση γίνεται για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει ένα 'μαγκωμένο' νεύρο τόσο στον πόνο, όσο και στην λειτουργικότητα της περιοχής που νευρώνει. Θα προσπαθήσουμε να δώσουμε απαντήσεις στα ερωτήματα:

• **Μέσω ποιου μηχανισμού γίνεται το 'μαγκωμα' του νεύρου;**

• **Συντελούν πράγματι τα μαγκωμένα νεύρα στα συννηθισμένα περιστατικά πόνου που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε στο εργαστήριό μας;**



Μια θεωρία που έρχεται από παλιά υποστηρίζει τη άποψη ότι όταν μια λειτουργική μονάδα της σπονδυλικής στήλης δηλαδή δυο σπονδυλικά σώματα, ο μεσοσπονδύλιος δίσκος και ό,τι άλλο σχετίζεται με αυτά- δεν βρίσκεται σε σωστή ανατομική διάταξη, τότε στενεύει το μονοπάτι - το ενδοσπονδυλικό ή μεσοσπονδύλιο τρήμα- από όπου διέρχεται το νεύρο, με αποτέλεσμα το στρίμωγμά του. Καθώς η νευρική ρίζα βρίσκεται υπό πίεση, οι μαλακοί ιστοί και τα όργανα που

τροφοδοτούνται από αυτό υποφέρουν, λόγω της μειωμένης ροής της νευρικής ενέργειας. Ως εκ τούτου, σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, προκύπτουν διαφοροποιήσεις στη δομή των αρθρώσεων και τη λειτουργικότητα, με αποτέλεσμα όχι μόνο τον πόνο αλλά και μια αυξημένη ευπάθεια σε ασθένειες.

Οι επικριτές της προηγούμενης θεωρίας, αντιτείνουν ότι τα νεύρα δεν εκπέμπουν ροή ενέργειας. Ισχυρίζονται ότι τα νευρικά νεύρα είναι ουσιαστικά αδενικά κύτταρα, καθώς η βασική τους λειτουργία είναι η παραγωγή και απελευθέρωση ορμόνης που προκαλεί την αναστολή ή την συστολή των μυϊκών κυττάρων. Στη ουσία αυτό είναι το μόνο που κάνουν - ούτε κάτι περισσότερο, ούτε κάτι λιγότερο. Επομένως, όσοι υποστηρίζουν αυτή την εκδοχή πιστεύουν ότι τα νεύρα δεν διοχετεύουν ηλεκτρική ενέργεια ή οποιαδήποτε άλλη μορφή ενέργειας.

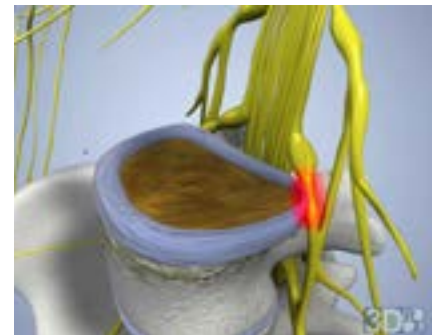
Όταν ένα νευρικό κύτταρο ενεργοποιείται από την ορμονική έκκριση, προκύπτουν αλλαγές στην εξωτερική κυτταρική μεμβράνη επιτρέποντας ηλεκτρικά φορτισμένα ιόντα να κινούνται μέσα και έξω από το κύτταρο με μια συγκεκριμένη μεθοδολογία "βήμα - βήμα" κατά μήκος του νεύρου. Αυτό αναφέρεται ως 'ώθηση ερεθίσματος' ή 'ανάφλεξη'. Ένα νευρικό νεύρο, καθώς εξέρχεται από το άνοιγμα του ενδοσπονδυλικού τρήματος, είναι στη πραγματικότητα ένας λεπτός σωλήνας συνδετικού ιστού που περιέχει προεκτάσεις εκατομμυρίων νευρικών κυττάρων. Αυτές οι προεκτάσεις είναι οι νευράξονες ή ίνες. Ο όρος 'ίνες' είναι παραπλανητικός γιατί παραπέμπει σε κάτι σταθερό όπως για παράδειγμα ηλεκτρικά καλώδια, κάτι που απέχει από την πραγματικότητα.

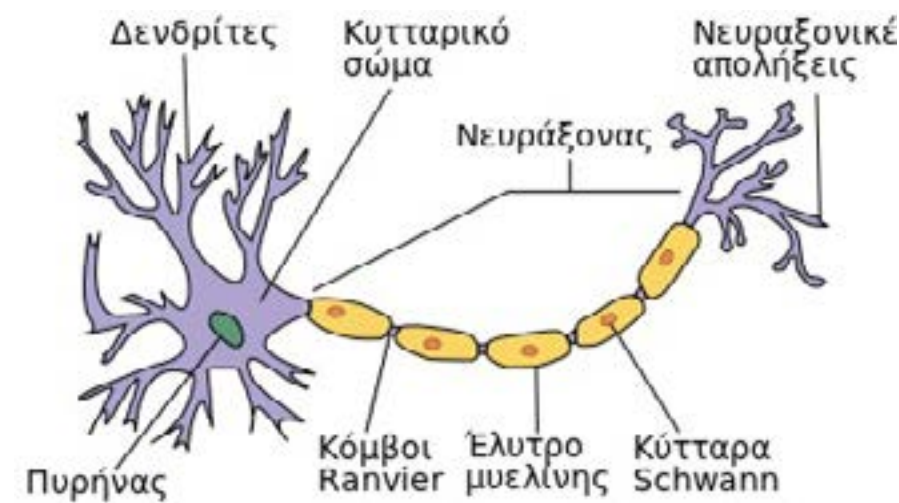
Οι νευράξονες είναι 'αραχνούφαντες', περίτεχνες κατασκευές. Δεδομένου ότι

αποτελούν προέκταση ή επιμυκμένο τμήμα των κυττάρων, απαιτείται θρέψη από κοινού με τα μητρικά κύτταρα. Τα ζωτικά θρεπτικά συστατικά παρέχονται σε αυτά από ενσωματωμένα αιμοφόρα αγγεία. Αν η οξεία συμπίεση των νεύρων δεν 'σκοτώσει' άμεσα τους άξονες, αυτό μπορεί να συμβεί αν οι συμπίεστικές δυνάμεις εμποδίζουν τη ροή του αίματος στα αγγεία του νεύρου. Η νευρική έμφραξη αποτρέπει την αξονοπλασματική ροή των θρεπτικών συστατικών σε όλο το μήκος του νεύρου.

Χαρακτηριστικά του 'μαγκωμένου' νεύρου

Από τους περισσότερους ερευνητές έχει απορριφθεί η ιδέα ότι η ίδια η νευρική ρίζα είναι μια δομή ευαίσθητη στον πόνο. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι κλινικοί ιατροί ενοχοποιούν μια συμπίεση νευρικής ρίζας εξαιτίας δισκοκήλης, σπονδυλικής στένωσης ή σπονδυλολίθωσης για ριζοπάθεια, όπως είναι για παράδειγμα η ισχιαλγία. Οξεία συμπίεση ενός υγιούς νεύρου οδηγεί σε παραισθησία, κινητική απώλεια, διαταραχή των αντανανκλαστικών, αλλά όχι σε πόνο. Ωστόσο, η συμπίεση από ενδοσπονδυλικό οίδημα, λόγω φλεγμονής στο νεύρο, προκαλεί πόνο. Αυτό το 'σιωπηλό σύνδρομο συμπίεσης





της νευρικής ρίζας' προϋποθέτει χρόνο ώστε να προκληθούν λειτουργικές μεταβολές, όπως είναι το όριο αντοχής του νεύρου και η μηχανική παραμόρφωση του. Η πρόκληση πόνου είναι αποτέλεσμα ενός μηχανισμού που ονομάζεται "αλγαισθησία / αλγοδεκτικότητα", που κατά κυριολεξία σημαίνει "υποδοχή κινδύνου".

Η συμπίεση ενός κινητικού νεύρου προκαλεί μυϊκό σπασμό. Αντίθετα όταν το νεύρο "πεθάνει", λόγω της πίεσης που δέχεται, τότε προκαλείται παράλυση του μυ. Γι' αυτό τα πρώτα συμπτώματα σε μια τέτοια περίπτωση είναι η μυϊκή ατροφία που ακολουθείται από απώλεια των φυσιολογικών αντανακλαστικών.

Αλγαισθησία... ή μαγκωμένο νεύρο;

Την τελευταία δεκαετία οι ερευνητές που χρησιμοποιούν την μαγνητική τομογραφία έχουν αποδείξει ότι, ανεξάρτητα από τον βαθμό στένωσης του ενδοσπονδυλικού τμήματος στη σπονδυλική στήλη, υπάρχει άφθονος χώρος ώστε να διέρχονται ελεύθερα τα νωτιαία νεύρα. Είναι δεδομένο, επίσης, ότι σε μια υγιή σπονδυλική στήλη δεν μπορεί να υφίσταται συμπίεση νευρικής ρίζας, ακόμη και αν αφαιρεθεί το σύνολο των μεσοσπονδυλίων δίσκων.

Αν και είναι δυνατόν σε συγκεκριμένες συνθήκες, όπως σε ενδονεύριο οίδημα και ισχαιμία από παρατεταμένη κακοποίηση της νευρικής ρίζας, να προκαλείται πόνος σε ένα ορισμένο ποσοστό του πληθυσμού, είναι επίσης δυνατόν ένα μεγάλο ποσοστό αναφερόμενου πόνου να οφείλεται σε υπερδιέγερση των αισθητικών υποδοχέων από δομική ασυμμετρία του σώματος. Για παράδειγμα ας αναλύσουμε τι συμβαίνει σε ένα τυπικό τραυματισμό της μέσης. Καθώς η σπονδυλική στήλη υποβάλλεται σε ξαφνική ασύμμετρη φόρτιση, το μεγαλύτερο βάρος επικεντρώνεται στις αρθρικές επιφάνειες, οι οποίες σπρώχνονται πέρα από το φυσιολογικό εύρος κίνησης. Η απότομη διάταση που προκαλείται στο θύλακο και τους συνδέσμους των αρθρώσεων, προκαλεί διέγερση στους μηχανοϋποδοχείς με άμεση συνέπεια τον προστατευτικό μυϊκό σπασμό. Καθώς οι εν τω βάθει εσωτερικοί μύες βρίσκονται σε παρατεταμένο προστατευτικό μυϊκό σπασμό, αλγαισθητικά ερεθίσματα προειδοποιούν τον εγκέφαλο για πιθανή βλάβη ιστού.

Όταν αλγαισθητικά ερεθίσματα ενεργοποιούνται

σε απάντηση μικρο- ή μακροτραυματισμών κατά τη διάρκεια συνήθων καθημερινών δραστηριοτήτων, μπορεί σε σύντομο χρονικό διάστημα να οδηγήσουν σε σημαντικό μυοπεριτονιακό πόνο, ή να αποτελέσουν "γεννήτρια" σπονδυλικού πόνου. Είναι γνωστό ότι όταν ένας πόνος έχει μεγάλη διάρκεια, τότε το σύστημα αντίληψης πόνου (αλγαισθησία) γίνεται πιο ευαίσθητο. Αυτό σημαίνει ότι ο νωτιαίος μυελός στέλνει σήματα κινδύνου στον εγκέφαλο σε μια συχνότητα που υπερεκτιμά το πραγματικό επίπεδο του κινδύνου. Πρόκειται για μια φυσιολογική προσαρμογή στον συνεχή βομβαρδισμό με ερεθίσματα. Επιπλέον, επειδή ο πόνος ερμηνεύεται -λανθασμένα- ως μέτρο της βλάβης του ιστού, ο εγκέφαλος δεν έχει άλλη επιλογή παρά να υποθέσει ότι οι ιστοί έχουν υποστεί μεγαλύτερο τραυματισμό. Οπότε, όταν ο πόνος επιμένει, αυτόματα υποθέτουμε την ύπαρξη μεγαλύτερης βλάβης ιστών. Αυτό το φαινόμενο οδηγεί τον εγκέφαλο σε προσαρμοστικές μυοσκελετικές αλλαγές, σε μια προσπάθεια να ελαχιστοποιήσει τον πόνο. Οι δομικές αυτές αλλαγές επηρεάζουν την λειτουργικότητα της σπονδυλικής στήλης και την κάνουν επιρρεπή σε νέους μικρο- ή μακροτραυματισμούς, ανατροφοδοτώντας έναν φαύλο κύκλο.

Κατανόηση και αποκατάσταση της δυσλειτουργίας

Από την προηγούμενη ανάλυση προκύπτει ότι η δράση των μηχανοϋποδοχέων επιχειρεί να υπερκεράσει την αντίληψη ότι ο πόνος είναι πρωτίστως αποτέλεσμα "μαγκωμένου" νεύρου που αντιμετωπίζεται με την εξάλειψη της οστικής ή μυϊκής αιτίας πίεσης. Πολλοί νευροφυσιολόγοι τώρα πλέον πιστεύουν ότι η αποκατάσταση, όσο το δυνατόν περισσότερο, της φυσιολογικής μορφολογίας του σώματος, της βελτίωσης του εύρους κίνησης των αρθρώσεων, και κατ' επέκταση της συνολικής λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τον πόνο. Αυτό επιτυγχάνεται με την απενεργοποίηση των μηχανοϋποδοχέων τάσης που βρίσκονται στο θύλακο των αρθρώσεων, στους συνδέσμους και στους εν τω βάθει μύες της περιοχής. Για να επιτευχθεί αξιοσημείωτη μείωση της διεγερσιμότητας των μηχανοϋποδοχέων, τα επώδυνα ερεθίσματα πρέπει να διακοπούν μέχρι να "ξεχαστούν" από την μνήμη των νευρικών κυττάρων. Ιδιαίτερη φροντίδα απαιτείται για τον χρόνιο πόνο.

Συμπέρασμα

Παρότι τα νωτιαία νεύρα διέρχονται μέσω μικρών ανοιγμάτων (μεσοσπονδύλια τρήματα), σπάνια μπορεί να παγιδευτούν από οστική αιτία. Σημαντική υπερτροφία των αρθρικών επιφανειών, εκφυλισμός δίσκου, ή ενδονεύριο οίδημα πρέπει να συνοδεύουν την κακή ευθυγράμμιση της σπονδυλικής στήλης, πριν ο ασθενής βιώσει τον πόνο. Είναι σπάνιο φαινόμενο το πραγματικά "μαγκωμένο νεύρο" στη σπονδυλική στήλη.

Τι είναι, όμως, αυτό που έκανε την θεωρία του μαγκωμένου νεύρου τόσο δημοφιλή ανάμεσα στους ιατρούς ή τους θεραπευτές;

Στα βιβλία ανατομίας, ή στα μαθήματα ανατομίας στο πανεπιστήμιο οι φοιτητές μπορούν να δουν με ευκολία πώς τα νεύρα θα μπορούσαν να παγιδευτούν στην πορεία τους μέσα από τις μικρές οπές που σχηματίζονται ανάμεσα στους σπονδύλους. Δυστυχώς, δεν μπορούν να δουν ούτε το αλγαισθητικό μηχανισμό, ούτε τους μηχανοϋποδοχείς. Για τους περισσότερους από εμάς είναι πιο εύκολο να πιστέψουμε κάτι που μπορούμε να δούμε, παρά κάτι που είναι αόρατο στο γυμνό μάτι. Σε αντίθεση με αυτή τη τάση, οι θεραπευτές πρέπει να αντιληφθούν την τεράστια σημασία της αλγαισθητικής νευρώσεως στις σπονδυλικές αρθρώσεις και τους μύες της περιοχής, που επηρεάζεται βαθύτατα από συνεχή και επίμονα συμπίεστικά φορτία, τραυματισμούς και κακή στάση. Το φαινόμενο αυτό, παρότι δεν είναι εμφανές, ίσως να είναι η βασική αιτία αναζήτησης βοήθειας από τον ασθενή. Η θεραπεία "Λειτουργικής Αποκατάστασης" μέσω χειρισμών Manual Therapy μπορεί να προσφέρει αποτελεσματική και μακροχρόνια λύση στα προβλήματα των ασθενών, ακριβώς γιατί κινείται προς αυτή την κατεύθυνση.



ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

ΗΛΕΚΤΡΟΜΥΟΓΡΑΦΗΜΑ (ΗΜΓ)

Άρθρο της **Νευρολόγου Σωτηρίου Εύας, PhD**

Μια σημαντική διαγνωστική εξέταση για την μελέτη της λειτουργίας του περιφερικού νευρικού συστήματος (δηλαδή των νεύρων και των μυών του ανθρώπινου σώματος) αποτελεί ο νευροφυσιολογικός έλεγχος ο οποίος έχει επικρατήσει να είναι ευρέως γνωστός με τον όρο ηλεκτρομυογράφημα.

Η εξέταση στην ουσία αποτελείται από δύο επιμέρους μέρη, την ηλεκτρονευρογραφία με επιφανειακά ηλεκτρόδια όπου ο ασθενής αισθάνεται για δευτερόλεπτα λίγο ρεύμα και καταγράφεται σε οθόνη η ηλεκτρική δραστηριότητα του υπό εξέταση νεύρου και την ηλεκτρομυογραφία όπου εισάγεται επιφανειακά σε μυ μία λεπτή αποστειρωμένη βελόνα και καταγράφεται η ηλεκτρική δραστηριότητα του μυός πριν και κατά την διάρκεια σύσπασης του.

Με τις νεότερες συσκευές διασφαλίζεται η αναλυτική εξαγωγή συμπερασμάτων και όταν η εξέταση γίνεται από άριστο γνώστη της τεχνικής είναι απολύτως ακίνδυνη και κατά το δυνατόν ανώδυνη. Ο ιατρός που κάνει την εξέταση θα πρέπει να γνωρίζει εάν ο ασθενής λαμβάνει αντιπηκτικά, μυοχαλαρωτικά ή άλλα φάρμακα και εάν έχει βηματοδότη.

Ο αριθμός των νεύρων/μυών που πρέπει να μελετηθούν κατά την διάρκεια της εξέτασης προσαρμόζεται ανάλογα με την διαγνωστική υπόθεση σε κάθε περιστατικό και προσδιορίζεται από το ιστορικό, τα συμπτώματα, την αδρή νευρολογική εξέταση του ασθενούς καθώς και από τα ευρήματα που προκύπτουν κατά την εξέλιξη της εξέτασης.

Για τους παραπάνω λόγους είναι πρωτίστως σημαντικό η εξέταση να γίνεται από έμπειρο και με ειδική εκπαίδευση νευρολόγο με άριστη γνώση της τεχνικής, της ανατομίας του νευρικού και μυϊκού συστήματος και ουσιαστικές γνώσεις κλινικής Νευρολογίας.

Το ηλεκτρομυογράφημα σαν εξέταση μπορεί να ζητηθεί από πληθώρα ιατρικών ειδικοτήτων

(παθολόγο, ορθοπαιδικό, νευροχειρουργό, φυσίατρο, ρευματολόγο κ.α.). Ανάλογα με τα συμπτώματα που θα αναφέρει ο ασθενής στον ιατρό του, μπορεί να ξεκαθαρίσει εάν υπάρχει κάποιος είδους βλάβη και τί είδους βλάβη είναι αυτή που να αφορά τα νεύρα και τους μύες σε τοπικό ή συστηματικό επίπεδο.

Χρησιμοποιείται συνήθως στην διαγνωστική διερεύνηση

- μυϊκής αδυναμίας ή παράλυσης σε ένα μυ ή σε ομάδα μυών

- μόνιμης ή διαλείπουσας αιμωδίας σε κάποιο ή κάποια άκρα

- πιθανής πίεσης ρίζας (στην αυχενική ή σφυρική μοίρα της σπονδυλικής στήλης), νευρικών πλεγμάτων ή νεύρου περιφερικότερα όπως στο σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα

- μετατραυματικής διατομής ή κάκωσης νεύρου για να διαπιστωθεί η πορεία αποκατάστασης του νεύρου

- πίεσης του νωτιαίου μυελού όπως στην αυχενική μυελοπάθεια

- πιθανής πολυνευροπάθειας όπου μπορεί να προσδιορίσει και τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό αυτής που είναι πολύ σημαντικό στην διερεύνηση του αίτιου

- νοσημάτων των μυών όπως στην μυασθένεια, μυοπάθεια, μυϊκή δυστροφία κ.α.

Συμπερασματικά, το ηλεκτρομυογράφημα είναι μια εξέταση που μπορεί να δώσει πολύτιμα στοιχεία για την διάγνωση και αξιολόγηση



μεγάλου φάσματος νευρολογικών και όχι μόνο παθήσεων. Πρακτικά κάθε ασθενής που εμφανίζει μούδιασμα, αδυναμία, καυσalgία, άλγος, είτε εντοπισμένο είτε διάχυτο, χρήζει διερεύνησης με ηλεκτρομυογράφημα κατά την κρίση πάντα και παραπομπή του θεράποντος ιατρού.

Η επιλογή κατάλληλα εκπαιδευμένου και έμπειρου στην συγκεκριμένη εξέταση ιατρού είναι ιδιαίτερη σημαντική αφού αυτό καθορίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό την αξιοπιστία του αποτελέσματος της εξέτασης όσο και την κατά το δυνατό ανώδυνη και ακίνδυνη διενέργεια αυτής.

Η Νευρολόγος Σωτηρίου Εύα, είναι απόφοιτος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών καθώς και του τμήματος Βιολογίας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.

Έχει εκπονήσει την διδακτορική της διατριβή στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και έχει εργαστεί 2 έτη ως ερευνητικό μέλος σε κέντρο αναφοράς για τα νευρομυϊκά νοσήματα στην Νέα Υόρκη (Columbia Medical Center, NY, USA).

Είναι μέλος της Ελληνικής Νευροφυσιολογικής Εταιρίας και ασχολείται ενεργά με την ηλεκτρομυογραφία. Είναι επιστημονικά υπεύθυνος σε δύο διαγνωστικά κέντρα στην Αθήνα και διατηρεί νευρολογικό ιατρείο στο κέντρο της Αθήνας, Βασ. Σοφίας 98Α Πλ. Μαβίλης, Τηλ. επικοινωνία 210 777-8697.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΥΠΝΟΥ

ΓΙΑ ΕΝΑ ΚΑΛΥΤΕΡΟ ΥΠΝΟ...!

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**



Ο αριθμός των ανθρώπων που υποφέρουν από προβλήματα ύπνου συνεχώς αυξάνεται. Το Εθνικό Ίδρυμα Ύπνου στις ΗΠΑ αναφέρει πως ένας στους πέντε Αμερικανούς έχει στερηθεί τον ύπνο, αναγνωρίζοντας τη διαταραχή του ύπνου ως επιδημία.

Ο ανεπαρκής ύπνος είναι σε θέση να επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα του ατόμου, την αποτελεσματικότητα στην επαγγελματική του δραστηριότητα και την κοινωνικότητά του διαταράσσοντας, τελικά, την ποιότητα της ζωής του. Θέτει σε κίνδυνο την σωματική και ψυχική υγεία του, αφού μπορεί να γίνει αιτία ατυχημάτων, αλλά και να διευκολύνει την εμφάνιση χρόνιων παθήσεων, όπως είναι ο διαβήτης. Μελέτες έδειξαν ότι όσοι χάνουν 30 λεπτά ύπνου κάθε βράδυ κατά τη διάρκεια της εβδομάδας, έχουν 72% περισσότερες πιθανότητες να γίνουν παχύσαρκοι και να υποφέρουν από προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τη παχυσαρκία. Επίσης, όσοι υποφέρουν από προβλήματα στον ύπνο τους για διάστημα μεγαλύτερο των έξι μηνών διατρέχουν ο σημαντικό κίνδυνο να εμφανίσουν αύξηση στην αντίσταση του οργανισμού στην ινσουλίνη, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε προ-διαβητικό στάδιο και μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης διαβήτη τύπου 2.

Ο ύπνος είναι απαραίτητος για την ανάπαυση του νευρικού και μυϊκού συστήματος, για την εμπέδωση της μνήμης και για την αποκατάσταση των κυτταρικών λειτουργιών στον εγκέφαλο, αλλά και σε όλο το σώμα.

Οι πιο σημαντικές και συνήθεις διαταραχές του ύπνου είναι οι υπερυπνίες (υπνιλίες), η αύπνια και η ανώμαλη κινητική συμπεριφορά κατά τον ύπνο (κινήσεις, τινάγματα). Οι πλέον γνωστές διαταραχές είναι οι αναπνευστικές διαταραχές κατά τη διάρκεια του ύπνου, που

περιλαμβάνουν το έντονο ροχαλητό και την υπνική άπνοια.

Αύπνια

Η αύπνια είναι η πιο συννησιμένη διαταραχή ύπνου και αφορά το 20 έως 25% του πληθυσμού. Η διαταραχή έλευσης και διατήρησης του ύπνου μπορεί να οφείλεται σε κακές συνήθειες που μας εμποδίζουν να κοιμηθούμε, σε στρες ή σε ψυχικό νόσημα (π.χ. κατάθλιψη), αλλά και σε οργανικά αίτια τα οποία προκαλούν συμπτώματα που διαταράσσουν τον ύπνο, π.χ. πόνος.

Μορφές αύπνιας

Υπάρχουν διάφορες μορφές αύπνιας:

- Δυσκολία στην έλευση του ύπνου (το άτομο δυσκολεύεται να αποκοιμηθεί όταν πέφτει για ύπνο).
- Πρωινή αφύπνιση (ξυπνάει πολύ πρωί και δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί).
- Διακοπτόμενος ύπνος και αδυναμία διατήρησης της συνέχειας του ύπνου (ξυπνάει κατά τη διάρκεια του ύπνου και δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί).
- Ημερήσια συμπτώματα, όπως υπνηλία (με κίνδυνο πρόκλησης τροχαίων ή άλλων ατυχημάτων), νευρικότητα, ευερεθιστότητα, μειωμένη απόδοση, διαταραχή συναισθήματος.

Κιρκαδιανές διαταραχές ρυθμού

Πρόκειται για διαταραχή στο «ρολόι» του εγκεφάλου, και πιο συγκεκριμένα στο σημείο εκείνο που μας λέει πότε πρέπει να κοιμόμαστε (δηλαδή το βράδυ) και πότε να είμαστε ξύπνιοι (δηλαδή την ημέρα). Αυτή η απορρύθμιση μπορεί να συμβεί σε άτομα που δουλεύουν νύχτα, κάνουν συχνά νυχτερινές βάρδιες, ή

μετακινούνται στις ζώνες του Ισημερινού (jet lag). Επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί στους ηλικιωμένους με αποτέλεσμα να θέλουν να κοιμούνται και να ξυπνούν υπερβολικά νωρίς, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τους έφηβους, οι οποίοι θέλουν να κοιμούνται πολύ αργά το βράδυ και να ξυπνούν αργά το μεσημέρι.

Διαταραχές αναπνοής

Κυριότεροι «εκπρόσωποι» αυτής της κατηγορίας είναι το ροχαλητό και η υπνική άπνοια. Το ροχαλητό είναι πιο συνηθισμένο σε άντρες άνω των 50 ετών και μια από τις πιο συνηθισμένες αιτίες για τις οποίες κάποιος απευθύνεται στον ειδικό, συχνά μάλιστα έπειτα από παρότρυνση του συντρόφου του που μπορεί να ενοχλείται στον ύπνο. Γεγονός πάντως είναι ότι πρέπει πάντα να διερευνάται, καθώς ενδέχεται να είναι απλώς η κορυφή του παγόβουνου και να συνδέεται με την υπνική άπνοια. Η τελευταία χαρακτηρίζεται από άπνοιες ή υπόπνοιες (διακοπές της αναπνοής για διάστημα μεγαλύτερο των 10 δευτερολέπτων). Αυτές βέβαια μπορεί να παρατηρούνται και στα υγιή άτομα, αλλά η συχνότητά τους δεν υπερβαίνει τα 5 επεισόδια ανά ώρα ύπνου. Έχει παρατηρηθεί ωστόσο, ότι το 9% των γυναικών και το 24% των αντρών παρουσιάζουν πάνω από 5 επεισόδια απνοιών - υποπνοιών ανά ώρα ύπνου, γεγονός που συνιστά την παρουσία του συνδρόμου υπνικής άπνοιας. Μάλιστα, το 2% των γυναικών και το 4% των αντρών που έχουν πάνω από 5 επεισόδια υπνικής άπνοιας ανά ώρα ύπνου έχουν ταυτόχρονα και ημερήσια υπνηλία λόγω της διαταραχής.

Συμπτώματα της υπνικής άπνοιας είναι:

- Θορυβώδες ροχαλητό που ενοχλεί και ακούγεται στα διπλανά δωμάτια.
- Πολλαπλές νυχτερινές αφυπνήσεις.
- Αφύπνιση λόγω αισθήματος πνιγμού.
- Πολλαπλές νυχτερινές αφυπνήσεις για ούρηση.
- Ημερήσια συμπτώματα όπως υπνηλία, αίσθημα κόπωσης, αδυναμία μνήμης και συγκέντρωσης, πονοκέφαλος, ευερεθιστότητα λόγω κακής ποιότητας ύπνου.
- Πρόκληση τροχαίων ή εργατικών ατυχημάτων.
- Διαταραχή συναισθήματος και σεξουαλικές διαταραχές.
- Συχνές επισκέψεις στον γιατρό για άλλους λόγους όπως υπέρταση, αρρυθμίες, σακχαρώδη διαβήτη που είναι δύσκολο να ρυθμιστούν με τη συνηθισμένη για τα νοσήματα αυτά αγωγή.

Παραύπνιας

Οι περίεργες συμπεριφορές που συνοδεύουν

τον ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας, όπως οι νυχτερινοί τρόμοι και η υπνοβασία, είναι αρκετά συνηθισμένα φαινόμενα κατά την παιδική ηλικία και συνήθως με το πέρασμα του χρόνου εξαλείφονται. Υπάρχουν, όμως, άτομα που ακόμα και μετά την ενηλικίωση συνεχίζουν να τις εκδηλώνουν στον ύπνο τους, ιδίως σε περιόδους έντονου στρες.

Α. Υπνοβασία

Είναι ένας από τους πιο γνωστούς τύπους παραύπνιων που πλήττει το 10-15% των παιδιών προσχολικής και σχολικής ηλικίας, ενώ περίπου το 2-3% των ενηλίκων. Σήμερα γνωρίζουμε ότι η υπνοβασία είναι μια σειρά από ακούσιες κινήσεις και πράξεις, οι οποίες συνήθως λαμβάνουν χώρα κατά τα πρώτα στάδια του ύπνου. Για τους ειδικούς, ωστόσο, η υπνοβασία κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής χρήζει λεπτομερούς ελέγχου, καθώς μπορεί να οφείλεται σε παθολογικά αίτια. Μια άλλη πρόσφατη και πολύ σημαντική παρατήρηση είναι ότι στο 65-80% των ατόμων που εμφανίζουν υπνοβασία υπάρχει κληρονομικό ιστορικό. Στην εκδήλωσή της, όμως, μπορεί να συμβάλουν και εξωγενείς παράγοντες, όπως κακή υγιεινή ύπνου, ασαφή ωράρια εργασίας, ή υποκείμενα ψυχικά νοσήματα.

Β. Εφιάλτες και υπνικοί τρόμοι

Οι νυχτερινοί εφιάλτες εμφανίζονται στο δεύτερο μισό της νύχτας, ιδίως λίγο πριν από την πρωινή αφύπνιση. Το άτομο ξυπνά έντρομο, λόγω κάποιου άσχημου ονείρου το οποίο θυμάται με σαφήνεια και δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί. Αντίθετα, στην περίπτωση του νυχτερινού τρόμου που εμφανίζεται στο πρώτο τρίτο του ύπνου το άτομο μπορεί να κάθεται με ανοικτά τα μάτια και να φωνάζει εκδηλώνοντας έντονο φόβο, αλλά όταν ξυπνά δεν θυμάται τίποτα.

Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών

Το Σύνδρομο Ανήσυχων Ποδιών είναι μια συχνή αιτία διαταραχής του ύπνου και μπορεί να οδηγήσει σε ημερήσια υπνηλία και μείωση της απόδοσης στην εργασία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Το κύριο χαρακτηριστικό του είναι η έντονη επιθυμία να κινήσει κανείς τα πόδια του, η οποία συνήθως συνοδεύεται από δυσάρεστη αίσθηση στα πόδια. Το σύνδρομο συνήθως εμφανίζεται ή επιδεινώνεται το απόγευμα ή το βράδυ μετά την κατάκλιση και μπορεί να προκαλεί διαταραχή της έλευσης και διατήρησης ή της ποιότητας του ύπνου. Η συχνότητα εμφάνισής του είναι περίπου 5-10%. Είναι πιο συχνό στα άτομα ηλικίας άνω των 40, ενώ οι γυναίκες ασθενείς είναι διπλάσιες από τους άντρες. Για την αντιμετώπιση του συνδρόμου έχουν εγκριθεί δύο φάρμακα που ανήκουν στην οικογένεια των ανταγωνιστών της ντοπαμίνης: η ροπινιρόλη και η πραμιπεξόλη. Έχει διαπιστωθεί ότι χορήγηση μικρής μόνο δόσης των φαρμάκων αυτών, μία-δύο ώρες πριν ξαπλώσει ο ασθενής το βράδυ, αρκεί συνήθως για θεαματική βελτίωση της ποιότητας του ύπνου.

Τρίξιμο δοντιών

Ο βρουξισμός, όπως λέγεται επιστημονικά το τρίξιμο των δοντιών, είναι μια συχνή διαταραχή ύπνου στα παιδιά, δεν αποκλείεται όμως να εμφανιστεί και στους ενήλικες, ιδιαίτερα σε

περιόδους στρες. Κάποιοι μπορεί να υποψιαστεί ότι πιθανόν τρίζει τα δόντια στον ύπνο του αν ξυπνά με πονεμένο στόμα, έχει πόνο στα δόντια, ή άλλα συμπτώματα σωματοποιημένου στρες όπως μυϊκούς πόνους. Χρήσιμη είναι η επίσκεψη στον ορθοδοντικό, καθώς αν υπάρχει πρόβλημα στη σύγκλιση της γνάθου τοποθετείται ειδικός νάρθηκας.

Σύνδρομο ανεπαρκούς ύπνου

Πρόκειται για ένα σχετικά νέο σύνδρομο, που όμως αποτελεί ιδιαίτερα συχνό πρόβλημα της σύγχρονης εποχής. Από έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι οι άνθρωποι πριν από 5 δεκαετίες κοιμόντουσαν κατά μέσο όρο 8 ώρες την ημέρα, ενώ σήμερα έχουν πέσει στις 6 με 6 ½ ώρες. Δεδομένου, όμως, ότι σε οργανικό επίπεδο καθημερινά έχουμε ανάγκη 7-8 ώρες ύπνου, αυτή η έλλειψη μπορεί να οδηγήσει στα προβλήματα που εκδηλώνονται όταν το άτομο πάσχει από κανονική αύπνια. Για το πρόβλημα ευθύνονται το σύγχρονο lifestyle, αλλά και η κακή υγιεινή του ύπνου.

Κρανιοϊερή Θεραπεία

Είναι γνωστό πως η Κρανιοϊερή Θεραπεία (ΚΙΘ) διευκολύνει την αποτελεσματική λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, βασικά όργανα του οποίου είναι ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός. Η προσέγγιση με ήπιους χειρισμούς που προτείνει η ΚΙΘ ενισχύει την χαλάρωση στον οργανισμό, επιτρέποντας το άτομο να εισέλθει σε κατάσταση βαθειάς χαλάρωσης, παρόμοια με εκείνη που επιτυγχάνεται με τον διαλογισμό.

Σε πρόσφατη μελέτη που δημοσιεύτηκε στο Journal of Integrative Medicine αναφέρεται πως η ΚΙΘ συνεισφέρει στην ρύθμιση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, που είναι υπεύθυνο για την ικανότητα του οργανισμού στη ξεκούραση και στην αντίδραση του stress. Έτσι ο οργανισμός μπορεί με ενισχύσει λειτουργίες όπως είναι η πέψη, η χαλάρωση, αλλά και η καθαρή σκέψη. Η ρύθμιση του αυτόνομου νευρικού συστήματος είναι αναγκαία για την καλή υγεία, ενώ η αλληλεπίδραση μεταξύ της δράσης και της χαλάρωσης επιτρέπει την σωστή ανάπτυξη, την ίαση, τη ρύθμιση της διάθεσης και πολλά άλλα. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορεί να συνεισφέρει στην αυτοδιόρθωση σε ποικιλία συμπτώματα και προβλήματα, υποστηρίζοντας τον οργανισμό τόσο σωματικά, όσο και συναισθηματικά.

Μια ενδιαφέρουσα δομή του εγκεφάλου είναι ο προμήκης μυελός, ο οποίος περιλαμβάνει τον δικτυωτό σχηματισμό. Πρόκειται για ένα σύνθετο δίκτυο από περίπου 100 μικροσκοπικούς πυρήνες που καταλαμβάνει το κεντρικό τμήμα του εγκεφαλικού στελέχους. Ονομάζεται έτσι λόγω της δικτυωτής εμφάνισης του. Μερικές φορές ο δικτυωτός σχηματισμός αναφέρεται ως δικτυωτό σύστημα ενεργοποίησης (reticular activating system - RAS), επειδή δομές του διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εγρήγορση. Εντούτοις, οι διάφοροι πυρήνες του δικτυωτού σχηματισμού συμμετέχουν σε ποικίλες λειτουργίες συμπεριλαμβανομένου του ύπνου, της προσοχής, της κίνησης, της διατήρησης του μυϊκού τόνου και σε διάφορα καρδιακά, κυκλοφορικά και αναπνευστικά αντανακλαστικά. Το δικτυωτό σύστημα ενεργοποίησης βοηθά τον οργανισμό



“ενστικτωδώς” να διαχειριστεί καταστάσεις που έχουν σχέση με την επιβίωση και τον φόβο. Ατυχώς δεν είναι πάντα σε θέση να μπορεί να διαχωρίσει την πραγματική απειλή από την φανταστική. Πιθανόν αυτή η αδυναμία διαχωρισμού της πραγματικής από την φανταστική απειλή να συνεισφέρει σημαντικά στην εμφάνιση της αύπνιας.

Ο Dr John Upledger ανέφερε το δικτυωτό σύστημα ενεργοποίησης ως “δικτυωτό σύστημα συναγερμού”, καθώς είναι υπεύθυνο για την ρύθμιση της διέγερσης και της μετάβασης από την κατάσταση ύπνου σε αφύπνιση. Ισχυριζόταν ότι αυτό το δικτυωτό σύστημα συναγερμού είναι το φίλτρο της ζωής για οτιδήποτε έρχεται... “κατά πάνω μας”.

Τεχνικές της Κρανιοϊερής που επιδρούν στο “δικτυωτό σύστημα ενεργοποίησης ή συναγερμού”

Από τα προηγούμενα αντιλαμβανόμαστε τη σημασία της επαρκούς λειτουργίας του δικτυωτού συστήματος ενεργοποίησης ή συναγερμού για τον αποτελεσματικό ύπνο. Οι παρακάτω τρεις χειρισμοί μπορούν να διευκολύνουν αυτή τη λειτουργικότητα παρέχοντας ευεργετική επίδραση στον αποτελεσματικό ύπνο.

1. Ο πρώτος χειρισμός του θεραπευτή είναι να προκαλέσει μια παύση μέσα στο κρανιοϊερό σύστημα του ασθενούς, που ονομάζεται ‘σημείο ηρεμίας – still point’. Σύμφωνα με την θεωρία του Dr John Upledger, σε κάθε άνθρωπο ανιχνεύεται ο Κρανιοϊερός Ρυθμός, όπως ακριβώς ο καρδιακός και ο αναπνευστικός. Προκαλείται από την απόσταξη και απορρόφηση του εγκεφαλονωτιαίου υγρού που περιβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (εγκέφαλο και νωτιαίο μυελό). Ο ανεπαίσθητος αυτός ρυθμός μπορεί να γίνει αντιληπτός σε ολόκληρο το σώμα και να ψηλαφηθεί από θεραπευτή εκπαιδευμένο στην Κρανιοϊερή Θεραπεία. Η συχνότητά του, σε φυσιολογικές συνθήκες, είναι 6 με 12 κύκλους το λεπτό. Το ‘σημείο ηρεμίας’ προκαλείται όταν διακοπεί ο κρανιοϊερός ρυθμός με έναν τρόπο ήπιο και φυσικό. Όταν, δηλαδή, ανασταλεί για ένα διάστημα η παραγωγή και απορρόφηση του Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού, όχι απότομα ή βίαια, αλλά με ένα τρόπο που μπορεί να περιγραφεί ως «παρατεταμένη παύση». Την προκαλεί ο θεραπευτής με σκοπό να διευκολύνει την απελευθέρωση των περιορισμών στο σύστημα των μεμβρανών που περιβάλλει τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό. Η ήπια και φυσική παύση της ροής του υγρού επιδρά με έναν δυναμικό τρόπο. Προκαλεί στιγμιαία αύξηση της υδροστατικής πίεσης του Εγκεφαλονωτιαίου Υγρού μέσα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, και στη συνέχεια

μια βίαιη επαναφορά της κυκλοφορίας του, με αποτέλεσμα την απελευθέρωση περιοχών με περιορισμένη ελαστικότητα, ή περιοχών με συμφύσεις. Έτσι, όταν το υγρό κυκλοφορήσει εκ νέου, έχει προκληθεί αυτόματα η απελευθέρωση των εμπλεκομένων ιστών και επιπλέον αύξηση της κυκλοφορίας του αίματος μέσα στον Εγκέφαλο, με θεραπευτικό αποτέλεσμα τόσο στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, όσο και σε ολόκληρο το σώμα.

Ο δεύτερος χειρισμός ονομάζεται «κρανιακή αντλία – cranial pumping». Τοποθετώντας ο θεραπευτής τα χέρια του στο κρανίο του ασθενή, ανιχνεύει αρχικά τον κρανιοϊερό ρυθμό, τον ακολουθεί για τρεις έως πέντε κύκλους, ενώ στη συνέχεια αρχίζει ήπια να τον “εξωθει”, να τον παρακινεί για να επιτύχει μεγαλύτερο εύρος ή βάθος. Επιτυγχάνουμε, έτσι, αλλαγές στη συμμετρία, την ποιότητα, το πλάτος δόνησης και τη συχνότητα του κρανιοϊερού ρυθμού, ωθώντας τον οργανισμό σε καλύτερη ισορροπία.

Κατά τον τρίτο χειρισμό ο θεραπευτής ακουμπά τα χέρια του και εφαρμόζει ταλάντευση και ολίσθηση στο ιερό και το ινιακό οστό του ασθενή. Επιχειρεί, δηλαδή, να βελτιώσει την ελαστικότητα της σκληράς μήνιγγας μέσα στον σπονδυλικό σωλήνα. Η ταλάντευση και η ολίσθηση είναι χρήσιμες για την αξιολόγηση και την θεραπεία, καθώς ο εξασκημένος θεραπευτής μπορεί να νιώσει ανάμεσα στα χέρια του πού παραμένουν περαιτέρω περιορισμοί και να εντοπίσει ποια τμήματα είναι ακινητοποιημένα μέσα στο κρανιοϊερό σύστημα.

Αυτοθεραπεία -Αυτορρύθμιση

Ο ύπνος παρέχει ξεκούραση και ανανέωση για το σώμα και τη ψυχή. Μπορούμε να περάσουμε οκτώ ή περισσότερες ώρες στο κρεβάτι, προσπαθώντας να κερδίσουμε την ξεκούραση που δικαιούμαστε. Όμως ο καλός ύπνος είναι κάτι περισσότερο από το να περνάμε κάποιες ώρες στο κρεβάτι. Υπάρχει ένας «ποιοτικός παράγοντας» στον ύπνο που καθορίζει πώς θα είμαστε όταν ξυπνήσουμε.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι, οι οποίοι μπορούν να συμβάλλουν στην βελτίωση της ποιότητας του ύπνου. Αρχικά, έχει σημασία τι κάνουμε πριν πάμε στο κρεβάτι. Αλλά ο σημαντικότερος παράγοντας είναι πού πέφτουμε να κοιμηθούμε. Περνάμε περίπου οκτώ ώρες με το κεφάλι μας πάνω σε κάποιο μαξιλάρι και το σώμα μας πάνω σε ένα στρώμα που υποστηρίζει τη πλάτη μας. Δεν μπορούμε να μιλάμε για αποδοτικό ύπνο εάν το μαξιλάρι και το στρώμα που χρησιμοποιούμε αποτυγχάνει να στηρίξει σωστά τα διάφορα τμήματα του σώματος, κυρίως τη σπονδυλική στήλη.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΥΠΝΟ

Τι κάνουμε και τι τρώμε πριν πέσουμε για ύπνο μπορεί να παίξουν σημαντικό ρόλο στη ποιότητα του. Η πνευματική κατάσταση και ο μεταβολισμός θα επηρεάσουν την ικανότητα για βαθύ αποτελεσματικό ύπνο. Να μερικές συμβουλές για το τι επιτρέπεται και τι όχι πριν τον ύπνο:

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΠΡΙΝ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

1.Αφήνουμε τα προβλήματα της εργασίας στον επαγγελματικό χώρο. Δικαιούμαστε και χρειαζόμαστε χρόνο για να ξεκουραστούμε

και να απολαύσουμε τη ζωή μακριά από τα προβλήματα της εργασίας.

2.Η απογοήτευση, η ανησυχία και το άγχος δίνουν το παρόν στη ζωή του καθενός μας. Το ερώτημα είναι πώς τα χειριζόμαστε. Δυστυχώς τις περισσότερες φορές δεν μπορούμε να αλλάξουμε το περιβάλλον, εκείνο όμως που μπορούμε να αλλάξουμε είναι το πώς ανταποκρινόμαστε στα εξωτερικά ερεθίσματα που επηρεάζουν τη ζωή μας. Διάφοροι τρόποι και τεχνικές χαλάρωσης μπορούν να βοηθήσουν προς αυτή τη κατεύθυνση. Διαλογισμός, γιόγκα, κρανιοϊερή θεραπεία, συναναστροφή με αγαπημένους ανθρώπους, ή απλά απομόνωση είναι κάποιοι από τους τρόπους που μπορούν να μας βοηθήσουν για ηρεμία.

3.Η σωματική δραστηριότητα, ή απλές ασκήσεις διάτασης λειτουργούν σε κάποιους ανθρώπους ευεργετικά, στη προσπάθεια που καταβάλλουν να νικήσουν την ένταση στο τέλος της ημέρας. Απλά σε αυτές τις περιπτώσεις πρέπει να δίνουμε στον εαυτό μας τον χρόνο που χρειάζεται να «κρυώσει» πριν πέσουμε στο κρεβάτι.

4.Το δείνπο πρέπει να είναι τουλάχιστον μία ώρα πριν πέσουμε στο κρεβάτι, ώστε να δώσουμε την δυνατότητα στη διαδικασία της κώνεψης να έχει προχωρήσει και να αποφύγουμε την αίσθηση φουσκώματος στο στομάχι, ενώ το σώμα μας θα είναι περισσότερο χαλαρό.

5.«ΣΗΜΕΙΟ ΗΡΕΜΙΑΣ» ή STILL POINT: Οι εκπαιδευμένοι θεραπευτές στην Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορούν να προκαλέσουν το «Σημείο Ηρεμίας» με εξειδικευμένους χειρισμούς. Αυτό, όμως, μπορεί να προκληθεί και από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο. Θα χρειαστείτε δύο μπάλες του τένις μέσα σε μια αθλητική κάλτσα δεμένη στην άκρη, ή μια απλή κατασκευή που θα προμηθευθείτε από το εμπόριο. Στη συνέχεια:

α.Απλά επιλέγете μια αναπαυτική επιφάνεια (καναπέ, κρεβάτι, ή ακόμα και το πάτωμα) και ξαπλώνετε ανάσκελα. Μπορείτε να έχετε τα γόνата λυγισμένα, ή τα πόδια σας πάνω σε μια καρέκλα αν αυτό σας βολεύει περισσότερο.

β.Τοποθετείτε την αυτοσχέδια συσκευή κάτω από το κεφάλι σας, στην ίδια ευθεία με τα αυτιά σας, επιτρέποντας το βάρος του κεφαλιού να αναπαυθεί πάνω της.

γ.Κλείστε τα μάτια σας και χαλαρώστε έως 20 λεπτά της ώρας. Η αναπνοή σας θα γίνει ευκολότερη και οι μύες σας θα χαλαρώσουν από την ένταση.

Δεν υπάρχει κίνδυνος από παρατεταμένη παραμονή σε αυτή τη στάση, επομένως μην ανησυχάσετε αν σας πάρει ο ύπνος.

ΤΙ ΔΕΝ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΚΑΝΟΥΜΕ ΠΡΙΝ ΤΟΝ ΥΠΝΟ

1.Αναφέραμε ότι είναι σημαντικό να ηρεμούμε μετά την εργασία μας. Αλλά το να αντικαθιστούμε τα προβλήματα της εργασίας με δραστηριότητες που απαιτούν από το μυαλό μας να εργαστεί εντατικά για να ανταποκριθεί -όπως για παράδειγμα βίαιες ταινίες, ή ηλεκτρονικά παιχνίδια-, σίγουρα δεν είναι προς τη σωστή κατεύθυνση και πρέπει να

τα αποφεύγουμε.

2.Να αποφεύγουμε την κατανάλωση γλυκών. Η ζάχαρη και οι υδατάνθρακες εκτοξεύουν το ενεργειακό επίπεδο του οργανισμού, δυσκολεύοντας την προσπάθεια για ύπνο. Γι’ αυτό πρέπει να επιλέγουμε τροφές που αφομοιώνονται πιο αργά, όπως πρωτεΐνες, λαχανικά και μικρές ποσότητες φρούτων.

3.Να αποφεύγουμε να διαχειριζόμαστε δύσκολες καταστάσεις. Το τέλος της ημέρας δεν είναι ο κατάλληλος χρόνος να συζητάμε ή να διαχειριζόμαστε δύσκολα θέματα. Αυτή η προσπάθεια αφενός δεν θα έχει εποικοδομητικά αποτελέσματα, αφετέρου θα επηρεάσει την ποιότητα του ύπνου. Τα πρωινά, ή τα σαββατοκύριακα είναι ο κατάλληλος χρόνος για τέτοια ζητήματα, καθώς έχουμε απόθεμα ενέργειας και δημιουργικότητας και χρόνου.

4.Να αποφεύγουμε να παρακολουθούμε τηλεόραση ή να διαβάζουμε ξηπλωμένοι στο κρεβάτι, χρησιμοποιώντας περισσότερα του ενός μαξιλάρια. Το πιθανότερο είναι το πρωί να ξυπνήσουμε με πονοκέφαλο, ή δυσκαμψία στον αυχένα.

Πολλοί άνθρωποι παρότι προσέχουν και εφαρμόζουν όσα προαναφέραμε, ξυπνούν με κακουχία, δυσκαμψία και αίσθημα κόπωσης. Σε αυτή τη περίπτωση σημαντικό ρόλο παίζει το μαξιλάρι ή το ακατάλληλο στρώμα.

Το μαξιλάρι είναι σημαντικός παράγοντας του αποτελεσματικού ύπνου, καθώς στηρίζει το κεφάλι και τον αυχένα για πολλές ώρες. Το ακατάλληλο μαξιλάρι μπορεί να οδηγήσει σε ιδιαίτερα ενοχλητικές καταστάσεις, όπως είναι ο πονοκέφαλος και το αυχενικό σύνδρομο. Το ευχάριστο είναι ότι μπορεί να αλλάχθει εύκολα και οικονομικά.

Το στρώμα πρέπει, επίσης, να επιλέγεται προσεκτικά και αυτό γιατί πάνω του περνάμε περίπου το ένα τρίτο της ζωής μας. Πρέπει να έχουμε στη σκέψη μας ότι κατάλληλο στρώμα είναι εκείνο το οποίο προσφέρει στην σπονδυλική μας στήλη την στήριξη που χρειάζεται, ανεξαρτήτως ηλικίας.

• Πόσο καιρό έχετε το στρώμα σας; Η διάρκεια ζωής του κάθε στρώματος είναι περίπου δέκα χρόνια.

• Συμβουλευθείτε τον ιατρό σας ή τον φυσικοθεραπευτή σας στην επιλογή του κατάλληλου στρώματος για τις ατομικές σας ανάγκες.

• Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στρωμάτων και μαξιλαριών στο εμπόριο, ώστε ο καθένας να επιλέξει εκείνο που του ταιριάζει.

Όλοι οι άνθρωποι δικαιούνται καλό και αποτελεσματικό ύπνο.

Εφαρμόστε τα προηγούμενα για ΚΑΛΗΝΥΧΤΑ και... ΚΑΛΗ ΤΥΧΗ!!!



ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

ΔΙΑΚΟΠΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**



Μπορώ να διακόψω το κάπνισμα μόνος μου;

Οι περισσότεροι καπνιστές έχουν την εντύπωση πως το κάπνισμα είναι απλώς μια «κακιά» συνήθεια, την οποία μπορούν να κόψουν όποτε θελήσουν. Εφευρίσκουν διάφορα επιχειρήματα προκειμένου να υποστηρίξουν την επιλογή τους, όπως: «το ελέγχω», «δεν καπνίζω πολύ», «καπνίζω ελαφριά τσιγάρα», «όταν θελήσω μπορώ να το κόψω» κ. ά.

Η αλήθεια όμως, είτε μας αρέσει είτε όχι, είναι μια: Το κάπνισμα, όπως και τα ναρκωτικά ή το αλκοόλ, είναι μορφή εξάρτησης και μόνο κακό μπορεί να κάνει στον οργανισμό μας. Δικαιολογίες όπως οι προαναφερθείσες είναι σαφώς παραπλανητικές και χρησιμεύουν μόνο για να καθυσυχάζουμε τον εαυτό μας.

Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι παρά την πολύπλευρη ενημερωτική εκστρατεία που γίνεται στη χώρα μας για τις βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία και τη μεγάλη προσπάθεια δημιουργίας υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την διακοπή του, περισσότερος από τον μισό πληθυσμό, ανεξαρτήτως ηλικίας, είναι φανατικοί καπνιστές.

Ο πρώτος μύθος, λοιπόν, που πρέπει να καταρρίψουμε είναι πως η απεξάρτηση από το κάπνισμα είναι εύκολη υπόθεση και ότι με θέληση και λίγη προσπάθεια οποιοσδήποτε μπορεί, μόνος του, να «κόψει το τσιγάρο». Η αλήθεια είναι ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό ανθρώπων έχουν καταφέρει να διακόψουν το κάπνισμα μόνοι τους και η προσπάθεια αυτή δεν ήταν καθόλου εύκολη. Η καλύτερη λύση για όποιον έχει αποφασίσει πραγματικά τη διακοπή του καπνίσματος είναι να το κάνει με τη βοήθεια του κατάλληλου πλαισίου.

Γιατί είναι είναι αυτή η κατάλληλη λύση;

Η απάντηση είναι απλή! Γιατί επιλέγοντας το κατάλληλο πλαίσιο υποστήριξης τα επιθυμητά αποτελέσματα απεξάρτησης από το κάπνισμα

είναι μεγαλύτερα, μακροχρόνια, χωρίς υποτροπές και ο κόπος σαφώς μικρότερος. Μπορεί ένας καπνιστής να διαβάσει, να ενημερωθεί και να προσπαθήσει μόνος του, όμως ο κατάλληλος ειδικός -που σε αυτή την περίπτωση μπορεί να είναι πνευμονολόγος, ψυχολόγος ή/και διατροφολόγος- θα καταστήσει την προσπάθεια επιτυχημένη και θα ελαχιστοποιήσει τις πιθανότητες για πιασγυρίσματα στην καπνιστική συνήθεια.

Αυτό συμβαίνει διότι η εξάρτηση από το κάπνισμα δεν είναι μόνο σωματική. Αυτό σημαίνει ότι και η απεξάρτηση είναι τόσο σωματική, όσο και ψυχική. Τα συμπτώματα της εξάρτησης που δημιουργεί η νικοτίνη εξαφανίζονται μέσα σε 2-4 εβδομάδες, αλλά για να παραμείνουμε μη καπνιστές θα πρέπει να έχουμε δουλέψει και αλλάξει μέσα μας τις ρίζες αυτής της καταναγκαστικής συμπεριφοράς, η οποία όπως αναφέραμε είναι ψυχοσωματική.

Η διαδικασία του καπνίσματος είναι ένα τελετουργικό έτσι η αντιμετώπιση της εξάρτησης θα πρέπει να είναι συνολική. Δεν αφορά μόνο την διακοπή του καπνίσματος, αλλά πρώτα απ’ όλα την γνωσιακή αναδόμηση που έκανε κάποιον καπνιστή.

Ας τα πάρουμε, λοιπόν, με τη σειρά. Η επιτυχία διακοπής του καπνίσματος οφείλεται και εξαρτάται, κυρίως, από την επιμονή του καπνιστή να κόψει το κάπνισμα. Για να συμβεί όμως, αυτό θα πρέπει πρώτα το άτομο να έχει ενημερωθεί λεπτομερέστατα τόσο για τις βλαπτικές επιπτώσεις του καπνίσματος, όσο και για τα ευεργετικά αποτελέσματα της διακοπής του. Έτσι, θα ενισχυθούν τα κίνητρά του για αυτή του την απόφαση. Άλλο σημαντικό ζήτημα στην πορεία και στην απόφαση για τη διακοπή του καπνίσματος είναι η αρχική προσέγγιση του καπνιστή και η αποσαφήνιση των μύθων που ξέρει και υποστηρίζει σχετικά με το κάπνισμα.

Σημασία δεν έχει το άτομο να «κόψει» το τσιγάρο αμέσως - «μαχαίρι», αλλά να το κόψει οριστικά!

Για να συμβεί αυτό θα πρέπει να αναγνωρίσουμε τους παράγοντες που οδηγούν το άτομο στο κάπνισμα, να το βοηθήσουμε να αυξήσει την αυτοπεποίθησή του και να πειστεί ότι μπορεί να γίνει μη καπνιστής. Θα πρέπει να υπάρχει διερεύνηση της αμφιθυμίας του σχετικά με τη διακοπή, να αναλύσουμε τους λόγους που μπορεί να το οδηγήσουν σε υποτροπή, αλλά και να του διδάξουμε τους τρόπους με τους οποίους μπορεί να υπερνικήσει τους φόβους του, ακόμα κι αν αυτό αφορά την αύξηση του σωματικού του βάρους. Κατά κύριο, όμως, λόγο θα πρέπει να του μάθουμε πως μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος, το θυμό και την έντονη επιθυμία του για κάπνισμα.

Πιο συγκεκριμένα, μέσω της αναγνώρισης των παραγόντων του περιβάλλοντος που προάγουν το κάπνισμα είναι δυνατό να προχωρήσουμε στην αλλαγή. Και η αλλαγή δεν είναι τίποτα άλλο από την αποσύνδεση της συμπεριφοράς του καπνίσματος από αυτούς τους παράγοντες.

Σημαντικό στοιχείο για την επιτυχή διακοπή του καπνίσματος αποτελεί ο εντοπισμός των συναισθηματικών συνθηκών που οδηγούν στο κάπνισμα, αλλά και η ανακάλυψη τρόπων αλλαγής αυτής της συμπεριφοράς και η αντικατάστασή της με άλλες. Ενώ ουσιαστικής σημασίας είναι και η αλλαγή του τρόπου σκέψης σε σχέση με το κάπνισμα.

Συνεπώς τόσο η ιατρική βοήθεια -η οποία ενδεχομένως να εμπεριέχει και κάποια ήπια φαρμακευτική αγωγή- όσο και η ψυχολογική υποστήριξη - ώστε να αντιμετωπιστούν οι φόβοι, οι πειρασμοί τα άγχη, του καπνιστή, αλλά και να επιτευχθεί και η οριστική αλλαγή της καταναγκαστικής του συνήθειας-,προκειμένου το άτομο να περάσει από τις τάξεις του καπνιστή σε εκείνες του μη καπνιστή, είναι απαραίτητες.



ΣΥΛΛΟΓΟΣ Κ.Ε.Φ.Ι. Αθηνών:**Δευτεροπαθές λεμφοίδημα
ογκολογικών ασθενών**

Ο Σύλλογος Κ.Ε.Φ.Ι. ιδρύθηκε την άνοιξη του 2004 στην Αθήνα, με στόχο να προσφέρει συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη στους ογκολογικούς ασθενείς και τα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σχετικά με τον καρκίνο.

Με απώτερο σκοπό την ενημέρωση και εκπαίδευση των μελών του, ασθενών, συγγενών και κάθε ενδιαφερόμενου στα θέματα καρκίνου, ο σύλλογος Κ.Ε.Φ.Ι. διοργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια στο χώρο του Συλλόγου.

Την Κυριακή 22 Μαρτίου από τις 11:00 - 14:00, πραγματοποιήθηκε εκπαιδευτικό σεμινάριο με θέμα: «Δευτεροπαθές λεμφοίδημα ογκολογικών ασθενών».

Από την ομάδα του Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, Προϊστάμενος Τμ. Φυσ/πειας Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», (www.physio.gr) συμμετείχαν οι ομιλητές:

Αθηνά Κατσιμήτρου, MLD/CDT

Κατερίνα Γκάζα, MLD/CDT

Ιωάννης Μαλαμάκης, Φυσικοθεραπευτής

Λυδία Λέντζαρη, Φυσικοθεραπεύτρια

Έλλη Τιγγινάγκα, MSc Ψυχολόγος

Τα επιμέρους θέματα που αναπτύχθηκαν και αφορούν στην πρόληψη, αντιμετώπιση και θεραπεία του λεμφοιδήματος ήταν τα εξής:

Ανατομία - Φυσιολογία του λεμφικού συστήματος

Θεραπευτική προσέγγιση δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος ογκολογικών ασθενών

Αυτοδιαχείριση της νόσου και μέτρα πρόληψης

Οι συχνότερες παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος σε ασθενείς με Ca – Πρόγραμμα αποκατάστασης

Ο ψυχισμός της γυναίκας με Ca μαστού.

www.physio.gr/index.php/parousiaseis-synedreia/item/432-sylogos-k-e-f-i-athinon-defteropathes-lemfoidima-ogkologikon-asthenon

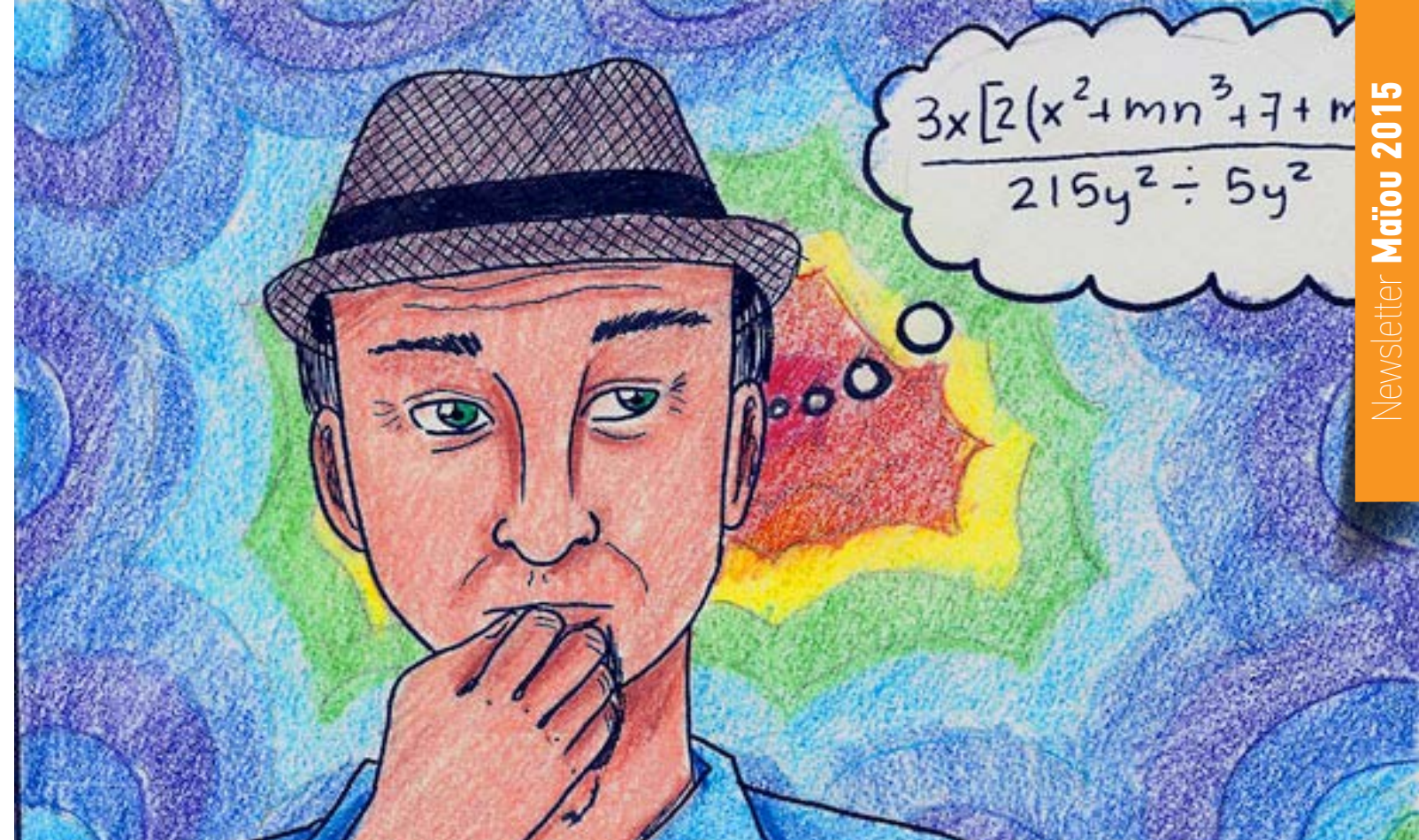
ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

Ο ψυχισμός της γυναίκας με Ca μαστού

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Ο Σύλλογος «Κ.Ε.Φ.Ι.» με απώτερο σκοπό την ενημέρωση και εκπαίδευση των μελών του, ασθενών, συγγενών και κάθε ενδιαφερόμενου στα θέματα καρκίνου διοργανώνει εκπαιδευτικά σεμινάρια στο γραφείο του συλλόγου. Την Κυριακή 22 Μαρτίου 2015, η Ψυχολόγος Έλλη Τιγγινάγκα, Msc συμμετείχε στο σεμινάριο με θέμα: «Δευτεροπαθές λεμφοίδημα ογκολογικών ασθενών» μιλώντας για τον Ψυχισμό της γυναίκας με Ca μαστού.

www.physio.gr/index.php/psychology/item/431-o-psyxismos-tis-gynaikas-me-ca-mastoy



ΑΣΚΗΣΗ

Εγκέφαλος...**”Τον χρησιμοποιείς ή τον χάνεις”!**

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Από ανατομικής πλευράς, ο εγκέφαλος δεν είναι... μυς, είναι κατά κύριο λόγο φαιά και λευκή ουσία, με κυτταρική δομή και λειτουργία πολύ διαφορετική (και πιο πολύπλοκη) από εκείνη του μυός.

Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις πως η νοητική διέγερση βελτιώνει την εγκεφαλική λειτουργία, ενώ μειώνει τον κίνδυνο γνωστικού μαρασμού και των συναφών ασθενειών. Η νοητική διέγερση ή αλλιώς “η εγκεφαλική άσκηση”, ενισχύει την εγκεφαλική λειτουργία, ώστε να εκπληρώνει ταχύτερα και καλύτερα το πλήθος των καθημερινών υποχρεώσεων με τις οποίες είναι επιφορτισμένος, ενισχύει τη βελτίωση της μνήμης και της προσοχής.

Μερικοί εύκολοι τρόποι να ασκήσετε το μυαλό σας:

- Ξεκινήστε μια καλή κουβέντα, φυσικά κάποιες συνομιλίες είναι περισσότερο ελκυστικές από κάποιες άλλες, επιλέξτε αυτές που σας ταιριάζουν.

- Διαβάστε ένα καλό βιβλίο: διαβάζοντας ένα

βιβλίο, όχι μόνο διεγείρεται ο εγκέφαλος, υποχρεώνοντας τον να αναλύσει τις λέξεις, τη δομή των προτάσεων και της ιστορίας, διεγείρει επίσης τη φαντασία καθώς σχηματίζει νοητικές εικόνες που αποτυπώνουν την ιστορία.

- Επιλύστε παιχνίδια: αναφερόμαστε φυσικά σε εγκεφαλικά παιχνίδια όπως είναι το σταυρόλεξο, το σκάκι, κρυπτογραφήματα κα. Ο εγκέφαλος αναγκάζεται να εξετάσει διάφορες λύσεις, είτε πρόκειται για ποια λέξη να επιλέξει, είτε για ποια κίνηση να επιλέξει. Η διαδικασία σκέψης είναι ιδανική άσκηση για να κινητοποιήσει τον εγκέφαλο.

- Εργασία με αριθμούς: οι περισσότεροι έχουμε ξεχάσει να κάνουμε αριθμητικές πράξεις με το μυαλό μας. Την επόμενη φορά να το επιχειρήσετε, χρησιμοποιώντας τον υπολογιστή

σας για να επιβεβαιώσετε το αποτέλεσμα.

- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση: τι συμβαίνει όταν δεν ασκούμαστε; Χάνεται η μυϊκή δύναμη και η αντοχή στις σωματικές δραστηριότητες. Αυτό ονομάζεται ατροφία. Το ίδιο ισχύει για τον εγκέφαλο. Λαμβάνοντας μαθήματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για θέματα που σας ενδιαφέρουν, προκαλείται τον εαυτό σας και το μυαλό σας καθημερινά να γίνονται ακόμη καλύτεροι.

Επιπλέον δεν θα πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας ότι υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που ενισχύουν την υγεία του εγκεφάλου, όπως για παράδειγμα η κατάλληλη διατροφή, ο επαρκής ύπνος και η σωματική άσκηση.

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ

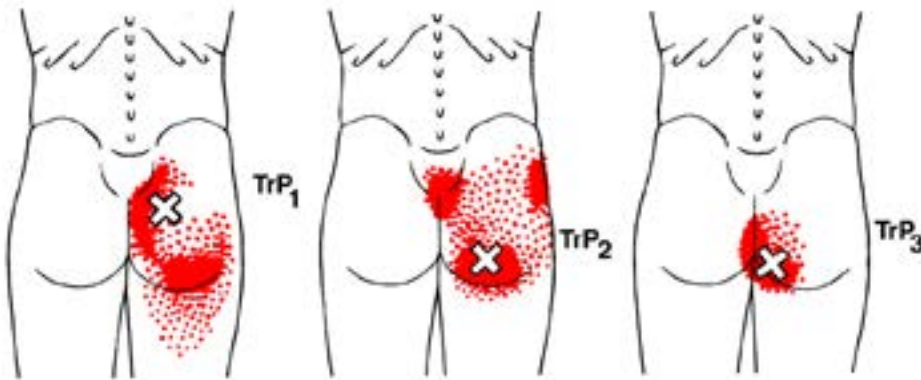
Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, ΜΝΤ**

Συχνά ασθενείς, τοποθετώντας την παλάμη τους πάνω από το ιερό οστό και το ισχιακό όγκωμα, αναφέρουν πόνο στη μέση. Περπατούν αποφεύγοντας να φορτίσουν το επώδυνο άκρο, ενώ δεν μπορούν να βρουν μια αναπαυτική θέση για να καθίσουν. Υπάρχει περιορισμός στη κάμψη του ισχίου. Το ιερό οστό και ο κόκκυγας είναι ευαίσθητα στη ψηλάφηση.

Πολλές μπορεί να είναι οι αιτίες πίσω από αυτά τα συμπτώματα. Μια αιτία η οποία δεν έχει τη προσοχή που αξίζει, αφορά τον μυοπεριτονιακό πόνο του Μεγάλου Γλουτιαίου μυ.

Η διαφοροποίηση του Μυοπεριτονιακού Σημείου Πυροδότησης Πόνου (trigger points - TP's) του Μεγάλου Γλουτιαίου μυ από τα αντίστοιχα των Μέσου και Μικρού Γλουτιαίου μυ, περιλαμβάνει τη θέση και το βάθος των TP's, το μοντέλο του προβαλλόμενου πόνου και τον περιορισμό του εύρος κίνησης σε συγκεκριμένες κινήσεις.

Ανατομικά ο Μεγάλος Γλουτιαίος μυ εκφύεται από την οπίσθια επιφάνεια του λαγονίου οστού, την οπίσθια επιφάνεια του ιερού οστού, τον κόκκυγα, τον ισχιοϊερό σύνδεσμο, την απονεύρωση του ιερωνωτιαίου μυ και την περιτονία του μέσου γλουτιαίου μυ. Καταφύεται στη λαγονοκνημιαία ταινία και στο μηριαίο οστό. Νευρώνεται από το κάτω γλουτιαίο νεύρο (Ο5 - Ι2). Με τη σύσπαση του εκτείνει και στρέφει προς τα έξω τον μηρό, ενώ εκτείνει τον κορμό όταν ο μηρός είναι σταθερός. Μπορεί να επηρεάσει τη στάση του σώματος προκαλώντας οπίσθια περιστροφή του ανωνύμου οστού. Στη περίπτωση που έχει "κοντύνει" λόγω της ύπαρξης TP's, θα επηρεαστεί η κάμψη του ισχίου, σε αντίθεση με τους μέσο και μικρό γλουτιαίο, όπου θα επηρεαστεί η κίνηση της απαγωγής του ισχίου.



Μυοπεριτονιακό Σημείο Πυροδότησης Πόνου στον μεγάλο γλουτιαίο μυ μπορεί να προκληθεί είτε από απευθείας τραυματισμό, είτε λόγω επαναλαμβανόμενης κακής στάσης, είτε λόγω κακής εργονομίας στην εργασία ή την ξεκούραση. Έχουν διαπιστωθεί τρεις περιοχές στον μυ όπου μπορούν να εντοπισθούν, όπως φαίνεται στη σχετική φωτογραφία, με τα ανάλογα μοντέλα προβαλλόμενου πόνου.

Η απελευθέρωση του Μυοπεριτονιακού Σημείου Πυροδότησης Πόνου μπορεί να γίνει με δυο τρόπους:

ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ ΠΙΕΣΗ:

Χρησιμοποιώντας τον αντίχειρα του ο ειδικός θεραπευτής ή ένα ειδικό όργανο εφαρμόζει σταθερή πίεση με ελαφρά κυκλική φορά από έξω προς το κέντρο του TP's για 35 έως 45 δευτερόλεπτα. Η ένταση της πίεσης εξαρτάται από την αντοχή του ασθενή στο επώδυνο ερέθισμα. Η Dr Travell ονόμασε αυτήν την τεχνική "Ισχαιμική Πίεση" γιατί κατά την εφαρμογή το σημείο γίνεται λευκό λόγω της απομάκρυνσης του αίματος, ενώ με την απελευθέρωση της πίεσης κόκκινο λόγω της βίαιης επαναφοράς του αίματος. Η τεχνική επαναλαμβάνεται για 4 ή 5 φορές ανάλογα με την κρίση του θεραπευτή. Στην συνέχεια εφαρμόζεται πάγος για 5 - 10 λεπτά και διάταση του μυ ώστε να τον επαναφέρουμε στο σωστό μήκος και να αποκτήσει την φυσιολογική του ελαστικότητα.

ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΣΤΕΓΝΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ:

Η τεχνική βασίζεται στην εισαγωγή και τον επαναλαμβανόμενο χειρισμό μίας αποστειρωμένης (μίας χρήσεως) πολύ λεπτής και ευκίνητης βελόνας στα trigger points.



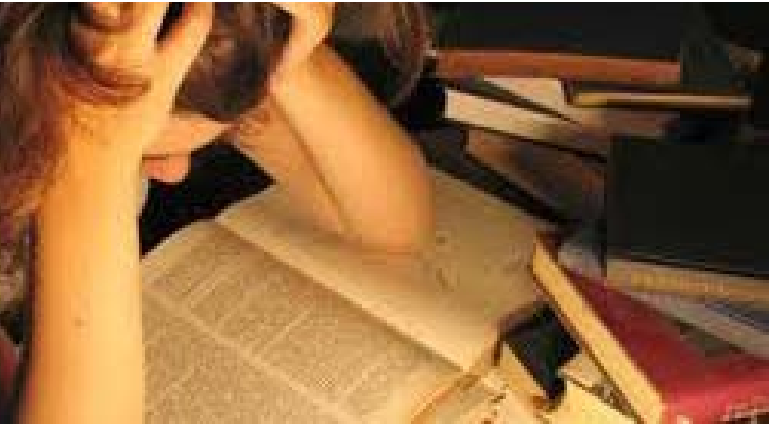
Η ανακούφιση από τον πόνο οφείλεται στην αντανάκλαστικά και μηχανικά προκαλούμενη μυϊκή απελευθέρωση. Συνήθως μία εφαρμογή με βελόνα είναι αρκετή. Με την χρήση αυτής της τεχνικής επιταχύνουμε τα θετικά αποτελέσματα, αν και το πρώτο 24ώρο πιθανόν να προκληθούν αντιδράσεις που έχουν να κάνουν με αίσθημα βάρους στη περιοχή, μούδιασμα ή πόνο. Από το δεύτερο 24ώρο και κυρίως μετά το τέταρτο επιτυγχάνουμε σημαντική μυϊκή χαλάρωση και αναλγησία η οποία συνοδεύεται από αύξηση της μυϊκής ελαστικότητας και ισχύος. Με αυτόν τον τρόπο μπορούμε να επιτύχουμε λειτουργικότητα απαλλαγμένη από συμπτώματα.

Σε αρκετές περιπτώσεις όπου για την συμπτωματολογία του ασθενή ενοχοποιούνται άλλοι ιστοί ή δομές της περιοχής και παρόλο τη θεραπευτική παρέμβαση ο πόνος επιμένει, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να συνυπάρχει και Μυοπεριτονιακό σημείο πυροδότησης πόνου στον μεγάλο γλουτιαίο μυ και απαιτείται η απελευθέρωση του.



Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, ΜSc**



"Σε λίγες μέρες αρχίζουν οι εξετάσεις και έχω πολύ άγχος", λέει μαθήτρια της Γ' Λυκείου. "Όσο περνάει ο καιρός, νιώθω ότι το άγχος μου θα είναι τόσο μεγάλο που δεν θα καταφέρω τίποτα και σκέφτομαι ότι δεν θα πάω να γράψω. Οι γονείς μου με πιέζουν. Μου λένε ότι πρέπει να διαβάζω περισσότερο, ότι έχω ικανότητες και ότι μπορώ να κάνω πολλά περισσότερα από αυτά που καταφέρνω ως τώρα. Εγώ, όμως, αγχώνομαι περισσότερο και δεν μπορώ να το ελέγξω".

Καθώς πλησιάζει η εποχή των εξετάσεων και ιδιαίτερα των πανελλαδικών, τόσο οι γονείς αλλά πολύ περισσότερο οι μαθητές νιώθουν το άγχος να τους κατακλύζει. Το μεγαλύτερο μέρος της ανησυχίας των γονέων εστιάζεται στο άγχος που καταλαμβάνει τα παιδιά τους και στο πώς εκείνοι μπορούν να τα βοηθήσουν σε αυτή την κρίσιμη περίοδο.

Πριν απ' όλα πρέπει να ξεκαθαρίσουμε ότι το άγχος, μέχρι κάποιο βαθμό, είναι φυσιολογικό και δημιουργικό. Μας κινητοποιεί σε δύσκολες και προκλητικές φάσεις της ζωής μας, ωθώντας μας να καταβάλουμε το μέγιστο των προσπαθειών μας, προκειμένου να επιτύχουμε τον στόχο μας. Υπάρχει, όμως, και η άλλη όψη του νομίσματος. Σε αυτή την περίπτωση το άγχος μπορεί να φέρει καταστροφικά αποτελέσματα, εντελώς αντίθετα από τα επιδιωκόμενα, δημιουργώντας στο άτομο τόσο ψυχικά όσο και σωματικά προβλήματα. Συνεπώς, είναι σημαντικό να μπορούμε να αναγνωρίζουμε πότε το άγχος μας ξεπερνά τα επίπεδα στα οποία μπορεί να είναι εποικοδομητικό - βοηθητικό.

Οδηγίες για τον έλεγχο του άγχους

Διατροφή: Τρώτε υγιεινά, συχνά μικρά γεύματα, ώστε να ελέγχετε το επίπεδο σακχάρου στο αίμα. Όταν μεσολαβεί μεγάλο

χρονικό διάστημα μεταξύ των γευμάτων, προκαλείται αιχμή της ορμόνης ινσουλίνης (ορμόνη που ελέγχει το πόσο γρήγορα το σάκχαρο εισέρχεται στη κυκλοφορία του αίματος μετά το γεύμα). Οι μεγάλες διακυμάνσεις στη ποσότητα ινσουλίνης που παρατηρούνται όταν μεσολαβεί μεγάλο χρονικό διάστημα μεταξύ των γευμάτων, αυξάνουν το stress στη χημεία του σώματος, με αποτέλεσμα την πρόκληση βουλιμίας και διακυμάνσεις της διάθεσης. Προτείνεται η λήψη τριών γευμάτων τη μέρα, μεταξύ των οποίων να μεσολαβεί η λήψη 2-3 υγιεινών σνακ (δεκατιανού και απογευματινού).

Πνεύμα: Αφιερώστε λίγο χρόνο στον εαυτό σας. Κάνετε διαλείμματα όταν διαβάζετε και κατά τη διάρκεια τους ασχοληθείτε με δραστηριότητες που σας ευχαριστούν και σας αναζωογονούν, ώστε να πάρετε δυνάμεις και να συνεχίσετε ανανεωμένοι τη μελέτη. Φροντίστε να ξεκουράζεστε και να κοιμάστε καλά.

Σώμα: Ασκηθείτε με δραστηριότητες που σας χαλαρώνουν και σας ευχαριστούν όπως το περπάτημα, το ποδήλατο κ.α. Αποφύγετε, ωστόσο, το γυμναστήριο και την έντονη καθημερινή γυμναστική ενόψει εξετάσεων, καθώς κάτι τέτοιο δεν θα σας βοηθήσει και θα σας στερήσει πολύτιμη ενέργεια.

Κάντε ασκήσεις αναπνοής που βοηθούν στον έλεγχο του stress και τη χαλάρωση.

Συμβουλές για τους μαθητές

- Καταστρώστε ένα πρόγραμμα μελέτης, σωστά οργανωμένο, με μακροπρόθεσμο πλάνο ώστε να έχετε τον απαραίτητο χρόνο και να μη 'στριμώχνεστε' στο τέλος.

- Λίγο πριν τις εξετάσεις δώστε βαρύτητα στα σημεία των μαθημάτων που έχετε αδυναμίες όσο πιο δυσνόητα-δύσκολα σας φαίνονται

κάποια σημεία της ύλης, τόσο περισσότερες φορές πρέπει να τα επαναλάβετε μέχρι να τα κατανοήσετε.

- Είναι φυσιολογικό κάποιες μέρες να μην έχετε ιδιαίτερη όρεξη για διάβασμα, ή οι σκέψεις σας να 'τρέχουν' κάπου αλλού και να μη μπορείτε να συγκεντρωθείτε. Ακόμα και τότε, όμως, προσπαθήστε. Ξεκινήστε να διαβάζετε και η όρεξη θα έρθει.

- Κάντε διαλείμματα μακριά από οθόνες (τηλεόραση, ιντερνέτ, υπολογιστή κ.α.). Προτιμήστε να μιλήσετε στο τηλέφωνο με φίλους, αλλά και αυτό με μέτρο. Καλό θα ήταν να τους έχετε ενημερώσει για τις ώρες που θα μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί σας.

Πρακτικά ζητήματα την ώρα των εξετάσεων

«Εάν αρχίσω να τρέμω, να ιδρώνουν τα χέρια μου, να χτυπάει η καρδιά μου δυνατά... θα πάρω βαθιές ανάσες και δεν θα χάσω την ψυχραιμία μου».

«Εάν δεν μπορέσω να απαντήσω σε μία ερώτηση, θα προσπαθώ να συγκεντρωθώ περισσότερο στην επόμενη, χωρίς να σκέφτομαι την αποτυχία».

«Θα ξεκινήσω με ό,τι γνωρίζω καλά. Ακούω – διαβάζω προσεκτικά τις οδηγίες και δεν βιάζομαι να παραδώσω το γραπτό μου».

«Θα μείνω ως το τέλος της γραπτής εξέτασης συγκεντρωμένος και δεν θα τα εγκαταλείψω. Θα παλέψω μέχρι το τέλος».

Σημασία έχει να κάνετε ό,τι καλύτερο μπορείτε κυρίως για τον εαυτό σας, και όλα θα πάνε καλά!

Καλή επιτυχία!

Άλλες πηγές:

www.campuscy.com/easyconsole.cfm/id/1200

www.ssneond.sch.gr/Keimena%20dimosieu-mena/fovosexams.htm



ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ

(Manual Neurotherapy - MNT)

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Η Νευροθεραπεία δια χειρισμών είναι μία προχωρημένη θεραπευτική μέθοδος χειρισμών για λειτουργικές διαταραχές στο μυοσκελετικό σύστημα και στο σύστημα των σπλάχνων.

Η θεραπευτική αγωγή εστιάζει στις μεταβολές στο περιφερικό νευρικό σύστημα (ΠΝΣ), στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ) και στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ) ως αιτία ή ως συνέπεια κάποιας βλάβης ιστών / περιβάλλοντος ή κάποιας δυσνητικής βλάβης ιστών / περιβάλλοντος στο σώμα.

Βλάβη ιστών ή δυσνητική βλάβη ιστών σημαίνει: κυτταρική βλάβη ή σχεδόν (δυσνητική) κυτταρική βλάβη σε διάφορους ιστούς του σώματος όπως μύες, οστά, τένοντες, νεύρα, αιμοφόρα αγγεία κλπ.

Βλάβη περιβάλλοντος σημαίνει ερεθίσματα από το εξωτερικό του σώματος που απειλούν τις φυσιολογικές ανθρώπινες λειτουργίες. Αυτά τα ερεθίσματα μπορεί να είναι: θόρυβος, φως, οσμή, μεταβολές του καιρού, τοξίνες στον αέρα, απειλητικές κοινωνικές επαφές κλπ...Τα ερεθίσματα αυτά μπορεί ακόμη και να προκαλέσουν βλάβη στους ιστούς.

Η MNT είναι μία προχωρημένη θεραπευτική μέθοδος όπου ειδικές νευροαντακλαστικές τεχνικές επί του σώματος συνδυάζονται με νευρορεφλεξολογία.

Είναι μία «δια χειρισμών» θεραπευτική μέθοδος λόγω της εφαρμογής τεχνικών χειρισμών στο μυοσκελετικό σύστημα και στο σύστημα των σπλάχνων (οργάνων).

Είναι μία «νευρο-» θεραπευτική μέθοδος λόγω της εφαρμογής τεχνικών «αντανακλαστικών»



στο ΠΝΣ, στο ΚΝΣ και στο ΑΝΣ.

Αυτές οι τεχνικές αναπτύσσονται σε 3 επίπεδα και συνδυάζονται πάντα με νεύρο αντανακλαστικά σημεία στο σκελετό του ποδιού (NR) :

1. τεχνικές νευροαντακλαστικής τριβής των μαλακών μορίων (NSFT),
2. τεχνικές συντονισμού της σπονδυλικής στήλης (ST),
3. κινητοποίηση των σπλάχνων (οργάνων) (VM),
4. νευροαντακλαστικά σημεία στο σκελετό του ποδιού (NR).

Τι είναι τα νευροαντακλαστικά σημεία στο σκελετό του ποδιού;

Τα νευροαντακλαστικά σημεία (NR) εφαρμόζονται ασκώντας σταθερή πίεση στα διάφορα οστά του σκελετού του ποδιού, χρησιμοποιώντας την δομή των οστών της πρώτης φάλαγγας του αντίχειρα ή της φάλαγγας του δείκτη. Εάν το νεύρο ή οι ιστοί στόχος δυσλειτουργούν, τα σημεία θα αντιδράσουν εκλύοντας άλγος. Η πίεση διατηρείται μέχρι να φύγει το άλγος (όχι πάντως περισσότερο από 15 δευτερόλεπτα). Έως τότε μπορεί να παρατηρηθεί κάποιο θεραπευτικό αποτέλεσμα στους ιστούς στόχο ή στο νεύρο ή στη νευρική δομή.

Κάποια σημεία ενδεχομένως να αντιδράσουν εκλύοντας αυξανόμενο άλγος ή παρατεταμένο άλγος. Σε αυτή την περίπτωση δεν θα υπάρξει θεραπευτική μεταβολή στους ιστούς στόχο.

Τι είναι οι τεχνικές νευροαντακλαστικής τριβής των μαλακών μορίων (NSFT) ;

Πρόκειται για μία τεχνική μαλάξεων που εφαρμόζεται στα μαλακά μόρια της πλάτης, των ποδιών, των χεριών, κατά μήκος των τενόντων και κατά μήκος των περιφερικών νεύρων. Η κατεύθυνση των τριβών είναι πάντα από το κέντρο προς την περιφέρεια, ακολουθώντας τα τοπικά περιφερικά νεύρα.

Τα περιφερικά νεύρα όπως και η παροχή αίματος και λέμφου βρίσκουν το δρόμο τους προς τους ιστούς στόχο μέσα στον συνδετικό ιστό μεταξύ των μυών και των οστών καθώς και των μυών μεταξύ τους.

Εκτός από τις μακρο-NSFT επί των μακρών οδών των περιφερικών νεύρων υπάρχει επίσης και η εφαρμογή των μικρο-NSFT επί



των τοπικών νευρικών απολήξεων.

Σκοπός των NSFT είναι να προκληθεί μία ταχεία νευροαντακλαστική αντίδραση στα περιφερικά νεύρα ώστε να αποκατασταθεί:

- ο μυϊκός τόνος,

- η παροχή αίματος,

- η λεμφική ροή,

- η ροή του αζονοπλάσματος,

- το άλγος.

Οι NSFT εφαρμόζονται για σύντομα χρονικά διαστήματα (5 έως 7 λεπτά). Εάν οι ιστοί στόχος δεν αντιδράσουν σε αυτές τις ώσεις με μείωση του μυϊκού τόνου ή με ελάττωση του άλγους, ο θεραπευτής της MNT θα παρέμβει σε αυτές τις ζώνες εφαρμόζοντας τα νευροαντακλαστικά σημεία στο σκελετό του ποδιού.

Τι είναι ο συντονισμός της σπονδυλικής στήλης;

Στην MNT πρωταρχικός σκοπός είναι η αποκατάσταση της λειτουργικής κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης. Η σπονδυλική στήλη περιβάλλει τον νωτιαίο μυελό, το πρώτο επίπεδο όπου αποκωδικοποιούνται και ρυθμίζονται τα επώδυνα ή τα πιθανώς επώδυνα ερεθίσματα. Η σπονδυλική στήλη και οι μύες που περιβάλλουν μία ή περισσότερες μοίρες αυτής είναι τα πρώτα που θα αντιδράσουν σε ώσεις από τον νωτιαίο μυελό με μεταβολές του μυϊκού τόνου. Επίσης τα περιφερικά νεύρα όλου σχεδόν του σώματος εκφύονται από τον νωτιαίο μυελό κι εξέρχονται από τα μεσοσπονδύλια τμήματα. Επιπλέον η σπονδυλική στήλη είναι η κύρια δομή που εξασφαλίζει καλή στατική και δυναμική κινητική συμπεριφορά.



Η αποκατάσταση της κινητικότητας και της σταθερότητας της σπονδυλικής στήλης επιδρά:

- σε ολόκληρες τις οδούς του κινητικού ελέγχου,

- στη λειτουργία των περιφερικών νεύρων,

- στη ρύθμιση των νευρικών ώσεων στον νωτιαίο μυελό.

Στην MNT τεχνικές κινητοποίησης και χειρισμών διαφορετικών μοιρών ή περισσότερων μοιρών μαζί εφαρμόζονται στην σπονδυλική στήλη με τη μορφή περιστροφών, επιμηκύνσεων, διαχωρισμών, υψηλής ταχύτητας ώσεων και τα λοιπά...

Όλες αυτές οι τεχνικές συγκαταλέγονται στον όρο Συντονισμός της Σπονδυλικής Στήλης.

Με όλες τις ανωτέρω τεχνικές επιδιώκεται να δοθούν ρυθμιστικές ώσεις σε διάφορα επίπεδα

του νωτιαίου μυελού προκειμένου να μειωθούν τα οχληρά ερεθίσματα στο νωτιαίο κέρα. Επιστημονική βάση του ST αποτελεί η θεωρία της πύλης ελέγχου των Melzack και Wall. Παρατηρώντας προσεκτικά ώστε στις τεχνικές να διεγερθούν μόνο ταχέως μυελινομένες νευρικές απολήξεις, ο θεραπευτής της MNT θέλει να ελαττώσει τα επώδυνα ερεθίσματα που εισέρχονται στον νωτιαίο μυελό. Ο συντονισμός της σπονδυλικής στήλης εφαρμόζεται πάντα χωρίς άλγος και μόνο εάν ο ασθενής αισθάνεται συγκινησιακά άνετα να δεχθεί αυτές τις τεχνικές.

Τι είναι η κινητοποίηση των σπλάχνων;

Οι τεχνικές VM εφαρμόζονται στην περιοχή της ζώνης του στομάχου. Τα σπλαχνικά όργανα συνδέονται με το μυοσκελετικό σύστημα μέσω της περιτονίας. Τα όργανα αντιδρούν έντονα στις ώσεις του ΑΝΣ σε περιπτώσεις παθοφυσιολογικών αντιδράσεων του νευρικού συστήματος σε άλγος. Ειδικά το συμπαθητικό νευρικό σύστημα έχει διάφορες κοινές θέσεις όπου σπλαχνικά και μυοσκελετικά νευρικά ερεθίσματα ενοποιούνται όπως συμβαίνει στο πλάγιο κέρα του νωτιαίου μυελού από τον Α8 έως τον Ο2 και στα παρασπονδυλικά γάγγλια. Τα όργανα μπορεί να αντιδράσουν σε ερεθίσματα άλγους με ελάττωση της κινητικότητας και της λειτουργίας. Η εφαρμογή τεχνικών κινητοποίησης στην περιοχή του στομάχου και στο διάφραγμα βοηθάει:

- στην αύξηση της κινητικότητας,

- στη βελτίωση των κινήσεων ολίσθησης στη συνδετική περιτονία,

- στην αύξηση της ροής του αίματος και της λέμφου

- στη διέγερση της δραστηριότητας του πνευμονογαστρικού νεύρου και ως εκ τούτου του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος.

Η συγκεκριμένη κλινική αιτιολόγηση του άλγους και το μοντέλο αντιμετώπισης με MNT.

Όλες οι διαφορετικές τεχνικές εστιάζουν στο να παρέμβουν στα διάφορα τμήματα του νευρικού συστήματος που εμπλέκονται στο άλγος των ασθενών. Αυτά τα τμήματα μπορούν να χωριστούν σε τέσσερις βαθμίδες: μεταβολές στο ΠΝΣ, μεταβολές στο ΚΝΣ, μεταβολές στο ΑΝΣ και ψυχοσυναισθηματικές μεταβολές. Σε όλα αυτά τα στάδια ο θεραπευτής της MNT μπορεί να παρέμβει χρησιμοποιώντας τα Νευροαντακλαστικά Σημεία.

Ο θεραπευτής της MNT θα συνδυάσει τα NR με τις ειδικές τεχνικές της MNT. Για το ΠΝΣ ο θεραπευτής / η θεραπεύτρια μπορεί να προσθέσει Τεχνικές Νευροαντακλαστικής Τριβής των Μαλακών Μορίων και Συντονισμό της Σπονδυλικής Στήλης μαζί με τα NR.

Για το ΑΝΣ μπορεί επίσης να προσθέσει NSFT επηρεάζοντας τις ορθοσυμπαθητικές νευρικές απολήξεις στα περιφερικά νεύρα ή τεχνικές ST στην θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης για το συμπαθητικό νευρικό σύστημα είτε στην άνω αυχενική περιοχή και στην περιοχή του κρανίου για το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα.

Εφαρμόζοντας επιπλέον κινητοποίηση των σπλάχνων μπορεί να επηρεάσει μεταβολές στο ΑΝΣ. Σε όλες αυτές τις παρεμβάσεις τα NR παίζουν τον σπουδαιότερο ρόλο.

ΜΟΝΤΕΛΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ

Α. Λήψη ιστορικού.

Όπως σε κάθε άλλη φυσιοθεραπευτική συνεδρία, η συνεδρία της MNT θα αρχίσει με τη λήψη του ιστορικού. Σε αυτό το μέρος δίνεται μεγάλη προσοχή στα εξής:

- στον εντοπισμό του άλγους

- εάν το άλγος προβάλλεται κι εξαπλώνεται παραπέρα

- εάν το άλγος εντοπίζεται σε ένα ή περισσότερα δερμοτόμια

- εάν υπάρχει άλγος τη νύχτα

- εάν υπάρχει άλγος σε κίνηση ή σε ανάπαυση

Ενδείξεις για ευαισθητοποίηση από το άλγος θα αποτελούν:

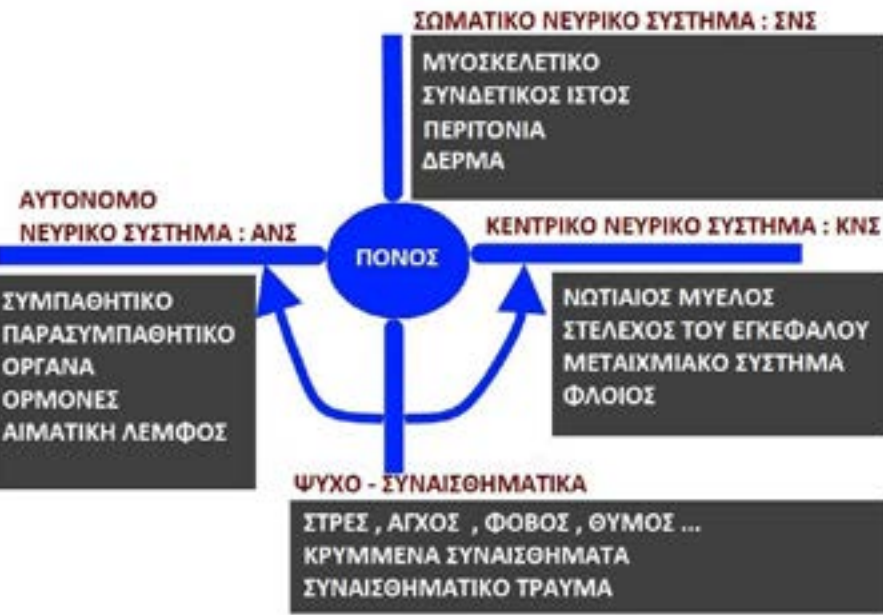
- άλγος τη νύχτα

- άλγος σε ανάπαυση

- εξάπλωση του άλγους

Β. Αξιολόγηση της κίνησης.

Κατά δεύτερον, ασφαλώς, ο θεραπευτής θα



αξιολογήσει την κίνηση των αρθρώσεων, των τενόντων και των μυών που εμπλέκονται στο άλγος.

Γ. Νευρολογική αξιολόγηση.

Ωστόσο το πιο σημαντικό εργαλείο είναι η κλινική νευρολογική αξιολόγηση. Για τα περιφερικά νεύρα και τον νωτιαίο μυελό, η αξιολόγηση πραγματοποιείται μετρώντας την αλλοδυνία και την υπεραλγησία με κινήσεις δίκην βουρτσίσματος και τσιμπημάτων.

Η εξέταση αρχίζει στη θέση του άλγους · έπειτα διατρέχει τα δερμοτόμια που συνδέονται με αυτή την θέση. Η εξέταση θα συνεχιστεί επάνω σε δερμοτόμια που βρίσκονται σε υψηλότερες ή χαμηλότερες θέσεις από εκείνη του άλγους. Τέλος θα εξετασθούν οι μοίρες της σπονδυλικής στήλης. Τα ευρήματα των κινήσεων δίκην βουρτσίσματος και τσιμπημάτων συγκρίνονται πάντα με εκείνα σε κάποια ουδέτερη ζώνη, κυρίως στην αντίπλευρη θέση.

Με τις κινήσεις δίκην βουρτσίσματος και τσιμπημάτων, ο θεραπευτής της MNT δύναται να:

- προσδιορίζει τα περιφερικά νεύρα που εμπλέκονται στο άλγος

- προσδιορίζει τις μοίρες του νωτιαίου μυελού που εμπλέκονται στο άλγος

- προσδιορίζει εάν το άλγος οφείλεται σε τοπική περιφερική διέγερση (πρωτογενής υπεραλγησία) ή

- οφείλεται σε κεντρική ευαισθητοποίηση του νωτιαίου μυελού.

Βιβλιογραφία

1. Luger, N.M., Honore, P., Sabino, M.A., Schwei, M.J., Rogers, S.D., Mach, D.B., Clohisy, D.R. & Mantyh, P.W. (2001) Osteoprotegerin diminishes advanced bone cancer pain. Cancer Res, 61, 4038-47.

2. Poole Helen, Glenn Sheila & Murphy Peter (2007) A randomised controlled study of reflexology for the management of chronic low back pain. European Journal of Pain, 11, 878-887.

3. Pujol, L.A. & Monti, D.A. (2007) Managing cancer pain with nonpharmacologic and complementary therapies. J Am Osteopath Assoc, 107, ES15-21.

4. Quinn, F., Hughes, C.M. & Baxter, G.D. (2008) Reflexology in the management of low back pain: a pilot randomised controlled trial. Complement Ther Med, 16, 3-8.

5. Robb, K., Oxberry, S.G., Bennett, M.I., Johnson, M.I., Simpson, K.H. & Searle, R.D. (2008) A Cochrane Systematic Review of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Cancer Pain. J Pain Symptom Manage.

6. Samuel C.A. & Ebenezer I.S. (2007) The effects of reflexology on pain threshold and tolerance in an ice-pain experiment in healthy human subjects'. Forschende Komplementarmedizin , 14, 15.

7. Schwei, M.J., Honore, P., Rogers, S.D., Salak-Johnson, J.L. , Finke, M.P., Ramnaraine, M.L., Clohisy, D.R. & Mantyh, P.W. (1999) Neurochemical and cellular reorganization of the spinal cord in a murine model of bone cancer pain. J Neurosci, 19, 10886-97.

8. Sorkin, L.S., Xiao, W.H., Wagner, R. & Myers, R.R. (1997) Tumour necrosis factor-alpha induces ectopic activity in nociceptive primary afferent fibres. Neuroscience, 81, 255-62.

9. Strang, P. (1998) Cancer pain--a provoker of emotional, social and existential distress. Acta Oncol, 37, 641-4.

10. Thielking, P.D. (2003) Cancer pain and anxiety. Curr Pain Headache Rep, 7, 249-61.

11. Wilkinson, S., Barnes, K. & Storey, L. (2008) Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. J Adv Nurs, 63, 430-9.

12. Woolf, C.J., Allchorne, A., Safieh-Garabedian, B. & Poole, S. (1997) Cytokines, nerve growth factor and inflammatory hyperalgesia: the contribution of tumour necrosis factor alpha. Br J Pharmacol, 121, 417-24.

Για το συμπαθητικό σύστημα, η εξέταση του δέρματος επάνω και γύρω από την σπονδυλική στήλη είναι το πιο σύνηθες εργαλείο, ιδιαίτερα η δοκιμασία πτύκωσης του δέρματος. Μη φυσιολογικές αντιδράσεις των δερματικών ζωνών όπως ερυθρότητα, οίδημα και εφίδρωση υποδεικνύουν υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος. Αυτές οι ζώνες του Head μπορούν να μεταφραστούν σε τμηματικά συνδεόμενες δομές και όργανα.

Συμπληρώνοντας τα τέσσερα βέλη του διαγράμματος άλγους ο θεραπευτής της MNT μπορεί να διακρίνει κάποιο παθοφυσιολογικό μηχανισμό στο άλγος των ασθενών και τις πιο σημαντικές προκλήσεις. Αυτοί οι μηχανισμοί θα τον οδηγήσουν σε ένα καλά τεκμηριωμένο σχέδιο θεραπευτικής αγωγής.

- σε περιπτώσεις εξαιρετικά ευαισθητοποιημένων μοιρών του νωτιαίου μυελού είναι καλύτερα να αρχίζει αμέσως από την σπονδυλική στήλη

- σε περιπτώσεις έντονης δραστηριότητας του συμπαθητικού συστήματος είναι καλύτερα να αρχίζει από εκεί.

Δ. Θεραπευτική αγωγή.

Γενικά η θεραπευτική αγωγή αρχίζει με τεχνικές NSFT. Ο μυϊκός τόνος πρέπει να βελτιωθεί σε μερικά λεπτά αλλιώς τα NR των περιφερικών νεύρων θα υποβοηθήσουν. Κινητοποίηση των αρθρώσεων με μικρή φόρτιση και σε μικρό εύρος ενδοχομένων να βοηθήσει στην παροχέτευση των φλεγμονωδών χημικών ουσιών.

Σε όλα τα στάδια, κινητοποιήσεις, τεχνικές NSFT και NR μπορούν να παρεμβληθούν στις διαφορετικές βαθμίδες των υπερφορτισμένων νεύρων και του νευρικού συστήματος.

Αυτές οι παρεμβάσεις έχουν μόνο ένα στόχο: να προσπαθήσουν να αποκαταστήσουν την ισορροπία στο νευρικό σύστημα και στο σώμα καθώς και να ελαττώσουν το άλγος.

Μη φαρμακολογικές και μη επεμβατικές τεχνικές συχνά βοηθούν τους ασθενείς με άλγος καρκίνου. Μαλάξεις, χαλάρωση, TENS, μικρής φόρτισης κίνηση και άσκηση μπορεί να έχουν καλή επίδραση στο άλγος και στο ψυχοσυναισθηματικό stress (Pujol & Monti 2007), (Robb, Oxberry, et al. 2008), (Wilkinson, Barnes, et al. 2008).

Η MNT είναι μάλλον ένας νέος τρόπος διαχείρισης του άλγους. Αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει ότι μπορεί να αποτελέι ένα ωφέλιμο εργαλείο σε καταστάσεις άλγους του κινητικού συστήματος (Poole Helen, Glenn Sheila, et al. 2007), (Quinn, Hughes, et al. 2008), (Samuel C.A. & Ebenezer I.S. 2007), (Pujol & Monti 2007), (Robb, Oxberry, et al. 2008), (Wilkinson, Barnes, et al. 2008).

Απαιτούνται περαιτέρω δοκιμές και μελέτες για να εξακριβωθεί εάν η MNT είναι εξίσου καλή και στην θεραπευτική αγωγή του άλγους καρκίνου. Όμως το γεγονός ότι η MNT παρεμβαίνει στις μεταβολές του νευρικού συστήματος που προκαλούνται από τον καρκίνο, αποτελεί ήδη μία καλή ένδειξη για να την δοκιμάσουμε.

NICO PAULI

Ο Νίκο Πάουλι είναι φυσιοθεραπευτής με εμπειρία 35 ετών σε ιδιωτικό ιατρείο στο Βέλγιο. Μόλις ολοκλήρωσε τη βασική εκπαίδευση στη φυσιοθεραπεία, παρακολούθησε αρκετά εξειδικευμένα εκπαιδευτικά προγράμματα όπως της Θεραπείας με ήπιους χειρισμούς (Manual Therapy - από τον Kaltenborn, Νορβηγία), της Νευροδυναμικής Θεραπείας (Neurodynamic Therapy - από τον Butler, Ολλανδία), του Κινητικού Ελέγχου (Motor Control - από τον Commerford, Ηνωμένο Βασίλειο), και της Κρανιοϊερής Θεραπείας (AOC – Βέλγιο). Ιδιαίτερα όμως του κέντρισε το ενδιαφέρον η εκπαίδευση στη Νευροθεραπεία δια χειρισμών (Manual Neurotherapy – Froneberg, Γερμανία).

Ήδη από την αρχή της βασικής εκπαίδευσης επικεντρώθηκε στο νευρικό σύστημα. Η Νευροθεραπεία δια χειρισμών του έδωσε την ευκαιρία να εργαστεί και να χειριστεί ολοκληρωτικά το νευρικό σύστημα. Αργότερα έγινε μέλος του International Association of Pain (IASP). Μετά από πολλά έτη εντατικής μελέτης του πόνου, ανέπτυξε ένα νέο κλινικό μοντέλο θεραπείας των ασθενών με φυσιοθεραπεία και ιδιαίτερα με Νευροθεραπεία μέσω χειρισμών. Το μοντέλο αυτό, το μοντέλο κλινικής αιτιολόγησης και αντιμετώπισης του άλγους, απετέλεσε την επιστημονική βάση της ενασχόλησής του με τη Νευροθεραπεία δια χειρισμών.

Ο Νίκο Πάουλι είναι ένας ιδιαίτερα γνωστός εκπαιδευτής Νευροεμφεξολογίας, Νευροθεραπείας δια χειρισμών και φυσιολογίας του πόνου. Παραθέτει εκπαιδευτικά σεμινάρια και ομιλίες σε διάφορες χώρες εντός και εκτός Ευρώπης.

ΠΕΡΙΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:
www.mnt-nr.com

ΑΣΚΗΣΗ

“Η ΑΣΚΗΣΗ ΕΙΝΑΙ ΥΓΕΙΑ!”

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**



Συνθισμένη συμβουλή που σπάνια τηρείται. Συνήθως αναβάλλουμε την έναρξη της άσκησης για αργότερα ή αν αποφασίσουμε να ασκηθούμε δεν γνωρίζουμε ποια είναι η καλύτερη μορφή άσκησης, με ποια ένταση, συχνότητα και για πόσο χρονικό διάστημα, ώστε να επιτύχουμε ένα ικανοποιητικό αποτέλεσμα φυσικής κατάστασης, που θα βελτιώσει τη σωματική και ψυχική υγεία μας.

Εδώ είναι τρεις προτάσεις για να μας κινητοποιήσουν πριν να είναι αργά:

- **Η δύναμη του ρυθμού:** Ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα άσκησης δεν απαιτεί από εμάς να κάνουμε καθημερινό πρωταθλητισμό, ειδικά αν δεν έχουμε ασκηθεί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στην πραγματικότητα, η άσκηση σε πολύ έντονο ρυθμό ή για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό (μυϊκή θλάση, διάστρεμμα, σύνδρομο υπέρχρησης κ.α.), γεγονός που θα περιορίσει τις αθλητικές δραστηριότητες για κάποιο χρονικό διάστημα. Ξεκινάμε με ήπιες δραστηριότητες, όπως είναι η καθημερινή βάδιση (τουλάχιστον για 30’), κολύμπι, διατάσεις, ήπιες ασκήσεις με αντίσταση χρησιμοποιώντας λάστιχα ή βάρη.

- **Ποικιλία και ευχαρίστηση:** Αυξάνοντας προοδευτικά την ένταση, τη διάρκεια και την πολυπλοκότητα στην άσκηση, θα ανακαλύψουμε ορισμένες δραστηριότητες που μας αρέσουν περισσότερο από άλλες. Για παράδειγμα το ποδήλατο σε σχέση με το κολύμπι. Καλό είναι φυσικά να έχουμε μια ρουτίνα στην άσκηση μας, αλλά θα πρέπει να υπάρχει ποικιλία στις δραστηριότητες εντάσσοντας εκείνες που μας ευχαριστούν σε κυρίαρχη θέση.

- **Υπομονή όσο αφορά το αποτέλεσμα:** Αν ψάχνουμε για άμεσα αποτελέσματα θα απογοητευτούμε. Υπομονή, ας δώσουμε στο σώμα μας τον χρόνο που χρειάζεται μέσα από ένα προοδευτικά αυξανόμενο πρόγραμμα να βελτιώσει τη φυσική του κατάσταση.

Πριν ξεκινήσουμε πρέπει να λάβουμε υπόψη πως ο φυσικοθεραπευτής είναι εκείνος που θα μας καθορίσει τις “κόκκινες σημαίες”, δηλαδή τι θα πρέπει να αποφεύγουμε κατά τη διάρκεια της άσκησης. Επίσης θα μας βοηθήσει στην επιλογή των κατάλληλων ατομικά για τον καθένα από εμάς δραστηριοτήτων, ώστε να επιτύχουμε την καλύτερη δυνατή φυσική κατάσταση.



ΔΥΣΤΟΝΙΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT,CST,MNT**

Στη δυστονία έχουμε ακούσια σύσπαση μυών προκαλώντας ανεξέλεγκτες επαναλαμβανόμενες ή στροφικές κινήσεις του προσβεβλημένου τμήματος του σώματος. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι ήπια ή σοβαρά, επηρεάζοντας την καθημερινότητα του ασθενή.



Αιτιολογία

Δεν γνωρίζουμε ακριβώς την αιτία που προκαλεί την δυστονία, αλλά κάποιους επιβαρυντικούς παράγοντες:

- Η δυστονία μπορεί να συνδέεται με δυσλειτουργία στην επικοινωνία νευρικών κυττάρων που βρίσκονται στα βασικά γάγγλια του εγκεφάλου, μια περιοχή του εγκεφάλου που εμπλέκεται στην πρόκληση μυϊκής σύσπασης.

- Η δυστονία μερικές φορές μπορεί να είναι αποτέλεσμα κληρονομικής προδιάθεσης. Οι ερευνητές έχουν ανακαλύψει γενετικές μεταβολές που συνδέονται με ορισμένες μορφές δυστονίας.

- Μερικές φορές η δυστονία μπορεί να είναι σύμπτωμα μιας άλλης διαταραχής ή κατάσταση όπως:

- Νόσος του Πάρκινσον

- Νόσος του Huntington

- Νόσος του Wilson

- Τραυματισμός στο κεφάλι

- Τραυματισμός κατά τη γέννα

- Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο

- Όγκος στον εγκέφαλο

- Παρανεοπλασματικά σύνδρομα

- Στέρψη οξυγόνου

- Λοιμώξεις όπως φυματίωση ή εγκεφαλίτιδα

- Παρενέργειες φαρμάκων

- Βαρέα μέταλλα ή δηλητηρίαση μονοξειδίου του άνθρακα

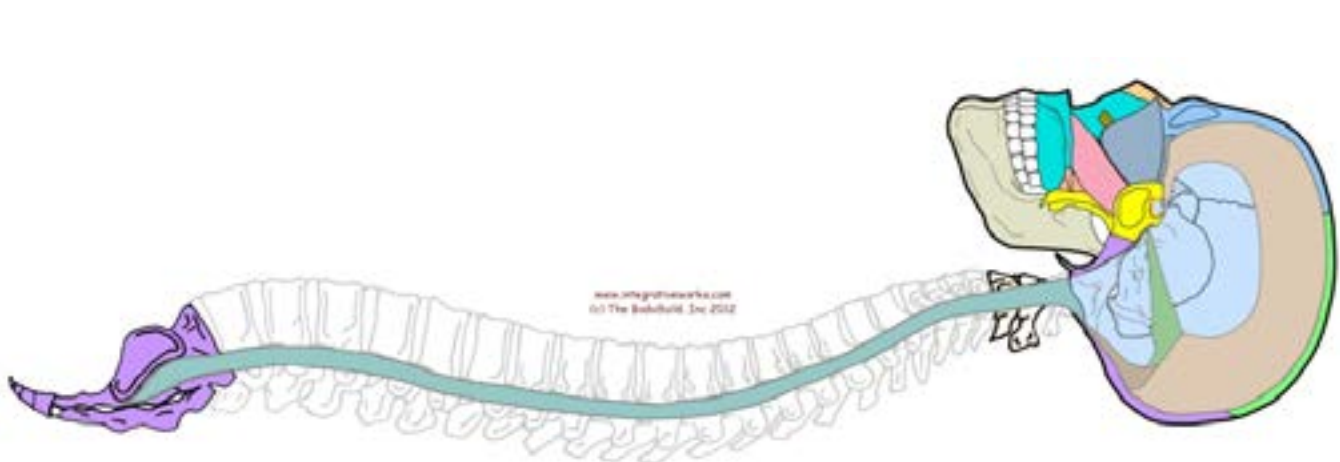
Ανάλογα με τον τύπο της δυστονίας ενδέχεται να παρουσιαστούν επιπλοκές, όπως:

- Μόνιμες φυσικές παραμορφώσεις

- Σωματική ανικανότητα που επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες

- Λειτουργική τύφλωση από βλεφαρόσπασμο

- Αλλαγή στη θέση του κεφαλιού



- Δυσκολία στη κίνηση της γνάθου, τη κατάποση ή την ομιλία

- Πόνος και κακουχία λόγω της συνεχούς σύσπασης των μυών

Φυσικά όλα τα προηγούμενα μπορεί να οδηγήσουν σε αίσθημα απογοήτευσης, κατάθλιψη ή άγχος.

Πότε χρειάζεται να αναζητήσετε βοήθεια

Τα πρώιμα συμπτώματα της δυστονίας είναι ήπια, διαλείποντα και συνδέονται με συγκεκριμένες δραστηριότητες. Τις περισσότερες φορές δεν δίνεται η απαραίτητη προσοχή.

Τι μπορείτε να κάνετε

Καταγράψτε οποιαδήποτε συμπτώματα αντιλαμβάνεστε ακόμη και εκείνα που θεωρείται άσχετα.

Καταγράψτε βασικές προσωπικές πληροφορίες, όπως έντονο άγχος ή πρόσφατες ασθένειες.

Κάντε λίστα με όλα τα φάρμακα, βιταμίνες ή συμπληρώματα διατροφής που παίρνετε καθώς και τη δοσολογία για καθένα από αυτά.

Επισκεφθείτε ειδικευμένο Νευρολόγο ιατρό, ο οποίος μέσα από διάφορες δοκιμασίες θα καταλήξει στη διάγνωση της δυστονίας.

Η δυστονία δεν μπορεί να θεραπευτεί, αλλά υπάρχουν θεραπείες που μπορούν να προσφέρουν σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων.

Κρανιοϊερή Θεραπεία για τη Δυστονία

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι μία ήπια θεραπεία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για την θεραπευτική αντιμετώπιση δυσλειτουργίας του κεντρικού νευρικού συστήματος (εγκέφαλος - νωτιαίος μυελός) σε όλες τις ηλικίες. Είναι εξαιρετικά ήπια, μη επεμβατική και δεν προκαλεί δυσφορία ή ενόχληση στον ασθενή ούτε ενέχει κινδύνους ή αντίθετες παρενέργειες. Στη περίπτωση που η δυστονία είναι το αποτέλεσμα δυσλειτουργίας στα βασικά γάγγλια του εγκεφάλου, έχοντας αποκλειστεί το ενδεχόμενο να είναι σύμπτωμα κάποιας από τις ασθένειες που αναφέρθηκαν προηγουμένως, τότε η Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορεί να βοηθήσει σημαντικά τον ασθενή στη

βελτίωση των συμπτωμάτων.

Μέσω ποιου μηχανισμού δρα η Κρανιοϊερή Θεραπεία

Ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός, οι δυο βασικές συνιστώσες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, είναι ευαίσθητοποιημένοι στις μεταβολές της πίεσης. Αυξημένες πιέσεις σημαίνει χημικές αλλαγές που μπορεί να οδηγήσουν σε αισθητικές, κινητικές, ή νευρολογικές διαταραχές. Για να λειτουργήσουν αποτελεσματικά απαιτούν ένα απόλυτα ισορροπημένο περιβάλλον.

Περιβάλλον που σχηματίζεται από τα οστά του κρανίου, του προσώπου, της σπονδυλικής στήλης, τα οστά της λεκάνης, το ιερό οστόν, το σύστημα των μεμβρανών που καλύπτει εσωτερικά τα οστά, το εγκεφαλονωτιαίο υγρό και ότι έχει σχέση με αυτά. Το περιβάλλον αυτό το ονομάζουμε κρανιοϊερο σύστημα και η λειτουργικότητά του αξιολογείται μέσω του κρανιοϊερού ρυθμού, που δεν είναι τίποτα άλλο από τον ρυθμό παραγωγής και απορρόφησης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού. Οι μεταβολές στα ποιοτικά στοιχεία αυτού του ρυθμού,

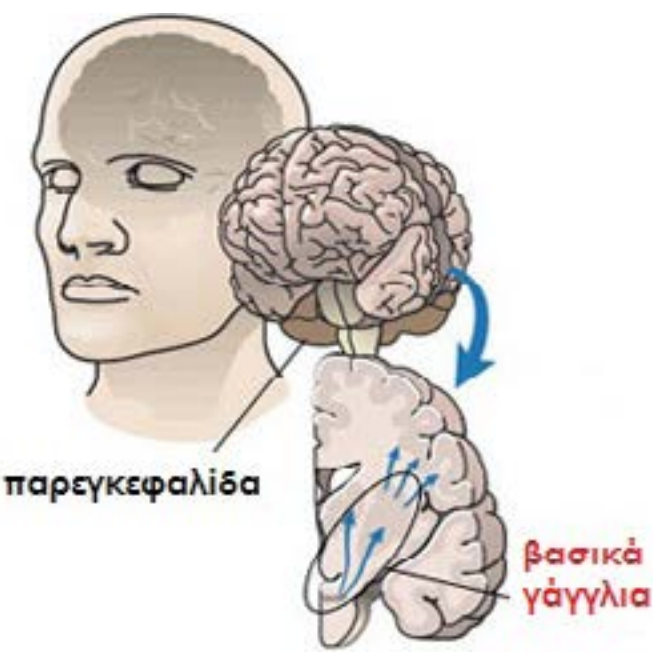
που μπορούν να αξιολογηθούν από έναν εκπαιδευμένο θεραπευτή, αποτελούν σαφή ένδειξη δυσλειτουργίας του συστήματος. Ο εκπαιδευμένος θεραπευτής, αφού αξιολογήσει τη λειτουργικότητα του συστήματος, με ήπιους χειρισμούς αποκαθιστά την ισορροπία, αποκαθιστώντας την χημεία του εγκεφάλου, διευκολύνοντας τη διαδικασία της αυτο-διόρθωσης, που θα οδηγήσει στην βελτίωση και έλεγχο των συμπτωμάτων του ασθενή.

Άλλες θεραπείες

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία μπορεί να συνδυαστεί με ήπιες τεχνικές Manual Therapy, με στόχο να βελτιωθεί το εύρος κίνησης των προσβεβλημένων αρθρώσεων, η μυϊκή δύναμη, η ευελιξία και ο καλύτερος έλεγχος των κινήσεων. Προς αυτή τη κατεύθυνση μπορούν να συνεισφέρουν και άλλες τεχνικές όπως είναι η γιόγκα, ο διαλογισμός, pilates κ.α.

ΠΗΓΕΣ:

Mayo Clinic
www.craniosacral.gr



ΥΙΟΘΕΣΙΑ, ΠΟΤΕ ΚΑΙ ΠΩΣ ΝΑ ΤΟ ΠΩ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ;

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**



Πότε και πώς να πω στο παιδί μου ότι είναι υιοθετημένο;

Τα ερωτήματα και οι απορίες που εκφράζουν τα παιδιά, συχνά φέρνουν σε δύσκολη, αμήχανη, ή και δυσάρεστη θέση τους γονείς. Η αμηχανία των γονιών γίνεται ακόμη μεγαλύτερη όταν θα πρέπει να μιλήσουν με τα παιδιά τους για πιο «προχωρημένα» ζητήματα, ή –ακόμη περισσότερο– όταν θα πρέπει να μιλήσουν, να αποκαλύψουν και να επικοινωνήσουν οικογενειακά μυστικά που αφορούν στην πραγματική ταυτότητα του παιδιού!

Είναι σαφώς δύσκολο για τους θετούς γονείς να βρουν τον καταλληλότερο χρόνο και τρόπο για να μιλήσουν στο παιδί τους για τις ρίζες του. Πολύ πιθανόν να τους διακατέχει φόβος για την αντίδρασή του, αλλά και τις συνέπειες μιας τέτοιας αποκάλυψης στον ψυχισμό του. Ίσως σκέφτονται ότι δεν θα πρέπει να του αποκαλύψουν ποτέ την αλήθεια, ή ίσως να πιστεύουν ότι δεν υπάρχει και λόγος να αναστατώσουν το παιδί με μια τέτοια αποκάλυψη. Από την άλλη, καθώς το παιδί μεγαλώνει, μέσα τους έχουν πάντα το φόβο ότι η αλήθεια θα έρθει στο προσκήνιο από κάποιο τρίτο πρόσωπο κι αυτό θα αποτελέσει τεράστιο σοκ στο παιδί, αλλά και ρήγμα στη σχέση του μαζί τους.

Κάθε γονιός πριν αποφασίσει να αποκαλύψει

στο παιδί του την αλήθεια για την γέννησή του θα πρέπει να έχει υπόψη του τα ερωτήματα που θα γεννηθούν στο παιδί. Σκέψεις όπως «ποιοι με γέννησαν», «γιατί δεν με μεγάλωσαν οι βιολογικοί μου γονείς», «ποιος με πήγε στο ορφανοτροφείο», «εσείς πού με βρήκατε», «ποιος διάλεξε να μου δώσει το όνομά μου», «πού έμενα πριν με πάρετε εσείς», «ποιος με φρόντιζε πριν έρθω μαζί σας», «είχα σπίτι, δωμάτιο, πώς ήταν», «υπάρχουν παλιές μου φωτογραφίες», «έχω αδέρφια από τους βιολογικούς μου γονείς», «είναι εν ζωή οι βιολογικοί μου γονείς»;

Ποιος είναι, λοιπόν, ο καλύτερος χρόνος και τρόπος να μιλήσουν οι γονείς στο παιδί και για ποιο λόγο πρέπει να το κάνουν;

Παλιότερα η υιοθεσία ήταν συνυφασμένη με ντροπή και μυστήριο, περίπου όπως το διαζύγιο ή ο καρκίνος. Πύρω από το θέμα της υιοθεσίας υπήρχε μεγάλη μυστικοπάθεια. Οι γονείς κάτι ψιθύριζαν, αλλά το παιδί και τα παιδιά του κοινωνικού περιγύρου δεν καταλάβαιναν και πολλά πράγματα. Ή, πιο σωστά, καταλάβαιναν πως κάτι περίεργο – παράξενο συμβαίνει!

Είναι γεγονός ότι ο γονιός δεν μπορεί να γνωρίζει την αντίδραση του παιδιού του. Μπορεί, όμως, από αρκετά νωρίς να το εξοικειώσει με το θέμα της υιοθεσίας ώστε αυτό μεγαλώνοντας να μην το αντιμετωπίζει ως κάτι κακό, ή ως ταμπού.

Ακόμα και σε ένα πολύ μικρό παιδί, μέσα από παραμυθάκια ή ιστοριούλες, μπορούμε να παρουσιάσουμε την υιοθεσία με λόγια απλά, χωρίς πολλές λεπτομέρειες και με τρόπο κατανοητό. Μεγαλώνοντας το παιδί, στην ηλικία των 7 ετών –για παράδειγμα– θα αρχίσει να κάνει ερωτήσεις και ίσως φέρει σε δύσκολη το γονέα. Στα ερωτήματα που θα θέσει, σίγουρα, δεν υπάρχουν εύκολες απαντήσεις, καθώς παράλληλα με τις απορίες αρχίζουν να του γεννιούνται επώδυνα συναισθήματα.

Ως γονείς βοηθήστε το παιδί σας να αντιμετωπίσει και να εκφράσει πρώτα απ' όλα την θλίψη, το κενό και την απώλεια που νιώθει. Μπορείτε να φτιάξετε μαζί του ένα άλμπουμ για τη ζωή του, παρακινήστε το να γράψει ένα γράμμα στους βιολογικούς του γονείς εκφράζοντάς τους όλα του τα συναισθήματα και ερωτήματα. Επιπλέον, εκφράστε του κι εσείς τα δικά σας συναισθήματα για το πόσο ευτυχισμένοι είστε που σας δόθηκε η ευκαιρία να γίνεται οι γονείς του. Τέλος, επιχειρήστε να εξοικειώσετε το παιδί με τις έννοιες «φυσικός πατέρας», «φυσική μητέρα» από νωρίς και φέρτε το σε επαφή και με άλλα υιοθετημένα παιδιά, ώστε να μην νιώθει μόνο ή ντροπή γι' αυτό που του συμβαίνει.

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

www.craniosacral.gr:

Όσοι επιθυμείτε αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με αυτή τη θεραπεία, επισκεφτείτε την ανανεωμένη, φιλική στο χρήστη, Ελληνική ιστοσελίδα για την Κρανιοϊερή Θεραπεία, που επιμελείται ο Φυσικοθεραπευτής Χαρ. Τιγγινάγκας.

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger, είναι μία μέθοδος θεραπείας, μη φαρμακευτική, με ήπιους χειρισμούς που εφαρμόζει ο θεραπευτής σε διάφορα σημεία του σώματος του ασθενή για να ενεργοποιήσει την διαδικασία αυτοδιόρθωσης που θα οδηγήσει στην 'ομοίωση'. Πρόκειται για μια "εν τω βάθει" τεχνική που αντιμετωπίζει το ανθρώπινο σώμα ως «ολότητα». Όσοι επιθυμείτε αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με αυτή τη θεραπεία, επισκεφτείτε την ανανεωμένη, φιλική στο χρήστη, Ελληνική ιστοσελίδα για την Κρανιοϊερή Θεραπεία, που επιμελείται ο Φυσικοθεραπευτής Χαρ. Τιγγινάγκας.

www.craniosacral.gr



cra·ni·o·sa·cral ther·a·py

1: a light-touch, whole-body treatment technique developed by John E. Upledger, DO, OMM; works with the body's craniosacral system to support and nourish the central nervous system – improving overall health and well-being.

2: a complementary method of hands-on bodywork; works with the natural and unique rhythms of the different body systems to pinpoint and address problem sources.

3: helps to alleviate the aches, pains and strains of life; improves coping mechanisms to allow for better management of stress.

4: improves the body's ability to self-care; can produce profound, positive changes.

U Upledger
Institute
International
Upledger.com

CranioSacral Therapy: [Origin:1970s.]
Coined by John E. Upledger, DO, OMM
to describe the treatment modality
that he developed during his research
at Michigan State University

Παθήσεις παιδικής ηλικίας

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**



Κρανιοϊερή Θεραπεία ως θεραπευτική αγωγή κοινών παθήσεων κατά την παιδική ηλικία.

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι μία ήπια θεραπεία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για την θεραπευτική αγωγή πολλών παθήσεων σε όλες τις ηλικίες. Είναι εξαιρετικά ήπια, μη επεμβατική και δεν προκαλεί δυσφορία ή ενόχληση στον ασθενή, ούτε ενέχει κινδύνους ή αντίθετες παρενέργειες. Αυτό την καθιστά κατάλληλη για την θεραπευτική αγωγή βρεφών και παιδιών.

Ο τρόπος λειτουργίας της Κρανιοϊερής Θεραπείας

Σημαντικό ρόλο στην Κρανιοϊερή Θεραπεία διαδραματίζει το κρανιοϊερό σύστημα. Η λειτουργικότητα του Εγκεφάλου, αλλά και του Νωτιαίου Μυελού εξαρτώνται άμεσα από την λειτουργικότητα όλων εκείνων των δομών που τα περιβάλλουν (οστά του κρανίου, του προσώπου, σπονδυλική στήλη, ιερό οστού, ενδοκρανιακές μεμβράνες, σπονδυλικές μήνιγγες, περιτονία, εγκεφαλονωτιαίο υγρό κλπ). Όλες αυτές οι δομές αποτελούν το Κρανιοϊερό Σύστημα, το οποίο πάλλεται με μία συμμετρική, ισορροπημένη και ρυθμική κίνηση, δηλαδή τον Κρανιοϊερό ρυθμό. Σύμφωνα με τον Dr John Upledger πρόκειται για τον ρυθμό παραγωγής και απορρόφησης του εγκεφαλονωτιαίου υγρού, ο οποίος μέσω του νευρικού συστήματος μεταφέρεται σε όλα τα μέρη του σώματος. Ο ρόλος του κρανιοϊερού συστήματος είναι τόσο ζωτικός, όσον αναφορά την λειτουργικότητα του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, ώστε η ανισορροπία ή η δυσλειτουργία του μπορεί να προκαλέσει σε ένα άτομο αισθητικές, κινητικές, ή νευρολογικές διαταραχές.

Κάθε όργανο, μυς, ή ιστός συνδέεται με το κρανιοϊερό σύστημα διαμέσου της νευρικής οδού και των συνδέσεων της περιτονίας. Αυτή η σύνδεση παρέχει την οδό για μία διπλής φοράς διαδικασία αλληλεπίδρασης, μέσω της οποίας μπορεί να αναγνωριστεί αλλά και να αποκατασταθεί η δυσλειτουργία. Η δυσλειτουργία αντανακλάται στους ιστούς του κρανιοϊερού συστήματος και οι διορθωτικές δυνάμεις που εφαρμόζονται στο σύστημα αντανακλώνται πίσω στην προσβληθείσα περιοχή. Περιορισμοί, μπλοκαρίσματα, ή δυσλειτουργίες κάθε είδους οπουδήποτε μέσα στο σώμα αντανακλώνται ως διαταραχές του ρυθμού και της συμμετρίας στο κρανιοϊερό σύστημα.

Κατά την θεραπευτική αγωγή ο θεραπευτής τοποθετεί τα χέρια του πολύ απαλά επάνω στο σώμα του ασθενή, αναγνωρίζει τις περιοχές περιορισμού ή τάσης και ακολουθεί τις ανεπαίσθητες εσωτερικές έλξεις ή στρέψεις που εκδηλώνονται από το κρανιοϊερό σύστημα μέχρι να βρεθούν και να απελευθερωθούν τα σημεία αντίστασης. Με αυτόν τον τρόπο επιτρέπει στους ιστούς να επιστρέψουν σε φυσιολογική λειτουργικότητα. Ο θεραπευτής, δηλαδή, προσπαθεί να αποκαταστήσει την ισορροπία στο κρανιοϊερό σύστημα.

Η θεραπευτική αγωγή είναι γενικά κατευναστική, χαλαρωτική και ευχάριστη. Δημιουργεί μία αίσθηση άνεσης, ηρεμίας και ευεξίας. Τα βρέφη μπορούν να δέχονται την θεραπευτική αγωγή, ενώ βρίσκονται στην αγκαλιά της μητέρας τους κι ακόμη καλύτερα ενώ κοιμούνται. Δεν είναι ανάγκη να αναστατώσουμε το παιδί γδύνοντάς το, αφού τα κρανιοϊερά πρότυπα μπορεί να γίνουν σαφώς αντιληπτά μέσα από τα ρούχα (ή ακόμη και τις πάνες).

Τραυματισμός κατά τον τοκετό

Ένας τομέας στον οποίο η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι ιδιαίτερα εφαρμόσιμη είναι ο τραυματισμός κατά τον τοκετό. Οι επιδράσεις του είναι δυνατόν να προκαλέσουν πολλές κοινές παθήσεις της παιδικής ηλικίας, από ελάσσονες αδιαθεσίες, όπως εκκριτική μέση ωτίτιδα (κολλώδες ους), έως πολύ πιο σοβαρές αναπηρίες, όπως σπαστικότητα.

Κατά την διάρκεια της διαδικασίας του τοκετού, το κεφάλι του βρέφους συμπιέζεται δυνατά καθώς αυτό συστρέφεται μέσα από τον γεννητικό σωλήνα για να επιτραπεί η διέλευση. Το κρανίο του νεογνού δεν είναι μία στερεή, οσείνη δομή, αλλά ένα μαλακό μεμβρανώδες μπάλονι, σχεδιασμένο να προσαρμόζεται εύκολα κι εύκαμπτα στις σκληρές πιέσεις της διαδικασίας του τοκετού.

Ωστόσο, η έντονη συμπίεση αυτής της λεπτεπίλεπτης δομής για πολλές ώρες, όπως συμβαίνει συχνά, ωθεί τα οστά του κρανίου το ένα κοντά στο άλλο και παραμορφώνει το σχήμα του κεφαλιού. Αυτό είναι φυσιολογικό κι αναπόφευκτο. Όμως, εάν οποιοδήποτε από τα κρανιακά οστά παραμείνει κατά κάποιο τρόπο στρεβλωμένο, ή εάν τα οστά αποτύχουν να απελευθερωθούν πλήρως, οι στρεβλώσεις ενδεχομένως να εμποδίσουν τον ορθό σχηματισμό του κρανίου και ως εκ τούτου να επηρεάσουν την ανάπτυξη του εγκεφάλου ή να επενεργήσουν σε σχετιζόμενες δομές, όπως σε νεύρα κι αιμοφόρα αγγεία.

Οι έμφυτες δυνάμεις αυτο-ίσης του σώματος είναι συνήθως ικανές να επαναφέρουν το συμπίεσμένο κρανίο στο κανονικό του σχήμα. Ωστόσο, αυτή η εγγενής επαναφορά στο κανονικό σχήμα δεν είναι πάντα πλήρως επιτυχής και ο βαθμός στον οποίο απελευθερώνονται οι

περιορισμοί και οι συμπίεσεις ποικίλει σημαντικά από άτομο σε άτομο. Εάν ο τοκετός ήταν παρατεταμένος και δύσκολος, με το βρέφος ακινητοποιημένο μέσα στο γεννητικό σωλήνα και το κεφάλι του σφηνωμένο, οι στρεβλώσεις πιθανότατα να είναι πιο σταθερά αποτυπωμένες και να απελευθερώνονται δυσκολότερα. Ακόμη και αν η διαδικασία του τοκετού υπήρξε σχετικά πιο ομαλή, οι περιορισμοί ή οι συμπίεσεις πιθανόν να επιμένουν και το γεγονός αυτό ενδέχεται -με τη σειρά του- να ανακόψει την πλήρη και ορθή αύξηση σε μέγεθος και ανάπτυξη του βρέφους.

Οι επιδράσεις από αυτούς τους περιορισμούς των κρανιακών οστών θα ποικίλουν σημαντικά. Οι πιο σοβαρές περιπτώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε εγκεφαλική παράλυση, αυτισμό ή επιληψία` οι λιγότερο σοβαρές ενδεχομένως να καταλήξουν σε δυσλεξία, μαθησιακές δυσκολίες, υπερκινητικότητα και στραβισμό. Μπορεί, επίσης, να συνδέονται και με άλλες ελάσσονες κοινές παιδικές ασθένειες, όπως αλλεργίες και άσθμα, καθώς και με τη γενική υγεία κι ευεξία του ατόμου.

Λοιμώξεις του αφτιού

Υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του αφτιού, μέση ωτίτιδα κι εκκριτική μέση ωτίτιδα (κολλώδες ους) είναι πολύ συνηθισμένες στην πρώιμη παιδική ηλικία, και για όλες ενδείκνυται η αγωγή με την Κρανιοϊερή Θεραπεία. Προκύπτουν από την συσώρευση των υγρών στο μέσο ους, πίσω από το τύμπανο του αφτιού, που οδηγούν σε λοίμωξη (συχνά υποτροπιάζουσα) και που θα μπορούσε να καταλήξει σε μερική ή ακόμη και ολική κώφωση. Η στάση υποδεικνύει την ελλιπή παροχέτευση των συσσωρευμένων υγρών από το μέσο ους, τα οποία κατά κανόνα θα έπρεπε να διέρχονται διαμέσου της ευσταχιανής σάλπιγγας (ή ακουστικής σάλπιγγας) ρέοντας από το μέσο ους, για να αποχετευτούν στην ρινοφαρυγγική κοιλότητα, στο πίσω μέρος του στόματος.

Στένωση της ευσταχιανής σάλπιγγας δύναται να παρουσιαστεί ως αποτέλεσμα συμπίεσης ή στρέβλωσης κατά την διάρκεια του τοκετού` έμφραξη της σάλπιγγας, ενδεχομένως, να προκύψει λόγω της συσώρευσης βλέννας. Η αγωγή με Κρανιοϊερή Θεραπεία των συμπίεσεων και των τάσεων στην περιβάλλουσα περιοχή θα εξαλείψει γενικά τις στενώσεις, θα καθαρίσει την απόφραξη και θα εξασφαλίσει την ελεύθερη παροχέτευση των υγρών. Η επιτυχής θεραπευτική αγωγή ανακουφίζει τα άμεσα συμπτώματα, αποκαθιστά την ορθή ακοή και επομένως την ορθή μάθηση και την ορθή ανάπτυξη της ομιλίας, ενώ μειώνει τον κίνδυνο ολικής κώφωσης. Μπορεί επίσης να ελαττώσει την ανάγκη για αντιβιοτικά κι επεμβατικές διαδικασίες τοποθέτησης σωληνίσκου τυμپανοστομίας, καθώς και για άλλες χειρισίσεις των αφτιών, της μύτης ή του λαιμού, συμπεριλαμβανομένης και της αμυγδαλεκτομής.

Στην κρανιακή βάση εντοπίζεται, επίσης, μία άλλη σημαντική δομή: το άνω αυχενικό γάγγλιο συμπαθητικής νεύρωσης. Πρόκειται για το ανώτατο και μεγαλύτερο γάγγλιο της αλυσίδας που διατρέχει κατά μήκος την σπονδυλική στήλη, χορηγώντας κλάδους συμπαθητικής νεύρωσης στα σπλάχνα. Συμπίεση ή σύνθλιψη του άνω αυχενικού γαγγλίου συμπαθητικής νεύρωσης πιθανώς να οδηγήσει σε καθολική διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, καταλήγοντας σε υπερδιέγερση όλων των σπλάχνων, καθώς και σε γενικευμένα υπερβολικά διεγερτικά ερεθίσματα, ανσυχία, ένταση και υπερδραστηριότητα. Αυτό το γεγονός θα είναι ιδιαίτερα έκδηλο στα πλέγματα, συμπεριλαμβανομένου και του ηλιακού πλέγματος, το οποίο ενδέχεται τότε να δημιουργήσει τάση και σπασμό του πεπτικού συστήματος και ως εκ τούτου κωλικό.

Κωλικός

Ο κωλικός (και σχετιζόμενες αδιαθεσίες) είναι ένα άλλο πρόβλημα υγείας σε βρέφη, για το οποίο η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι κατάλληλη κι έχει διαπιστωθεί πως είναι αποτελεσματική. Ο κλασικός κωλικός περιλαμβάνει παρατεταμένο απαρηγόρητο κλάμα για πολλές ώρες, χωρίς προφανή λόγο, συνήθως χωρίς το απόγευμα. Συνοδά συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν παλινδρόμηση των τροφών, υπερβολικά

αέρια, ανικανότητα ρεψίματος, ρουκετοειδή έμετο κι έκδηλο άλγος. Σε πολλές περιπτώσεις συνταγογραφούνται φάρμακα, αλλά σπάνια είναι αποτελεσματικά στην επίλυση του προβλήματος και πιθανώς να έχουν ανεπιθύμητες άμεσες παρενέργειες, όπως πεπτικές διαταραχές, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, και λανθάνουσες επιδράσεις στο ανοσολογικό σύστημα και την υποκείμενη κρίση. Είναι πάντα προτιμότερο να αποφεύγεται η χρήση φαρμάκων σε νεαρά βρέφη εκτός κι αν είναι απολύτως αναγκαίο. Σε πολύ σοβαρές περιπτώσεις κωλικού, που έχουν φθάσει σε κατάσταση πυλωρικής στένωσης (όπου ο πυλωρός έχει στενέψει στο βαθμό που η τροφή δεν μπορεί να περάσει από το στομάχι στο λεπτό έντερο), συχνά πραγματοποιείται εγχείρηση για να αποκατασταθεί η στένωση.

Για να θεραπεύσει τις περισσότερες περιπτώσεις κωλικού ή καταστάσεων που μοιάζουν με κωλικό, ο θεραπευτής της Κρανιοϊερής Θεραπείας επικεντρώνεται στις κύριες περιοχές: στην κρανιακή βάση και στην χώρα του ηλιακού πλέγματος. Η πρώτη, η κρανιακή βάση, αφορά στο ινιακό οστόν και την σχέση του με τον άτλαντα, τον πρώτο αυχενικό σπόνδυλο της σπονδυλικής στήλης (Α1). Κατά την διάρκεια του τοκετού, η κρανιακή βάση είναι η πλέον επιρρεπής περιοχή σε συμπίεση και στρέβλωση, λόγω της θέσης της και της φοράς της πίεσης που της ασκείται κατά την διέλευση του βρέφους μέσα από τον γεννητικό σωλήνα. Είναι επίσης μία περιοχή ζωτικής σημασίας για την συνολική υγεία και λειτουργία όλων των ατόμων, καθώς βρίσκεται κοντά σε πολλές άλλες σημαντικές δομές. Μεταξύ αυτών είναι και το σφαγιτιδικό τρήμα, μία οπή στην βάση του κρανίου, ανάμεσα στο ινίο και στα κροταφικά οστά. Μέσα από το σφαγιτιδικό τρήμα διέρχεται το πνευμονογαστρικό νεύρο, ή 10η εγκεφαλική συζυγία, που χορηγεί τον κύριο κλάδο για την παρασυμπαθητική νεύρωση στο μεγαλύτερο τμήμα του πεπτικού συστήματος. Η συμπίεσή του μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολικά διεγερτικά ερεθίσματα του νεύρου, προκαλώντας επίμονο σπασμό των πεπτικών οργάνων και συνεπώς κωλικό.

Στην κρανιακή βάση εντοπίζεται, επίσης, μία άλλη σημαντική δομή: το άνω αυχενικό γάγγλιο συμπαθητικής νεύρωσης. Πρόκειται για το ανώτατο και μεγαλύτερο γάγγλιο της αλυσίδας που διατρέχει κατά μήκος την σπονδυλική στήλη, χορηγώντας κλάδους συμπαθητικής νεύρωσης στα σπλάχνα. Συμπίεση ή σύνθλιψη του άνω αυχενικού γαγγλίου συμπαθητικής νεύρωσης πιθανώς να οδηγήσει σε καθολική διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, καταλήγοντας σε υπερδιέγερση όλων των σπλάχνων, καθώς και σε γενικευμένα υπερβολικά διεγερτικά ερεθίσματα, ανσυχία, ένταση και υπερδραστηριότητα. Αυτό το γεγονός θα είναι ιδιαίτερα έκδηλο στα πλέγματα, συμπεριλαμβανομένου και του ηλιακού πλέγματος, το οποίο ενδέχεται τότε να δημιουργήσει τάση και σπασμό του πεπτικού συστήματος και ως εκ τούτου κωλικό.

Η ταυτόχρονη διέγερση στο νευρικό σύστημα τόσο του πνευμονογαστρικού νεύρου (παρασυμπαθητική μοίρα), όσο και των πλεγμάτων (συμπαθητική μοίρα) είναι ιδιαίτερα οχληρή για το πεπτικό σύστημα, λόγω των συγκρουόμενων λειτουργιών τους: ο κλάδος της παρασυμπαθητικής νεύρωσης επιδιώκει την αύξηση της πεπτικής δραστηριότητας και

την κινητικότητα του εντέρου, ενώ ο κλάδος της συμπαθητικής νεύρωσης προσπαθεί να διακόψει την πεπτική δραστηριότητα και να κλείσει τις τροφικές οδούς στο έντερο όπως τον καρδιακό σφιγκτήρα και τον πυλωρικό σφιγκτήρα. Το αποτέλεσμα είναι σύγκρουση, απόφραξη και σπασμός, καθώς και η εκδήλωση πολλαπλών κωλικών.

Αυξημένη διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος θα οδηγήσει, επίσης, σε αυξημένη διέγερση του μυελού των επινεφριδίων. Απελευθερώνεται αδρεναλίνη και αυτό προκαλεί περαιτέρω γενικευμένη διέγερση, ένταση, ανσυχία και υπερδραστηριότητα, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο συμπαθητικής- επινεφριδιακής υπερβολικής δραστηριότητας.

Εξίσου σημαντική για την συχνότητα και την θεραπευτική αγωγή του κωλικού και σχετιζόμενων παθήσεων είναι, τοπικά, η περιοχή του ηλιακού πλέγματος, του ομφαλού, του διαφράγματος και του πυλωρού.

Το ηλιακό πλέγμα, πέραν του ότι διεγείρεται με πίεση στην κρανιακή βάση, έχει την τάση να διεγείρεται και από σοκ, τραύμα ή αγωνία. Αυτό είναι κάτι με το οποίο πολλοί ενήλικες είναι εξοικειωμένοι, αλλά τα βρέφη, με τα πιο ευαίσθητα συστήματά τους, είναι πιο ευπρόσβλητα και πιο επιρρεπή στις πεπτικές διαταραχές που επακολουθούν. Επίσης, αναγνωρίζεται ευρέως ότι η ένταση (τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά) εκδηλώνεται στο διάφραγμα. Και αυτό είναι πιο εμφανές στα βρέφη! Η τάση του διαφράγματος προκαλεί περιορισμό άλλων σχετιζόμενων δομών, και συγκεκριμένα σύσφιξη του οισοφάγου, καθώς αυτός διέρχεται από το διάφραγμα στο στομάχι. Η ένταση μπορεί, ακόμη, να επηρεάσει την λειτουργία του πυλωρού, μέσω του οποίου περνάει η τροφή από το στομάχι στο λεπτό έντερο.

Η σύσφιξη αυτών των πεπτικών διόδων έχει μεγαλύτερες συνέπειες στα βρέφη ακριβώς επειδή είναι μικρότερα και επομένως οι δίοδοι είναι στενότερες, με αποτέλεσμα η τάση και η σύσφιξη να οδηγούν εύκολα σε άλγος και δυσκολία διέλευσης της τροφής ή των υγρών, ή ακόμη και σε πλήρη απόφραξη. Εάν δεν αντιμετωπιστούν θεραπευτικά, η τάση του διαφράγματος, του ηλιακού πλέγματος και της κρανιακής βάσης είναι δυνατόν να δημιουργηθεί προδιάθεση για νόσο αργότερα στη ζωή: ειδικότερα παθήσεις όπως έλκος δωδεκαδακτύλου ή διαφραγματοκήλη.

Σοκ

Το σοκ από τη διαδικασία του τοκετού είναι μεγάλο για τα βρέφη και με σημαντικές συνέπειες. Συχνά θεωρείται πως επειδή τα βρέφη δεν φαίνεται να έχουν λογική ή δεν εκφέρουν λόγο, δεν βιώνουν σοκ και τραύμα με τον ίδιο τρόπο όπως οι ενήλικες. Ή ακόμη, επικρατεί η άποψη πως ένα βρέφος που φέρει εις πέρας την φυσιολογική διαδικασία του τοκετού και δέχεται στοργικές φροντίδες, δεν θα πρέπει να βιώνει σοκ και τραύμα. Όμως η διαδικασία του τοκετού, συχνά, είναι από μόνη της δύσκολη και τραυματική τόσο για την μητέρα όσο και για το βρέφος. Εάν ο τοκετός είναι δύσκολος, τα στάδιά του παρατεταμένα, ή το βρέφος έχει ακινητοποιηθεί μέσα στο γεννητικό σωλήνα για πολλές ώρες, τότε το σοκ και το τραύμα που απορροφάται από το σύστημα ενδέχεται να είναι τεράστιο. Η άφιξη στον έξω κόσμο ίσως να προκαλέσει περαιτέρω

σοκ και τραύμα, καθώς το βρέφος ξεπροβάλλει ξαφνικά σε ένα πολυάσχολο, έντονα φωτισμένο και συχνά θορυβώδες περιβάλλον έπειτα από την απομόνωση μέσα στην μήτρα. Η διαδικασία πλυσίματος και ζύγισης του βρέφους, καθώς και ο άμεσος ιατρικός έλεγχος αποτελούν εξίσου μία δραματική αλλαγή από τους προηγουμένους εννέα μήνες. Ιδανικά σε κάθε βρέφος θα έπρεπε να του δίνεται ο χρόνος – να του επιτρέπεται να έρχεται στον κόσμο αργά, να τοποθετείται αμέσως επάνω στο στήθος της μητέρας του και να του επιτρέπεται να εγκλιματιστεί σταδιακά στο νέο περιβάλλον του πριν υποστεί τις λιγότερο ευχάριστες, πρακτικές, διαδικασίες της ζωής μετά τον τοκετό.

Μία ιδιαίτερα κοινή αιτία σοκ είναι το πρώιμο κόψιμο του ομφάλιου λώρου. Ο ομφάλιος λώρος αποτελεί τον πόρο ζωής διαμέσου του οποίου το βρέφος δέχθηκε όλο το οξυγόνο και την τροφή του όσο διάστημα παρέμεινε στην μήτρα. Καθώς το βρέφος εξέρχεται στον κόσμο, ο λώρος συνεχίζει να παρέχει αυτά τα ουσιώδη συστατικά για αρκετά λεπτά μετά την γέννηση. Ο αιφνίδιος χωρισμός από αυτόν τον πόρο ζωής μπορεί να επέλθει σαν κάποιο μη αναγκαίο σοκ, το οποίο μετά απορροφάται από το ηλιακό πλέγμα και τις ομφάλιες περιοχές και εκδηλώνεται ως τάση και σφίξιμο του κρανιοϊερού συστήματος γύρω από αυτές τις περιοχές (με επακόλουθες επιδράσεις στα παρακείμενα σπλάχνα όπως έχει ήδη περιγραφεί).

Επίσης, είναι πολύ σύνθηες να βρεθεί μία βαθιά αίσθηση σοκ διατηρημένη στο ηλιακό πλέγμα των βρεφών που γεννήθηκαν με καισαρική τομή. Αυτό το σοκ επέρχεται τη στιγμή της τομής της μήτρας, όταν η πίεση των υγρών μέσα σε αυτήν αλλάζει αιφνίδια, προκαλώντας τόσο φυσικό όσο και συναισθηματικό σοκ στο βρέφος. Το γεγονός αυτό συχνά εκδηλώνεται ως μία αίσθηση δυσκαμψίας σε ολόκληρο το σώμα, ως σύσπαση, κλίση προς τα κάτω και σφίξιμο του κεφαλιού, καθώς και τάση και σφίξιμο του ηλιακού πλέγματος.

Όταν το κεφάλι του βρέφους είναι σφηνωμένο και υπό πίεση για μία παρατεταμένη και στρεσογόνο περίοδο και εν συνεχεία πραγματοποιείται υποχρεωτικά καισαρική τομή, τότε το βρέφος υφίσταται τις επιπτώσεις και των δύο καταστάσεων. Υποβάλλεται τόσο σε σοβαρές πιέσεις στο κρανίο όσο και στις επιδράσεις του σοκ από την καισαρική τομή.

Σοκ πιθανόν να προκύπτει και από άλλα φυσικά ή συναισθηματικά αίτια, συμπεριλαμβανομένης της κορυφούμενης από την μητέρα έντασης και άλλων υποκείμενων πιέσεων κι εντάσεων μεταξύ των γονέων, στο περιβάλλον, ή στις οικογενειακές σχέσεις γενικά.

Άλλες παθήσεις

Η αγωγή με την Κρανιοϊερή Θεραπεία δύναται, επίσης, να είναι αποτελεσματική για ένα ευρύ φάσμα άλλων παθήσεων κοινών στην παιδική ηλικία: βλεννώδης συμφόρηση, καταρροή, προβλήματα των αφτιών, της μύτης και του λαιμού, δυσκοιλιότητα και διάρροια, ψυχαναγκαστική συμπεριφορά, διαταραχές της προσωπικότητας κι εκρήξεις οργής. Όλες αυτές μπορεί να σχετίζονται με περιορισμούς των κρανιακών οστών, όπως συμβαίνει με την υπερκινητικότητα, το απότομο κρέμασμα του κεφαλιού –το οποίο συχνά αποτελεί μία προσπάθεια του παιδιού να απελευθερώσει τους οχληρούς περιορισμούς των κρανιακών

οστών- και την δυνατή εκμύζηση του αντίχειρα ή άλλων αντικειμένων (ιδιαίτερα όταν αυτά πιέζονται σκληρά προς τον ουρανίσκο) που πιθανώς να αντανακλά κάποιον περιορισμό στα οστά της υπερώας ή ανάμεσα στην ύνιδα και στο σφηνοειδές οστόύν. Το παιδικό ραιβόκρανο, που συνεπάγεται υπερβολικό μυϊκό τόνο στον στερνοκλειδομαστοειδή μυ προκαλώντας την στρέψη του αυχένα, συχνά αντιμετωπίζεται χειρουργικά, όμως ίσως να οφείλεται στη συμπίεση του σφαγιτιδικού τρήματος, με απορρέουσα πίεση και υπερδιέγερση του παραπληρωματικού νεύρου που νευρώνει τον στερνοκλειδομαστοειδή μυ.

Ασυμμετρίες των οστών που σχηματίζουν τον οφθαλμικό κόγχο μπορεί να είναι το αίτιο διαφόρων τύπων στραβισμού ή άλλων προβλημάτων όρασης. Οι στρεβλώσεις του σφηνοειδούς οστού ενδέχεται να συσφίγγουν τα τρήματα και τις σχισμές στο πίσω μέρος του οφθαλμικού κόγχου διαμέσου των οποίων πρέπει να διέλθουν τα νεύρα και τα αιμοφόρα αγγεία που νευρώνουν κι αιματώνουν αντίστοιχα τα μάτια, έχοντας έτσι ως αποτέλεσμα τον επηρεασμό της όρασης (μυωπία, διάφορους τύπους στραβισμού και αμβλυωπία).

Πρόσφατη ιατρική έρευνα στον Καναδά έδειξε πως ο αυτισμός συνδέεται με μειωμένη παροχή αίματος στους κροταφικούς και μετωπιαίους λοβούς του εγκεφάλου. Επίσης, συσχετίσθηκε ο αυτισμός με την περιορισμένη κινητικότητα των κροταφικών και των μετωπιαίων οστών που περιορίζει την ροή του αίματος σε αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου.

Η εγκεφαλική παράλυση θεωρείται γενικά ότι οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη. Ωστόσο η Κρανιοϊερή Θεραπεία έχει επιδείξει εξαιρετική αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση κάποιων περιπτώσεων εγκεφαλικής παράλυσης, ακόμη και σε εφήβους. Σε αυτές τις περιπτώσεις, το αίτιο πιθανώς να έγκειται όχι σε πραγματική εγκεφαλική βλάβη αλλά σε σοβαρό περιορισμό και συμπίεση των κρανιακών οστών, παρεμποδίζοντας την ορθή αύξηση σε μέγεθος κι ανάπτυξη ενός κατά τ’ άλλα άθικτου εγκεφάλου. Βέβαια το παραπάνω δεν είναι ο κανόνας.

Μία άλλη σοβαρή διαταραχή που δύναται να αντιμετωπιστεί με την Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι η μηνιγγίτις. Φλεγμονή των μηνίγγων παρουσιάζεται συχνά σε πιο ελαφριές μορφές από την οργανωμένη μηνιγγίτιδα και τότε περιγράφονται ως μηνιγγισμός ή συχνότερα δεν τους γίνεται καθόλου διάγνωση. Οι ηπιότερες αυτές μορφές είναι αποτέλεσμα ελασσόνων λοιμώξεων όπως τα κοινά κρουολήματα, η γρίπη, οι λοιμώξεις των αφτιών και παρόμοιες λοιμώξεις που διαχέονται στις μήνιγγες. Ωστόσο, οι επιδράσεις τους τόσο στα παιδιά όσο και στους ενήλικες δεν είναι απαραίτητα μικρότερες και μπορεί να κυμαίνονται από επίμονες κεφαλαλγίες, αυχενικό άλγος, ναυτία, έμετο και διαταραχές της όρασης έως χρόνια υπερκινητικότητα, εκρήξεις οργής, εξάντληση, αδυναμία ή σοβαρές διαταραχές της προσωπικότητας ανάλογα με την έκταση και την σοβαρότητα της φλεγμονής. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία, ενεργώντας άμεσα στις μήνιγγες, μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική στην θεραπευτική αντιμετώπιση των καταλοίπων τέτοιων φλεγμονών των μηνίγγων.

Πολλά άλλα συμπτώματα και παθήσεις δύνανται να διαγνωστούν και να αντιμετωπιστούν

θεραπευτικά συμπεριλαμβανομένων της υποτονίας, της σπαστικότητας, της έντασης, της απουσίας ανταπόκρισης σε ερεθίσματα, της απουσίας του αντανακλαστικού του θηλασμού, δυσκολιών στο τάισμα του βρέφους, του θηλασμού μόνο από τον ένα μαστό (που ίσως να οφείλεται σε περιορισμούς της αυχενικής και της κρανιακής βάσης που προκαλούν στο βρέφος δυσφορία όταν γυρίζει το κεφάλι του προς την προσβληθείσα πλευρά).

Θεραπευτική αγωγή

Η θεραπευτική αγωγή συνιστάται να ακολουθείται στην πρώτη δυνατή ευκαιρία. Και αυτό γιατί οι παθήσεις όσο πιο σύντομα αντιμετωπιστούν τόσο πιο εύκολα θα ανταποκριθούν στην θεραπευτική αγωγή, ενώ θα είναι πιο δύσκολη η αντιμετώπισή τους όσο εδραιώνονται. Επίσης η δομή του κρανίου και του σώματος των παιδιών αυξάνουν συνεχώς σε μέγεθος συγχωνεύοντας και εδραιώνοντας τα αποτυπωμένα σε αυτές πρότυπα ανάπτυξης, που με τον χρόνο παγιοποιούνται και καθίστανται ανθεκτικότερα σε θεραπευτικές προσπάθειες.

Η ανταπόκριση στην θεραπευτική αγωγή είναι γενικά αρκετά γρήγορη, αλλά ποικίλει ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και την χρονιότητα της πάθησης.

Κατά κανόνα, σε νεαρά βρέφη η ανταπόκριση στην θεραπεία επέρχεται πολύ γρήγορα´ όσο το παιδί μεγαλώνει –και συνεπώς οι κρανιακοί περιορισμοί εγκαθίστανται και εδραιώνονται- απαιτούνται περισσότερες θεραπευτικές συνεδρίες. Αξίζει να υπενθυμίσουμε ότι τα έκδηλα συμπτώματα ενδεχομένως να αποτελούν μία ένδειξη για πιο σύνθετα υποκείμενα πρότυπα περιορισμού κι ασυμμετρίας στο κρανίο, στο κρανιοϊερό σύστημα και στην δομή γενικά (τα οποία δεν έχουν ακόμη εκδηλωθεί ως συμπτώματα). Επίσης, πιθανώς να συνιστάται περαιτέρω θεραπευτική αγωγή για να επιλυθούν αυτές οι υποκείμενες ανισορροπίες ώστε να αποτραπεί η υποτροπή της τρέχουσας πάθησης ή η ακόλουθη ανάπτυση άλλων συμπτωμάτων και παθήσεων.

Μολονότι η θεραπευτική αγωγή οποιουδήποτε προτύπου είναι δυνατή καθ’ όλη την διάρκεια της ζωής μέχρι τα γηρατειά, η θεραπευτική διαδικασία θα διαρκέσει περισσότερο όπου το πρόβλημα έχει εγκατασταθεί και η πλήρης επίλυση του θα είναι λιγότερο πιθανή καθώς θα περνάει ο χρόνος. Γι’ αυτό τον λόγο είναι σημαντικό ο έλεγχος και η θεραπευτική αγωγή να πραγματοποιούνται σε πρώιμο στάδιο, όχι μόνο για να αντιμετωπιστούν τρέχουσες ήπιες αδιαθεσίες, αλλά πρωτίτως για να εξασφαλιστεί η πλήρης λύση κάθε υποκείμενης στρέβλωσης που θα μπορούσε να έχει μακροπρόθεσμες κι εξασθενητικές συνέπειες αργότερα στην ζωή – τότε πλέον οι περιορισμοί ενδεχομένως να είναι σε τέτοιο βαθμό εδραιωμένοι και να μην είναι δυνατόν να επιτευχθεί η πλήρης απελευθέρωση αυτών. Για παράδειγμα, η δυσλεξία ίσως να μην γίνει αντιληπτή από τους γονείς (ή τους γιατρούς) μέχρι το παιδί να παρουσιάσει καθυστέρηση στα μαθήματα του σχολείου. Τότε πια το πρόβλημα υγείας θα έχει εδραιωθεί και θα χρειαστεί περισσότερος χρόνος για να επιλυθεί, ενώ θα μπορούσε να είχε διαγνωσθεί από κάποιον ειδικό της Κρανιοϊερής Θεραπείας στον τοκετό και να είχε διορθωθεί αμέσως.

Οι επαγγελματίες της υγείας όλο και περισσότερο αναζητούν εναλλακτικές οδούς για να εξηγήσουν και να επιλύσουν παθήσεις της βρεφικής και παιδικής ηλικίας. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία, κι άλλες τέτοιες συμπληρωματικές μέθοδοι, προσφέρουν εναλλακτικούς τρόπους προσέγγισης των προβλημάτων και επίλυσης πολλών κοινών,

οχληρών και δυσχερών αδιαθεσιών· μειώνοντας δραστικά την ανάγκη για φάρμακα και εγχειρήσεις, προσφέροντας, παράλληλα, βελτίωση στην υγεία και την ευεξία του ατόμου.

Ευχή μας είναι η Κρανιοϊερή Θεραπεία να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι κάθε μαιευτικής μονάδας, καθώς και βασικό κομμάτι

της εκπαίδευσης όλων των επαγγελματιών της υγείας και της ιατρικής που ασχολούνται με έγκυες γυναίκες, με βρέφη και παιδιά.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

George MS. Costs DC Kouris K, Ring H, Ell P. Cerebral blood flow abnormalities in adults with infantile autism. Journal of Nervous and Mental Disease 1992; 180,7: 413-417.

Upledger JE, Vredevoogd JD. Cranio-sacral therapy. Seattle: Eastlands Press, 1981.

3 Arbuckle B E. Cranial aspects of emergencies of the newborn. American Osteopathic Association Journal, 1948.

ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ

ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ vs ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ ΣΤΗ ΜΕΣΗ

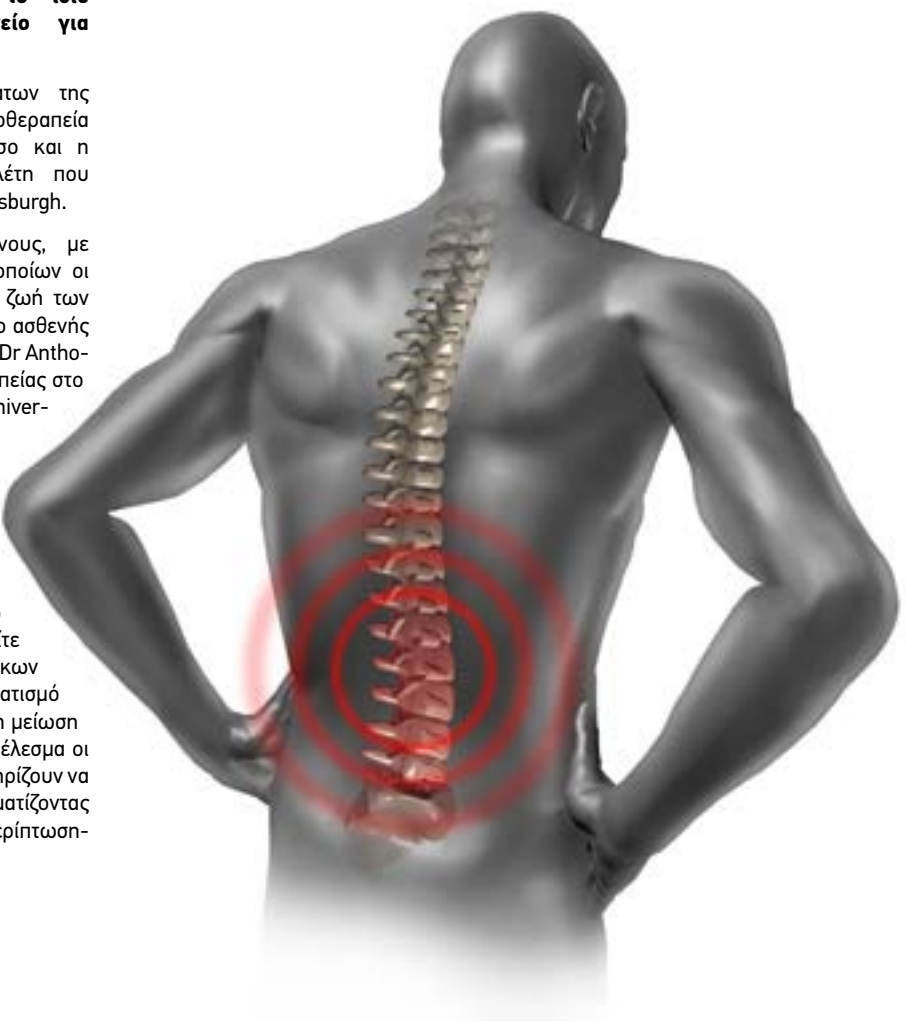
Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

Η φυσικοθεραπεία φαίνεται να είναι το ίδιο αποτελεσματική όσο και το χειρουργείο για συννησιαμένα προβλήματα μέσης!

Η αντιμετώπιση των επώδυνων συμπτωμάτων της σπονδυλικής στένωσης στην μέση με φυσικοθεραπεία φαίνεται να είναι το ίδιο αποτελεσματική όσο και η χειρουργική. Αυτό διαπιστώνει σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο του Pittsburgh.

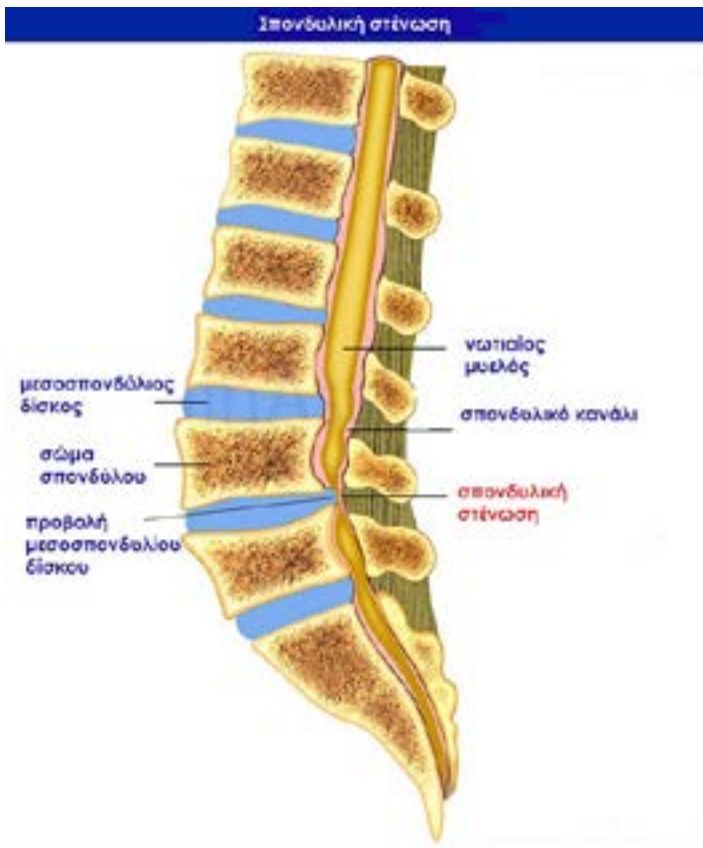
“Η χειρουργική αντιμετώπιση ενέχει κινδύνους, με συχνότητα επιπλοκών περίπου 15%, εκ των οποίων οι μισές είναι σε θέση να βάλουν σε κίνδυνο τη ζωή των ασθενών, αντίθετα με τη φυσικοθεραπεία όπου ο ασθενής δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο”, σύμφωνα με τον Dr Anthony Delitto, επικεφαλή του τμήματος φυσικοθεραπείας στο School of Health and Rehabilitation Sciences, University of Pittsburgh.

Σπονδυλική Στένωση χαρακτηρίζεται η ελάττωση του χώρου στο σπονδυλικό κανάλι με άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα την συμπίεση και τον τραυματισμό της αντίστοιχης νευρικής ρίζας. Η ελάττωση του χώρου προκαλείται είτε από την ανάπτυξη οστεοφύτων -λόγω οστεοαρθρίτιδας της σπονδυλικής στήλης-, είτε από τον εκφυλισμό των μεσοσπονδυλίων δίσκων (κήλη μεσοσπονδύλιου δίσκου), είτε από τραυματισμό (τροχαία ατυχήματα κ.ά.). Συνέπεια αυτών είναι η μείωση της απόστασης μεταξύ των σπονδύλων, με αποτέλεσμα οι σπόνδυλοι αλλά και τα μαλακά μόρια που τους στηρίζουν να μετακινηθούν προς το σπονδυλικό κανάλι τραυματίζοντας τις αντίστοιχες νευρικές ρίζες, ή -σε χειρότερη περίπτωση- να τις παγιδεύουν.



Ο Delitto και οι συνεργάτες του θέλησαν να διαπιστώσουν αν η φυσικοθεραπεία, εκτός από ασφαλής για τον ασθενή, είναι το ίδιο αποτελεσματική με το χειρουργείο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της σπονδυλικής στένωσης.

Έτσι την περίοδο 2000 – 2005 ζήτησαν από 481 ασθενείς, οι οποίοι είχαν συναινέσει για χειρουργική αντιμετώπιση, να συμμετάσχουν -αν το επιθυμούσαν- σε μια μελέτη κατά την οποία κάποιοι από αυτούς θα επιλέγονταν τυχαία να προχωρήσουν στη χειρουργική αντιμετώπιση του προβλήματός τους, ή να λάβουν φυσικοθεραπεία. Οι περισσότεροι αρνήθηκαν τη συμμετοχή για να αποφύγουν να βρεθούν στη μη χειρουργική ομάδα. Εντούτοις 169 συμφώνησαν να συμμετέχουν στην έρευνα και τελικά, 87 ασθενείς υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση και 82 αντιμετωπίστηκαν φυσικοθεραπευτικά. Προϋποθέσεις για συμμετοχή στην έρευνα ήταν: Οι ασθενείς να είναι μεγαλύτεροι από 50 ετών, να μπορούν να περπατήσουν πεντακόσια μέτρα χωρίς δυσκολία, να μην έχουν ιστορικό άνοιας, σοβαρή αγγειολογική πάθηση, καρκίνο ή προηγούμενα καρδιολογικά προβλήματα. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς έκαναν καθιστική ζωή, ή είχαν ελάχιστες δραστηριότητες και ήταν παχύσαρκοι. Οι ασθενείς που ανήκαν στη χειρουργική ομάδα ήταν ελαφρώς νεότεροι σε ηλικία -με μέσο όρο ηλικίας τα 67 έτη-, σε σχέση με της φυσικοθεραπευτικής όπου ο μέσος όρος



ηλικίας έφτανε τα 70 έτη. Η φυσικοθεραπεία περιελάμβανε δυο συνεδρίες για έξι εβδομάδες. Να σημειωθεί ότι επιτρεπόταν σε οποιοδήποτε στάδιο της μελέτης, όποιος ήθελε να εγκαταλείψει την φυσικοθεραπευτική ομάδα και να ενταχθεί στην χειρουργική. Σε παρακολούθηση δύο ετών, 47 ασθενείς -δηλαδή ποσοστό 57%- έκαναν ακριβώς αυτό.

Τα ευρήματα έδειξαν ότι ανεξάρτητα από την ομάδα στην οποία ανήκαν οι ασθενείς, σε χρονικό διάστημα δύο ετών, επιτεύχθηκαν τα ίδια αποτελέσματα στην μείωση του πόνου και σε άλλα συνοδά δυσάρεστα συμπτώματα. “Η μελέτη μάς δείχνει πως τόσο η χειρουργική αντιμετώπιση, όσο και η φυσικοθεραπεία είναι λογικές επιλογές. Ανεξάρτητα από την επιλογή, ο ασθενής θα καταλήξει στο ίδιο αποτέλεσμα σε χρονικό διάστημα περίπου δύο ετών”, ισχυρίζεται ο Dr Jeffrey Katz, διευθυντής στο Orthopedic and Arthritis Center for Outcomes Research at Brigham and Women’s Hospital στη Βοστώνη.

Ο Katz, ο οποίος έγραψε το συνοδευτικό εκδοτικό κείμενο της μελέτης στο Annals of Internal Medicine, επισημαίνει πως η χειρουργική επιλογή έχει σαφή ρόλο στην αντιμετώπιση της σπονδυλικής στένωσης, αλλά σε καμία περίπτωση δεν έχουμε να χάσουμε τίποτα δοκιμάζοντας αρχικά τη φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση.

Επίσης, ο Dr James Weinstein, chief executive of Dartmouth-Hitchcock health system, ο οποίος δεν συμμετείχε στη μελέτη, επισημαίνει πως απαιτείται περαιτέρω μελέτη και έρευνα για να διαπιστωθούν τα πλεονεκτήματα της κάθε άποψης. Διατυπώνει αυτή την άποψη λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των ασθενών που αρνήθηκαν να συμμετέχουν στη μελέτη και εκείνων οι οποίοι ενώ επιλέχθηκαν για την φυσικοθεραπευτική ομάδα την εγκατέλειψαν προκειμένου να χειρουργηθούν. Εντούτοις σημειώνει “η χειρουργική αντιμετώπιση πρέπει να είναι η τελευταία επιλογή”.

Παρά το μικρό δείγμα της μελέτης και τον αριθμό των ασθενών που διέκοψαν τη φυσικοθεραπεία για να χειρουργηθούν, είναι απόλυτα λογικό να δοκιμασθεί η φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση πριν επιλεγεί το χειρουργείο, ισχυρίζεται ο Dr Richard Deyo, ερευνητής για τον πόνο στη μέση στο Oregon Health and Science University, στο Reuters Health. Συνεχίζοντας τονίζει: “ακόμη και στη περίπτωση της αργοπορημένης επιλογής για χειρουργείο, τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με εκείνα που θα προέκυπταν από την έγκαιρη επιλογή. Κάποιοι ασθενείς επιλέγουν το χειρουργείο καθώς τους έλκει η υψηλή τεχνολογία που χρησιμοποιείται, θεωρώντας πως θα απαλλαγούν από τα συμπτώματα πιο σύντομα και παρέχοντας για την υγεία τους την «πλέον ποιοτική θεραπεία». Εντούτοις, θα πρέπει να αντιληφθούν, ότι ακόμη και σε επιτυχή χειρουργεία θα χρειαστούν μετεγχειρητικά φυσικοθεραπεία, ενώ η αποκατάσταση μπορεί να είναι αργή”.

ΠΗΓΗ

Annals of Internal Medicine, online

April 6, 2015



ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ

ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΜΕΣΗ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**



Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης περίπου 50% των γυναικών θα παρουσιάσουν πόνο στην μέση

Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μετά τον έκτο μήνα της εγκυμοσύνης, ενώ μπορεί να διαρκέσουν ακόμα έξη μήνες μετά τον τοκετό. Μερικές φορές (10%) τα συμπτώματα είναι τόσο σοβαρά ώστε να εμποδίζουν την γυναίκα να κοιμηθεί, να εργασθεί ή να ασχοληθεί με τις καθημερινές της δραστηριότητες. Ο αριθμός των γυναικών που παραπονούνται για πόνο στην μέση στην διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχει αυξηθεί τα τελευταία είκοσι χρόνια, ίσως γιατί αυξήθηκε ο αριθμός των γυναικών που εργάζεται, τις περισσότερες φορές με όχι καλές περιβαλλοντικές συνθήκες. Σε μελέτη που έγινε στην Σουηδία βρέθηκε ότι το 70% των γυναικών έλειψε, λόγω πόνου στην μέση, από την εργασία για κάποιο χρονικό διάστημα στην διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση του πόνου είναι:

- 1- το προηγούμενο ιστορικό πόνου στην μέση
- 2- εργασία με σωματική επιβάρυνση
- 3- και η κακή φυσική κατάσταση

Αρκετές Βιομηχανικές και Ορμονολογικές αλλαγές στην διάρκεια της εγκυμοσύνης συμβάλλουν στην πρόκληση αυτού του πόνου.

Κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης, αλλάζει η στάση του σώματος καθώς το έμβρυο μεγαλώνει, για να βοηθήσει την γυναίκα να έχει καλή ισορροπία στην όρθια στάση. Μετά την 12η

εβδομάδα η μήτρα διογκώνεται μετακινούμενη έξω από την λεκάνη προς τα επάνω, μπροστά και πλάγια. Οι κοιλιακοί μύες διατείνονται ενώ ο μυϊκός τους τόνος ελαττώνεται. Επίσης χάνουν την ικανότητα τους να διατηρούν την ουδέτερη στάση στον κορμό, έτσι μετακινείται το κέντρο βάρους του σώματος προς τα πίσω και κάτω. Αν και θα περίμενε κανείς να αυξηθεί η λόρδωση στην Οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, αυτό δεν συμβαίνει ή συμβαίνει σε μικρό βαθμό. Ο μηχανισμός αυτός προκαλεί επιβάρυνση στις αρθρώσεις των σπονδύλων (facet), στους σταθεροποιητικούς μύες της σπονδυλικής στήλης αλλά και στους συνδέσμους της περιοχής. Αποτέλεσμα είναι ο πόνος και ο περιορισμός της λειτουργικότητας.

Καθώς η εγκυμοσύνη προχωρά, με την παραγωγή ορμονών όπως η relaxin, estrogen και progesterone, προκαλείται χαλάρωση στις αρθρώσεις της λεκάνης, ιδιαίτερα στην ηβική σύμφυση και τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις. Αυτό γίνεται για να διευκολυνθεί φυσικά ο τοκετός, αλλά παράλληλα προκαλεί δυσλειτουργία στην στατική του σκελετού, με αποτέλεσμα τον πόνο.

Υπάρχουν τρεις κατηγορίες πόνου:

1. **ΟΣΦΥΪΚΟΣ ΠΟΝΟΣ** – με ή χωρίς να ακτινοβολεί στα πόδια. Πραγματική ισχιαλγία (ριζίτιδα) είναι σπάνια.
2. **ΙΕΡΟΛΑΓΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ** – γίνεται αντιληπτός περιφερειακά πλάγια από την οσφύ, στην περιοχή της οπίσθιας λαγόνιας άκανθας, και μπορεί να ακτινοβολεί στον γλουτό και στον μηρό πλάι και πίσω. Είναι τέσσερις φορές πιο συχνός από τον πόνο στην οσφύ.

3. ΠΟΝΟΣ ΤΗΝ ΝΥΚΤΑ – Μερικές γυναίκες εμφανίζουν αποκλειστικά πόνο την νύκτα. Άλλες έχουν πόνο την νύκτα αλλά και πόνο στην οσφύ ή ιερολαγόνιο πόνο. Υπάρχουν πολλές θεωρίες για αυτόν τον πόνο. Άλλοι ισχυρίζονται ότι προκαλείται από μυϊκή καταπόνηση στην διάρκεια της ημέρας που εκδηλώνεται με τον πόνο την νύκτα, άλλοι ότι προκαλείται από την δυσλειτουργία των ιερολαγόνιων αρθρώσεων. Ακόμα ενοχοποιούνται αλλαγές του κυκλοφορικού συστήματος.

Το 20% έως 30% των γυναικών θα παρουσιάσουν πόνο στην οσφύ αλλά και ιερολαγόνιο πόνο.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διάγνωση στηρίζεται στην λήψη λεπτομερούς ιστορικού από τον ασθενή με σκοπό να διευκρινισθεί η αιτία του πόνου. Η κλινική αξιολόγηση θα δώσει απαντήσεις για τον μηχανισμό που τον προκαλεί. Περιλαμβάνει ειδικά tests, νευρολογικό έλεγχο, έλεγχο λειτουργικότητας και φυσικά αξιολόγηση της στάσης του σώματος.

Ακτινογραφίες δεν περιλαμβάνονται στην διαδικασία της διάγνωσης. Συνήθως ο κλινικός έλεγχος είναι αρκετός. Μπορεί να χρειαστεί Μαγνητική Τομογραφία σε περίπτωση Κήλης Μεσοσπονδύλιου Δίσκου όπου υπάρχει προβληματισμός χειρουργικής αντιμετώπισης, κάτι που είναι εξαιρετικά σπάνιο.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ – αποτρέπει την μηχανική επιβάρυνση πάνω στην σπονδυλική στήλη και φυσικά σε όλες εκείνες τις κατασκευές

που την στηρίζουν, μύες συνδέσμους. Θα πρέπει να εκπαιδευτούν ώστε να διατηρούν την λεκάνη σε ουδέτερη στάση σε όλες τους τις δραστηριότητες.

Πρέπει να αποφεύγουν να χρησιμοποιούν παπούτσια με ψηλό τακούνι. Σε ορθοστασία θα πρέπει περιοδικά το κάθε πόδι να στηρίζεται σε υποπόδιο, ώστε να αποφορτίζετε η τάση πάνω στην οσφύ.

MANUAL THERAPY – με ήπιους χειρισμούς, χρησιμοποιώντας το σώμα και την δύναμη της ίδιας της γυναίκας, προσπαθούμε να αποκαταστήσουμε την σωστή διάταξη του σκελετού, δίνοντας λειτουργικότητα στην σπονδυλική στήλη. Πρόκειται για μια ασφαλή τεχνική χωρίς επιπλοκές.

ΕΙΔΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΣΚΗΣΕΩΝ – με σκοπό να διατηρηθεί η λειτουργικότητα της σπονδυλικής στήλης, αλλά και να αυξηθεί ο μυϊκός τόνος ώστε να μπορεί το μυϊκό σύστημα να ανταποκρίνεται στις επιβαρύνσεις που δέχεται το σώμα, μέσα από τις καινούργιες ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί.

Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην εκπαίδευση των εν τω βάθει κοιλιακών και των πολυσχιδών μυών, η συνεργασία των οποίων διατηρεί την λεκάνη σε ουδέτερη θέση.

Σωστή στάση ξακούρασης στο κρεβάτι (ξαπλώνοντας στο πλάι με ελαφρά λυγισμένα τα πόδια)

Σε περιπτώσεις οξύ πόνου στην διάρκεια της εγκυμοσύνης συνίσταται η εφαρμογή της θεραπευτικής μεθόδου Νευροθεραπεία δια χειρισμών (MNT)

Η “Νεύροθεραπεία δια χειρισμών” είναι μία προχωρημένη θεραπευτική μέθοδος όπου ειδικές νεύρο-αντανακλαστικές τεχνικές επί του σώματος συνδυάζονται με νεύρο-ρεφλεξολογία (NR). Σημαντικό ρόλο σε αυτή τη θεραπευτική προσέγγιση έχουν τα “Νεύρο-αντανακλαστικά σημεία” στο σκελετό του ποδιού (NR).

Τι είναι τα ‘νεύρο-αντανακλαστικά σημεία’ στο σκελετό του ποδιού;

Τα ‘νεύρο-αντανακλαστικά σημεία’ (NR), είναι συγκεκριμένα σημεία που αφορούν χιλιοστά

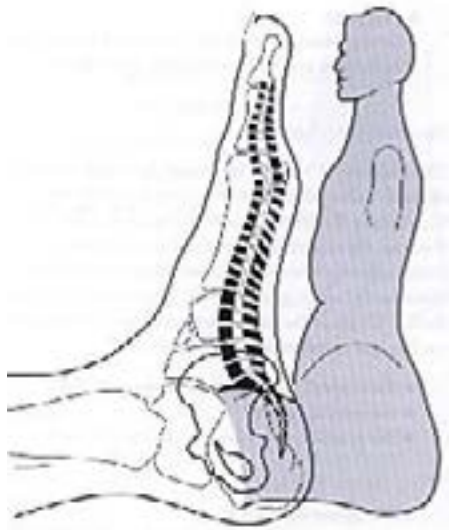
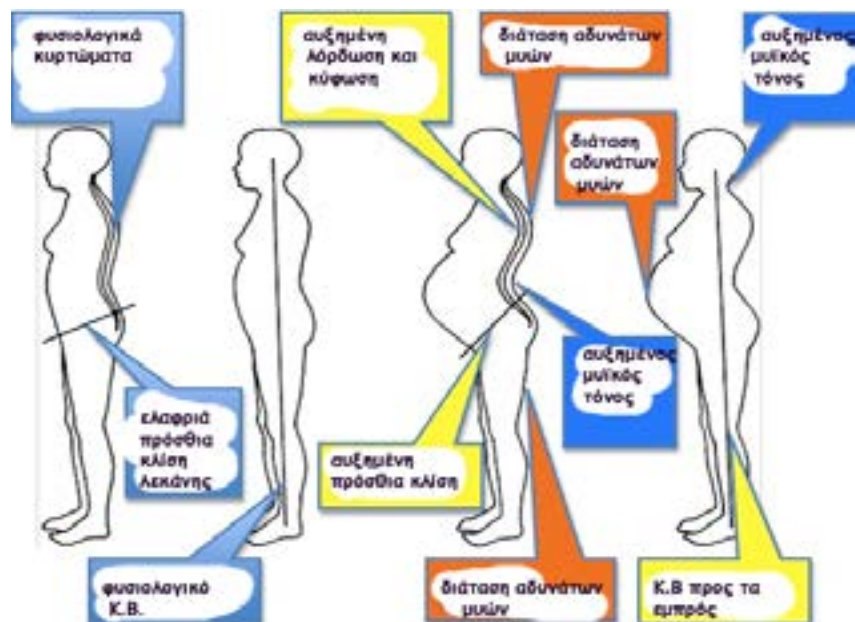
από το περίοστεο των οστών του άκρο πόδα. Θεωρούμε ότι αυτά τα μικρά σημεία αναλογικά αντανakλούν σε συγκεκριμένα νεύρα του σώματος, άρα και τους ιστούς που ελέγχονται από αυτά. Έχουμε διαπιστώσει ότι όταν πιέζουμε/ερεθίζουμε αυτά τα σημεία, έχουμε ένα άμεσο αποτέλεσμα στα αντίστοιχα νεύρα και στους ιστούς στόχους.

Ασκώντας σταθερή πίεση σε αυτά τα σημεία, επιλέγοντας ο θεραπευτής τα κατάλληλα κάθε φορά, ανάλογα με το προσδοκώμενο όφελος, χρησιμοποιώντας τη πρώτη φάλαγγα του αντίχειρα ή τη φάλαγγα του δείκτη του χεριού του, μεταφέρει ερεθίσματα, μέσω του νευρικού συστήματος, ώστε να προκληθεί θεραπευτική μεταβολή στις δομές στόχος.

Εάν το νεύρο ή οι ιστοί στόχος δυσλειτουργούν, τα σημεία θα αντιδράσουν εκλύοντας άλγος. Η πίεση διατηρείται μέχρι να φύγει το άλγος (όχι πάντως περισσότερο από 15 δευτερόλεπτα). Έως τότε μπορεί να παρατηρηθεί κάποιο θεραπευτικό αποτέλεσμα στους ιστούς στόχο ή στο νεύρο ή στη νευρική δομή. Κάποια σημεία ενδεχομένως να αντιδράσουν εκλύοντας αυξανόμενο άλγος ή παρατεταμένο άλγος. Σε αυτή την περίπτωση δεν θα υπάρξει θεραπευτική μεταβολή στους ιστούς στόχο και επιβάλλεται να διακοπή η πίεση.

Φάρμακα πρέπει να χρησιμοποιούνται μόνο σε έκτακτες περιπτώσεις.

Το πρώτο εξάμηνο μετά τον τοκετό, το μυϊκό σύστημα προοδευτικά θα αποκτήσει φυσιολογικό μυϊκό τόνο. Μέσα σε αυτό το χρονικό διάστημα υπάρχει η ανάγκη της αξιολόγησης τόσο της μορφολογίας, όσο και της λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης, γιατί αν δεν αποκατασταθούν οι αλλαγές στον σκελετό, υπάρχει κίνδυνος να παγιωθούν, με αποτέλεσμα προοδευτικά ακόμα και γυναίκες που δεν αντιμετώπιζαν προβλήματα πόνου στην διάρκεια της εγκυμοσύνης να παρουσιάσουν.



ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ – ΗΜΙΚΡΑΝΙΕΣ

ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**



Η Ημικρανία αποτελεί μια ιδιαίτερα δυσάρεστη κατάσταση. Χαρακτηρίζεται από σοβαρούς πονοκεφάλους που καλύπτουν το ένα ημισφαίριο της κεφαλής, αλλά έχει και άλλα συνωδά συμπτώματα.

Αντιμετωπίστε την ημικρανία με φυσικό τρόπο!

Παλαιότερα η ημικρανία θεωρούνταν ψυχολογική διαταραχή, σήμερα πλέον, είναι αναγνωρισμένη ως νευρολογική κατάσταση που επηρεάζει περίπου το 10% του πληθυσμού, ενώ μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ασθενών που έχουν γενετική προδιάθεση. Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς είναι γυναίκες, από τις οποίες περίπου οι μισές συσχετίζουν τις ημικρανίες με τον ορμονικό τους κύκλο. Η ακριβής αιτία είναι άγνωστη, εντούτοις οι ερευνητές πιστεύουν ότι οι κρίσεις έχουν να κάνουν με «χημικές αλλαγές» στον Εγκέφαλο. Σε αυτές τις αλλαγές εμπλέκονται αιμοφόρα αγγεία και συγκεκριμένα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου.

Πολύ συχνά η φαρμακευτική αγωγή αποτελεί την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης των συμπτωμάτων, παρόλο που πιο “φυσικές επιλογές” φαίνεται να είναι εξίσου, αν όχι περισσότερο, αποτελεσματικές.

Πρόσφατη μελέτη χώρισε 91 ενήλικες πάσχοντες από ημικρανία σε τρεις ομάδες για λόγους σύγκρισης. Στη μία ομάδα χορηγήθηκε topiramate (Toramax), εγκεκριμένο φάρμακο για τη πρόληψη και αντιμετώπιση της ημικρανίας στις Η.Π.Α. Στη δεύτερη ομάδα οι συμμετέχοντες εκτελούσαν πρόγραμμα ασκήσεων 40 λεπτών της ώρας, τρεις φορές την εβδομάδα. Οι συμμετέχοντες στη τρίτη ομάδα στη περίοδο της αξιολόγησης συμμετείχαν σε πρόγραμμα χαλάρωσης. Μετά από τρεις μήνες τα αποτελέσματα δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές όσο αφορά την αποτελεσματικότητα μεταξύ των τριών ομάδων. Υπήρξε μείωση των συμπτωμάτων και στις τρεις ομάδες.

Εντούτοις υπάρχει μια σημαντική παράμετρος που δεν πρέπει να διαφεύγει της προσοχής μας. Η πρόκληση σημαντικών παρενεργειών από την μακροχρόνια χρήση της φαρμακευτικής αγωγής σε αντίθεση με τις άλλες επιλογές. Για παράδειγμα στις παρενέργειες από το φάρμακο που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη μελέτη περιλαμβάνονται ναυτία, διάρροια και κόπωση.

Τα ερωτήματα που πρέπει να απαντήσουμε στη πραγματικότητα είναι:

Θέλουμε να αντιμετωπίσουμε το σύμπτωμα, ή να επηρεάσουμε την αιτία του προβλήματος;

Υπάρχουν πολλά και καλά φάρμακα για να προλάβουν ή να σταματήσουν τον πονοκέφαλο. Είναι, όμως, αυτός ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης; Προτιμούμε να αντικαταστήσουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του σώματός μας με «ειδικά φάρμακα», ή να τον ενισχύσουμε ώστε να αντιμετωπίσει το πρόβλημα αποτελεσματικά, όπως εκείνος ξέρει καλύτερα από τον οποιονδήποτε ειδικό;

Προς αυτή τη κατεύθυνση, δηλαδή της βελτίωσης της λειτουργικότητας του κεντρικού νευρικού συστήματος και ως εκ τούτου της ενίσχυσης με φυσικό τρόπο του αμυντικού μηχανισμού του οργανισμού, **δραστηριοποιείται η Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr John Upledger.**

Η Κρανιοϊερή Θεραπεία είναι μία ήπια, μη φαρμακευτική, θεραπεία που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά για την θεραπευτική αγωγή πολλών παθήσεων σε όλες τις ηλικίες. Είναι εξαιρετικά ήπια, μη επεμβατική και δεν προκαλεί δυσφορία ή ενόχληση στον ασθενή ούτε ενέχει κινδύνους ή αντίθετες παρενέργειες. Συμπληρωματικά, ο ασθενής θα πρέπει να ακολουθεί ένα πρόγραμμα αεροβικής άσκησης. Δραστηριότητες, δηλαδή, μικρής έντασης, αλλά μεγάλης αξίας. Η άσκηση κάνοντας στατικό ποδήλατο, περπάτημα, κολύμπι κ.α. είναι δραστηριότητες που δεν κουράζουν, αλλά προκαλούν την παραγωγή ενδορφίνης, της χημικής, δηλαδή, ουσίας του σώματος που ελαττώνει τον πόνο και βελτιώνει την διάθεση.

ΠΗΓΗ:

To Your Health | July, 2012 (Vol. 06, Issue 07)

“Say No to Migraine Medication and Yes to Natural Care”

ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΗ ΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ!

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**



Σωστή στάση σημαίνει οι αρθρώσεις και οι υπόλοιπες δομές που σχετίζονται με αυτές, να συγκρατούνται σε τέτοια θέση ώστε η επιβάρυνση που δέχονται να είναι ελάχιστη. Αντίθετα η λανθασμένη στάση προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση αυξάνοντας την πιθανότητα τραυματισμού.

Σύμφωνα με τον McKenzie το «Σύνδρομο Στάσης» είναι μια οδυνηρή διαταραχή, που προκαλείται από την παρατεταμένη στατική φόρτιση των φυσιολογικών, κατά τα άλλα μαλακών ιστών, μέχρι που αυτή η μηχανική καταπόνηση να προκαλέσει δυσφορία. Ο πόνος στο Σύνδρομο Στάσης προκαλείται, είτε εξαιτίας της μηχανικής παραμόρφωσης των μαλακών ιστών, είτε από αγγειακή ανεπάρκεια λόγω της παρατεταμένης θέσης, είτε λόγω της μηχανικής επιβάρυνσης πάνω στις αρθρικές δομές, στις συσταλτές δομές (μύες) , τους τένοντες ή στις ενθέσεις του περιόστεου. Στο Σύνδρομο στάσης, που αφορά τη σπονδυλική στήλη, ο πόνος είναι αποτέλεσμα μηχανικής



παραμόρφωσης των αρθρικών δομών, ενώ στα άκρα ο πόνος οφείλεται περισσότερο σε αγγειακή στένωση. Ο πόνος επιμένει όσο η κακή στάση διατηρείται, αλλά υποχωρεί μόλις διορθωθεί η στάση. Σε αυτή τη περίπτωση δεν υπάρχει παθολογία.

Η στάση του σώματος επηρεάζεται από την δύναμη της βαρύτητας. Η ένταση των καθημερινών δραστηριοτήτων προκαλεί σημαντική επιβάρυνση, που συχνά επιδεινώνεται από τις λανθασμένες θέσεις του σώματος, το αδύνατο μυϊκό σύστημα και μικρό - τραυματισμούς. Αποτέλεσμα είναι μηχανική επιβάρυνση στους μύες και τους συνδέσμους που συγκρατούν τον σκελετό. Τα βασικά συμπτώματα τότε είναι πόνος, περιορισμός της κίνησης και μυϊκή αδυναμία. Εάν συνεχιστεί η επιβάρυνση επηρεάζονται με την σειρά τους τα νεύρα της περιοχής, με αποτέλεσμα φλεγμονή, ή σύνδρομο μηχανικής επιβάρυνσης (σύνδρομο διαταραχής), δηλαδή ισχιαλγία, οσφυαλγία, αυχενικό σύνδρομο, πονοκέφαλος, πόνος στην πλάτη κ.α. Ενώ η επιπλέον επιβάρυνση μπορεί να οδηγήσει σε μη αναστρέψιμες βλάβες, όπως είναι οι εκφυλιστικές αλλοιώσεις.

Η επίδραση της κακής στάσης έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις στην μορφολογία του σκελετού (McKenzie 1981, 1990). Η περισσότερο συνηθισμένη μορφή είναι να προεξέχει το κεφάλι προς τα εμπρός, γυρτοί ώμοι, κυφωτική πλάτη, απώλεια της οσφυϊκής λόρδωσης, ενώ η όρθια στάση αντικαταστίει από μια σκυφτή στάση. Αυτές οι αλλαγές συνοδεύονται από σημαντικές προσαρμογές

των μαλακών μορίων. Επίσης υιοθετούνται θέσεις του σώματος που χρησιμοποιούνται συχνά, όπως είναι για παράδειγμα η κάμψη, ενώ άλλες, όπως είναι η έκταση, με δυσκολία μπορεί να επιτευχθούν. Μακροχρόνια παραμέληση της στάσης οδηγεί σε προσαρμοστική βράχυνση των ιστών, προκαλώντας «Σύνδρομο Δυσλειτουργίας».

Αν θεωρήσουμε το σώμα ως ένα ενιαίο σύνολο, πέρα από τις μορφολογικές επιπτώσεις, σημαντικές είναι οι επιπτώσεις και στη συνολική λειτουργία του οργανισμού,. Για παράδειγμα η σκολίωση στην θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης επηρεάζει την αναπνευστική λειτουργία, λόγω περιορισμού της κινητικότητας του θώρακα, επηρεάζεται επίσης το πεπτικό και το κυκλοφορικό σύστημα. Σε τελική ανάλυση διαταράσσεται η υγεία του ανθρώπου.

Γενικά οι αιτίες που μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή στην στάση, είτε



μόνες τους, είτε σε συνδυασμό είναι:

- Επαναλαμβανόμενη κακή στάση στην επαγγελματική ενασχόληση.
- Λανθασμένη στάση κατά την διάρκεια της ξεκούρασης.
- Ψυχολογικά ή συναισθηματικά προβλήματα, όπως η κατάθλιψη.
- Προβλήματα όρασης.
- Παχυσαρκία.
- Ακατάλληλα παπούτσια – διαταραχή της βάδισης.
- Αδύνατο μυϊκό σύστημα – διαταραχή της ισορροπίας στην βάδιση.
- Κακή διατροφή.
- Αναπνευστικά προβλήματα.
- Τραυματισμός μυών, τενόντων, συνδέσμων ή οστών.
- Σκολίωση.

Το ερώτημα είναι: Πώς μπορούμε να αντιμετωπίσουμε τις διαταραχές της στάσης, ώστε να αποκαταστήσουμε ή να βελτιώσουμε την υγεία του ανθρώπου;

Είναι σημαντικό να αντιληφθούμε πως η διόρθωση της στάσης είναι μια 'εγκεφαλική' λειτουργία.

Δεν σκεφτόμαστε πως θα βαδίσουμε, πως θα καθίσουμε, πως θα φάμε ή πως θα εκτελέσουμε ένα σημαντικό σύνολο αυτόματων δραστηριοτήτων μας. Αυτό συμβαίνει γιατί υπάρχουν ως 'δεδομένα αποθηκευμένα' στο εγκέφαλό μας.

Μπορούμε να αλλάξουμε αυτά τα δεδομένα και να επαναπρογραμματιστούμε;

Ο εγκέφαλος μας τροποποιείται καθημερινά τόσο ανατομικά όσο και λειτουργικά ως απάντηση στα ερεθίσματα που δέχεται από το περιβάλλον. Πράγμα το οποίο πολύ απλά σημαίνει , ότι ο εγκέφαλος μας - παρά το τι τείνουμε να πιστεύουμε- δεν σταματά να αλλάζει καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής μας. Η ικανότητα αυτή ονομάζεται πλαστικότητα και όπως ακριβώς η πλαστελίνη μας επιτρέπει να αλλάζουμε συνεχώς το σχήμα της, έτσι και ο εγκέφαλος μας επιτρέπει με τα κατάλληλα ερεθίσματα να τον αναδιαμορφώσουμε και να του μάθουμε...πώς να μαθαίνει.

ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΜΑΘΗΣΗ

Ο έλεγχος της κίνησης και της στάσης είναι άμεσα συνδεδεμένος με την λειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ). Η «κινητική μάθηση» είναι μία συνεχής καθ όλη τη διάρκεια της ζωής διαδικασία. Η μάθηση είναι συνυφασμένη με την εξάσκηση που οδηγεί σε βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες αλλαγές στις κινητικές δεξιότητες. Η κινητική μάθηση αποτελείται από το σύνολο όλων αυτών των διαδικασιών που συνδέονται με την εξάσκηση και οδηγούν σε σχετικά μόνιμες αλλαγές των κινητικών δεξιοτήτων (Schmidt & Lee, 1999). Η μάθηση μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη και είναι συνυφασμένη με την «μνήμη» που διαθέτει το ΚΝΣ. Η βραχυπρόθεσμη μνήμη περικλείει περιορισμένες δυνατότητες καθώς έχει μικρή

διάρκεια. Η μακροπρόθεσμη μνήμη επέρχεται όταν υπάρχει συνεχής εξάσκηση σε μια δραστηριότητα, κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα τελικά την απόκτηση μόνιμων δεξιοτήτων (Schmidt & Lee, 1999). Αυτή η μακροπρόθεσμη μνήμη και μάθηση είναι που συνδέεται με λειτουργικές και δομικές αλλαγές, ενδεικτικές της πλαστικότητας του εγκεφάλου (Floyer-Lea & Matthews, 2004).

ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΗΣ ΣΤΑΣΗΣ

Ένας αποτελεσματικός τρόπος επανεκπαίδευσης της στάσης είναι αυτός που προτείνει ο McKenzie:

Καθίστε στην άκρη της καρέκλας με τη γνωστή καμπυλωτή στάση, στη συνέχεια ανυψώστε τον θώρακα και τον κορμό σας με φορά προς τα επάνω (ψηλώστε τον εαυτό σας) αυξάνοντας τη οσφυϊκή λόρδωση, δίνοντας μια προς τα εμπρός κλίση στη λεκάνη, συσπώντας ταυτόχρονα τους κοιλιακούς μύες. Συγκρατήστε αυτή τη στάση για 2 περίπου δευτερόλεπτα πριν επιστρέψετε αργά στην αρχική στάση. Επαναλάβετε την άσκηση 10 έως 15 φορές. Στην τελευταία επανάληψη και ενώ βρίσκεστε στην περισσότερο ανυψωμένη θέση του θώρακα, χαλαρώστε ένα ποσοστό 10% της ανύψωσης, τώρα βρίσκεται στην ιδανική στάση. Επαναλάβετε το σύνολο των ασκήσεων αρετές φορές την ημέρα. Με την εξάσκηση θα μπορέσετε να διατηρήσετε αυτή τη στάση αυτόματα.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

α) Παρατεταμένο κάθισμα: Η κακή στάση σε παρατεταμένο κάθισμα είναι μακράν η περισσότερο συνηθισμένη αιτία πόνου και δυσκαμψίας στη μέση και κατ' επέκταση στον αυχένα. Δεν συμβαίνει μόνο κατά τη διάρκεια της εργασίας αλλά πολύ συχνά και κατά τη διάρκεια της ξεκούρασης. Το παρατεταμένο κάθισμα τελικά θα καταλήξει σε λανθασμένη στάση. Αυτό συμβαίνει γιατί όταν καθόμαστε σε μια συγκεκριμένη στάση για κάποιο χρονικό διάστημα, έστω μικρό, το μυϊκό σύστημα που στηρίζει τη μέση ή τον αυχένα κουράζεται και στη προσπάθεια να το ξεκουράσουμε υιοθετούμε λανθασμένη στάση. Το σώμα καμπυλώνεται, σκαουλιάζει και βρίσκεται κάπου μεταξύ καθίσματος και ξαπλωμένου. Δηλαδή τυπικά έχουμε απώλεια της λόρδωσης στη μέση και στον αυχένα. Αν παραμείνει αρκετά αυτή η στάση θα προκληθεί διάταση των συνδέσμων με αποτέλεσμα πόνο και δυσκαμψία. Ακόμη χειρότερα αν αυτή η στάση γίνει καθημερινή συνήθεια, τότε υπάρχει ο κίνδυνος να προκαλέσει μετακίνηση του πυρήνα του μεσοσπονδυλίου δίσκου, δηλαδή προβολή ή κήλη μεσοσπονδυλίου δίσκου. Αν αυτό συμβεί δεν θα προκαλείται πόνος μόνο σε συγκεκριμένες στάσεις αλλά και από συγκεκριμένες κινήσεις.

Επιβάλλεται λοιπόν σε παρατεταμένο κάθισμα να καθόμαστε σωστά. Αυτό επιτυγχάνεται έχοντας τη μέση σε μέτρια λόρδωση με τη χρήση ενός οσφυϊκού ρολού για υποστήριξη της μέσης. Επίσης σε τακτά χρονικά διαστήματα θα πρέπει να σηκωνόμαστε, να εκτείνουμε τον κορμό προς τα πίσω για 5-6 φορές και να βαδίζουμε για λίγο.

β) Όρθια στάση: Όταν είμαστε υποχρεωμένοι να εργαζόμαστε σε όρθια στάση το αντικείμενο

της εργασίας μας πρέπει να είναι στο ύψος των αγκώνων, να υπάρχει καλός φωτισμός και να μεταφέρουμε το βάρος του σώματος από το ένα πόδι στο άλλο με τη χρήση κάποιου στηρίγματος. Επίσης σε τακτά χρονικά διαστήματα θα πρέπει να εκτείνουμε τον κορμό προς τα πίσω για 5-6 φορές και να βαδίζουμε για λίγο.

γ) Ύπνος: Η καθημερινή στάση του ύπνου συνήθως δεν είναι εύκολο να επηρεαστεί. Επίσης σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και ο τύπος του στρώματος που χρησιμοποιείται στον ύπνο. Στη περίπτωση που κάποιος κοιμάται σε ύπτια στάση (ανάσκελα), η μέση βρίσκεται σε υπερέκταση, τότε είναι χρήσιμο να χρησιμοποιείται ένα οσφυϊκό ρολό για να την υποστηρίξει. Ως οσφυϊκό ρολό μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια μεγάλη πετσέτα τυλιγμένη στη μέση, που να συγκρατείτε στις δύο άκρες ώστε να μην μετακινηθεί. Επίσης καλό είναι να επιλέγεται στρώμα που να υποστηρίζει τα κυρτώματα της σπονδυλικής στήλης, δηλαδή ούτε να τα ευθείαζει αλλά ούτε να τα αυξάνει. Συνήθως ένα στρώμα μέτριας σκληρότητας είναι μια καλή επιλογή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η διόρθωση της στάσης είναι αποκλειστική ευθύνη του ίδιου του ατόμου. Το κλειδί για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων, που σχετίζονται με τη στάση, βρίσκεται στην εκπαίδευση. Ο φυσικοθεραπευτής μπορεί να εκτιμήσει τη στάση σας και να σας προτείνει τρόπους επανεκπαίδευσης, ώστε να επιτύχετε την αυτόματη διόρθωση της.

ΠΗΓΕΣ:

- 1- The Lumbar Spine Mechanical Diagnosis & Therapy, Robin McKenzie, Stephen May
- 2- 7 STEPS TO A PAIN-FREE LIFE, Robin McKenzie with Craig Kubeyv



ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΑΡΘΡΩΣΗ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**

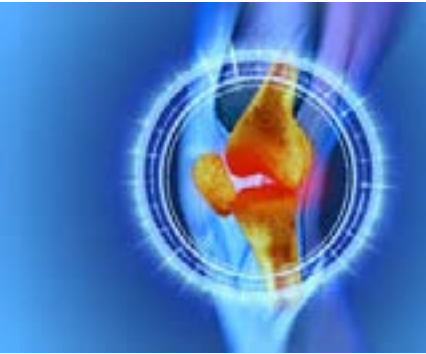


Άνθρωποι όλων των ηλικιών μπορεί να εμφανίσουν πόνο στο γόνατο. Ο πόνος στο γόνατο μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μηχανικής επιβάρυνσης ή τραυματισμού με αποτέλεσμα ρήξη συνδέσμων ή μηνίσκου. Επίσης πόνο στο γόνατο μπορούν να προκαλέσουν παθολογικές καταστάσεις όπως είναι η αρθρίτιδα, η ουρική αρθρίτιδα, λοιμώξεις κ.α.

ΜΗΧΑΝΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ

Πόνος μηχανικής αιτιολογίας μπορεί να είναι συνεχής ή διακοπτόμενος.

Η συνεχής μηχανική παραμόρφωση ιστών που περιέχουν αλοϋποδοχείς, θα προκαλέσει συνεχή πόνο, που θα μεταβάλλεται ποιοτικά αλλά δεν θα εξαφανίζεται. Ο πόνος είναι το αποτέλεσμα στη παραμόρφωση του δικτύου



του κολλαγόνου και ως εκ τούτου της ενεργοποίησης των αισθητικών νευρώνων που ανταποκρίνονται σε κάθε είδους ερεθίσματα, τα οποία είναι ικανά να προκαλέσουν κίνδυνο στον ιστό. Η ενεργοποίηση των εξειδικευμένων αυτών νευρώνων στέλνει, κατά προτεραιότητα, σήματα συναγερμού στον Νωτιαίο Μυελό και μέσω αυτού στον Εγκέφαλο. Η ενεργοποίηση του συγκεκριμένου τύπου νευρώνων ονομάζεται “αλγαισθησία/ αλγοδεκτικότητα”, που κατά κυριολεξία σημαίνει “υποδοχή κινδύνου”. Όσο διαρκεί η μηχανική παραμόρφωση, τόσο ο ασθενής θα πόνει. Συνηθισμένη αιτία μηχανικής παραμόρφωσης είναι η εσωτερική αποδιοργάνωση του γόνατος και η μετακίνηση ελεύθερων σωματιδίων μέσα στην άρθρωση όπως είναι κομμάτι οστού, χόνδρου, ή μηνισκικού υλικό. Η εσωτερική αποδιοργάνωση του γόνατος μεταβάλλει την τάση των δομών γύρω ή μέσα στην άρθρωση, αυξάνοντας την μηχανική παραμόρφωση κάποιων ιστών ενώ αναλογικά την μειώνει σε κάποιους άλλους. Μέσω του μηχανισμού αυτού προκαλείται πόνος που διατηρείται όσο διαρκεί η μηχανική παραμόρφωση ή όσο χρειάζεται έως ότου γίνουν προσαρμοστικές αλλαγές στους μαλακούς ιστούς που περιβάλλουν την άρθρωση.

Διακοπτόμενος πόνος μηχανικής προέλευσης προκαλείται είτε από παρατεταμένη λανθασμένη στάση, είτε από μηχανική επιβάρυνση λόγω μη

φυσιολογικής τάσης πάνω σε φυσιολογικούς ιστούς, είτε φυσιολογικής τάσης πάνω σε ιστούς που βρίσκονται σε διαφοροποιημένη θέση από την κανονική. Ας δώσουμε μερικά παραδείγματα:

1- Σύνδρομο λαγονοκνημιαίας ταινίας. Αυτό συμβαίνει όταν η λαγονοκνημιαία ταινία γίνει τόσο σφικτή ώστε να τρίβεται στην εξωτερική επιφάνεια του μηρού. Δρομείς αποστάσεων εμφανίζουν συχνά αυτό το σύνδρομο.

2- Αλλαγή στη θέση της επιγονατίδας, συνήθως αποκτά μια φορά προς τα έξω, λόγω μυϊκής ανισορροπίας.

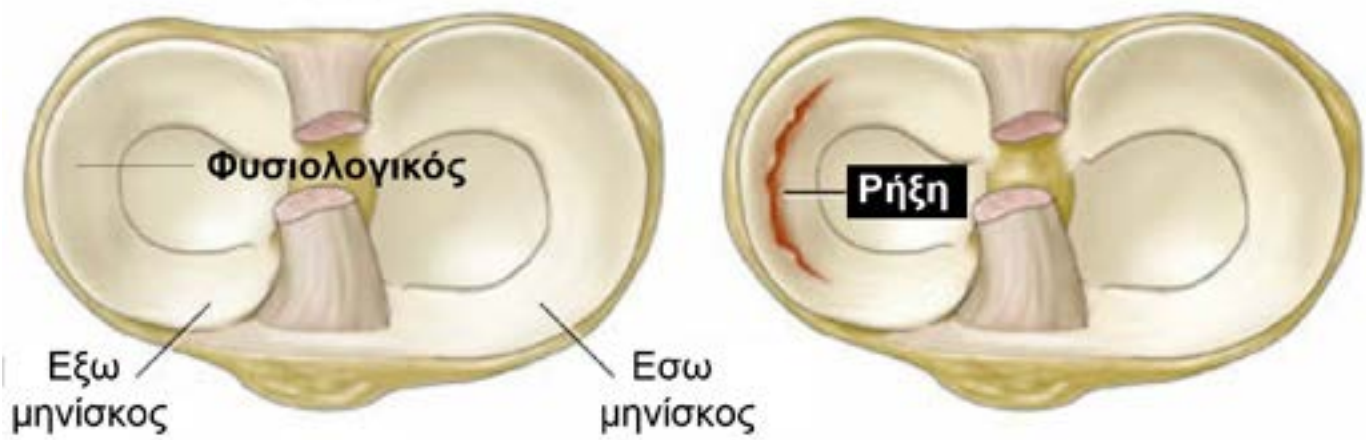
3- Πόνος στο ισχίο ή το πέλμα. Μεταβάλλεται ο τρόπος στήριξης και βάδισης προκαλώντας μηχανική ανισορροπία στη στήριξη του σκελετού.

ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΤΟ ΓΟΝΑΤΟ

ΣΥΝΔΕΣΜΙΚΕΣ ΚΑΚΩΣΕΙΣ - ΜΗΝΙΣΚΟΣ

Οι σύνδεσμοι είναι δυνατές ελαστικές κατασκευές που συγκρατούν τα οστά μεταξύ τους, προσφέροντας δύναμη και σταθερότητα στις αρθρώσεις. Στην άρθρωση του γόνατος υπάρχουν τέσσερις σύνδεσμοι, που ενώνουν το μηριαίο οστό με την κνήμη.

• Ο έσω πλάγιος σύνδεσμος, προσφέρει σταθερότητα στην εσωτερική πλευρά του γόνατος.



• Ο έσω πλάγιος σύνδεσμος, προσφέρει σταθερότητα στην εξωτερική πλευρά του γόνατος.

• Ο πρόσθιος χιαστός σύνδεσμος, που βρίσκεται στο κέντρο του γόνατος, περιορίζοντας την περιστροφή, αλλά και την προς τα εμπρός κίνηση της κνήμης.

• Ο οπίσθιος χιαστός σύνδεσμος, βρίσκεται επίσης στο κέντρο της άρθρωσης του γόνατος, περιορίζοντας την προς τα πίσω κίνηση της κνήμης.

Ανάμεσα στα οστά που σχηματίζουν την άρθρωση του γόνατος υπάρχουν δύο “σφόνες”, οι μηνίσκοι οι οποίοι βρίσκονται στην έσω και έξω πλευρά του γόνατος, αποτελούνται από σκληρό, ελαστικό χόνδρο και λειτουργούν ως αμορτισέρ μεταξύ κνήμης και του μηρού. Χρησιμοποιούν για την απόσβεση των κραδασμών που δέχεται η άρθρωση του γόνατος, αμβλύνουν την επιβάρυνση που δέχεται η κάτω επιφάνεια της άρθρωσης, προσφέροντας παρόλληλα την απαραίτητη σταθερότητα.



Αιτίες και βασικά συμπτώματα τραυματισμού του έσω και έξω πλάγιου συνδέσμου.

Ο έσω πλάγιος σύνδεσμός τραυματίζεται συχνότερα από ότι ο έξω πλάγιος. Συνήθως προκαλείται μετά από κύτπημα στην εξωτερική επιφάνεια του γόνατος, που έχει ως αποτέλεσμα την απότομη διάταση ή ρήξη του συνδέσμου στην εσωτερικής επιφάνειας του γόνατος. Η κάκωση μπορεί να είναι 1ου, 2ου ή 3ου βαθμού. Κάκωση 1ου βαθμού σημαίνει μία βίαιη διάταση του συνδέσμου, 2ου βαθμού μερική ρήξη του συνδέσμου ενώ 3ου βαθμού σημαίνει ολική ρήξη του συνδέσμου.

Τα βασικά συμπτώματα είναι πόνος στο γόνατο με ευαισθησία κατά μήκος της εσωτερικής πλευράς της άρθρωσης, με οίδημα.

Αιτίες και βασικά συμπτώματα τραυματισμού στον πρόσθιο χιαστό σύνδεσμο.

Πρόκειται για έναν ισχυρότατο σύνδεσμο, που παίζει σημαντικό ρόλο στην σταθερότητα της άρθρωσης. Απότομη επιβράδυνση της κίνησης σε συνδυασμό με αλλαγή στην κατεύθυνση κατά την διάρκεια τρεξίματος ή άλματος ή η βίαιη υπερέκταση της άρθρωσης μπορεί να προκαλέσει τραυματισμό στον πρόσθιο χιαστό σύνδεσμο.

Κατά την διάρκεια του τραυματισμού ακούγεται ένας χαρακτηριστικός ήχος, το γόνατο πρήζεται μέσα στις πρώτες 6 ώρες, προκαλείται αστάθεια στην άρθρωση, ενώ ο πόνος εντοπίζεται κυρίως στην εσωτερική πλευρά.

Αιτίες και βασικά συμπτώματα του τραυματισμού στον οπίσθιο χιαστό σύνδεσμο.

Ο τραυματισμός προκαλείται όταν υπάρξει βίαιη στροφή του γόνατος ή υπερέκταση. Συνήθως συνοδεύεται από κάκωση και άλλων συνδέσμων, εκτός αν ο τραυματισμός προκληθεί από απευθείας κύτπημα στην πρόσθια επιφάνεια του γόνατος ενώ βρίσκεται σε κάμψη.

Τα συμπτώματα διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή, λόγω των συνοδών κακώσεων. Καθώς ο οπίσθιος χιαστός σύνδεσμος ουσιαστικά είναι έξω από την άρθρωση, ο τραυματισμός του δεν προκαλεί αίμαρθρο, όπως ο τραυματισμός του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου. Η αστάθεια που προκαλείται δημιουργεί αίσθηση ανασφάλειας στην άρθρωση, ιδιαίτερα στην προσπάθεια αλλαγής κατεύθυνσης. Ο πόνος και το οίδημα μπορεί να διαρκέσουν από 2 έως 4 βδομάδες.

ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΗΝΙΣΚΟΥ

Αιτίες και βασικά συμπτώματα του τραυματισμού του μηνίσκου.

Τραυματισμός στον μηνίσκο μπορεί να προκληθεί σε κάθε ηλικία. Στις μικρές ηλικίες προκαλείται από τις αθλητικές δραστηριότητες, σε ηλικία έως 30 χρονών από ιδιαίτερα βίαιο στροφικό τραυματισμό, ενώ σε προχωρημένες ηλικίες λόγω εκφυλισμού ακόμα και ένας ασήμαντος τραυματισμός μπορεί να προκαλέσει ρήξη. Συνήθως συνυπάρχει οστεοαρθρίτιδα γόνατος.

Το βασικό σύμπτωμα είναι ο πόνος και το οίδημα. Αν υπάρχει μεγάλο ρήγμα του μηνίσκου προκαλείται μπλοκάρισμα της άρθρωσης,

αδυναμία δηλαδή για πλήρη έκταση.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ: Υπάρχουν περισσότερο από 100 τύποι αρθρίτιδας. Οι ποικιλίες που είναι πιθανότερο να επηρεάσουν το γόνατο περιλαμβάνουν:

• Οστεοαρθρίτιδα – εκφυλιστική αρθρίτιδα, ο περισσότερο συνηθισμένος τύπος αρθρίτιδας. Στην οστεοαρθρίτιδα εκφυλίζεται ο χόνδρος, η επιφάνεια του γίνεται ανώμαλη, συμπιέζεται, ενώ δημιουργείται σε ακανόνιστη μορφή νέο οστό στα όρια των αρθρώσεων, τα γνωστά οστεόφυτα.

• Ρευματοειδής αρθρίτιδα. Είναι μια αυτοάνοση πάθηση που μπορεί να επηρεάσει σχεδόν κάθε άρθρωση στο σώμα, συμπεριλαμβανομένης της άρθρωσης του γόνατος. Παρά το γεγονός ότι η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια χρόνια νόσος, που τείνει να ποικίλει σε σοβαρότητα τα συμπτώματα εμφανίζουν περιόδους έξαρσης και ύφεσης.

• Η ουρική αρθρίτιδα. Αυτός ο τύπος της αρθρίτιδας συμβαίνει όταν κρύσταλλοι ουρικού οξέος συσσωρεύονται στην άρθρωση. Συνήθως η ουρική αρθρίτιδα επηρεάζει το μεγάλο δάκτυλο του ποδιού, εντούτοις μπορεί να επηρεάσει και την άρθρωση του γόνατος.

• Ψευδοουρική αρθρίτιδα. Συχνά συγχέεται με την ουρική αρθρίτιδα, προκαλείται από κρυστάλλους που περιέχουν ασβέστιο και αναπτύσσονται στο αρθρικό υγρό. Το γόνατο είναι η άρθρωση που επηρεάζεται περισσότερο από αυτόν τον τύπο αρθρίτιδας.



• Σηπτική αρθρίτιδα. Μερικές φορές η άρθρωση του γονάτου μπορεί να μολυνθεί, με αποτέλεσμα οίδημα, πόνο και ερυθρότητα. Καθώς αυτά τα συμπτώματα είναι συνηθισμένα μετά από τραυματισμό, θα πρέπει να τονισθεί ότι στη σηπτική αρθρίτιδα δεν αναφέρεται τραύμα πριν από την έναρξη του πόνου. Η σηπτική αρθρίτιδα συχνά συνοδεύεται από πυρετό.

ΑΛΛΕΣ ΑΙΤΙΕΣ

Ένας αριθμός παραγόντων μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για πόνο στο γόνατο, συμπεριλαμβανομένων:

• Παχυσαρκία. Όντας κάποιος παχύσαρκος, κατά τη διάρκεια συνήθων δραστηριοτήτων όπως είναι το περπάτημα ή ανεβοκατέβασμα στις σκάλες αυξάνει την επιβάρυνση στις αρθρώσεις των κάτω άκρων, αυξάνοντας την πιθανότητα εμφάνιση οστεοαρθρίτιδας στο γόνατο.

• Χονδροπάθεια επιγονατίδας.

• Εμβιομηχανικά προβλήματα. Ανισοσκελία, πλατυποδία, κοιλοποδία κ.α. είναι δομικές ανωμαλίες που κάνουν το γόνατο επιρρεπές σε διαταραχές και δυσλειτουργία με αποτέλεσμα τον πόνο.

• Η μυϊκή αδυναμία και η έλλειψη ελαστικότητας των μυών είναι ανάμεσα στις κύριες αιτίες των τραυματισμών στο γόνατο.

• Ορισμένα αθλήματα αυξάνουν τον κίνδυνο τραυματισμού στο γόνατο.

• Προηγούμενος τραυματισμός. Έχοντας ένα προηγούμενο τραυματισμό στο γόνατο, που δεν αποκαταστάθηκε αποτελεσματικά, το καθιστά επιρρεπές σε νέο τραυματισμό.

ΠΡΩΤΕΣ ΒΟΗΘΕΙΕΣ – ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Αμέσως μετά τον τραυματισμό, ο ασθενής διακόπτει την όποια δραστηριότητα έκανε, ακινητοποιεί το γόνατο και εφαρμόζει πάγο. Με αυτόν τον τρόπο προστατεύεται από μεγαλύτερο τραυματισμό, ενώ περιορίζει την έκταση του οιδήματος και τον πόνο. Αν πρόκειται για μία ελαφριά κάκωση, τότε υποχωρούν τα συμπτώματα μέσα σε δύο ή τρεις μέρες. Σε περίπτωση που ο πόνος, το οίδημα, ο περιορισμός της κίνησης ή ενδεχομένως η αστάθεια του γονάτου συνεχισθεί, τότε ο ασθενής επιβάλλεται να αναζητήσει ιατρική

βοήθεια.

Οι γιατροί έχουν διαφόρους μεθόδους για να διαγνώσουν τα προβλήματα που σχετίζονται με το γόνατο. Περιλαμβάνεται:

• ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟ του ασθενή, σε σχέση με τα συμπτώματα, τις συνθήκες του τραυματισμού ή άλλων προβλημάτων υγείας.

• ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ, χρησιμοποιούνται ειδικές δοκιμασίες για να διαπιστωθεί η περιοχή του τραυματισμού, αλλά και η έκταση της.

• ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ, όπως απλή ακτινογραφία, αξονική τομογραφία, μαγνητική τομογραφία ή ακόμα και αρθροσκόπηση.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

1. ΕΞΩ ΚΑΙ ΕΞΩ ΠΛΑΓΙΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ: Οι κακώσεις του 1ου και 2ου βαθμού μπορούν να αντιμετωπισθούν συντηρητικά, ενώ του 3ου βαθμού συνήθως συνοδεύεται από ρήξη του πρόσθιου χιαστού συνδέσμου και απαιτεί χειρουργική αντιμετώπιση.

2. ΠΡΟΣΘΙΟΣ ΚΑΙ ΟΠΙΣΘΙΟΣ ΧΙΑΣΤΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ: Στις περιπτώσεις μερικής ρήξης, ο ασθενής ακολουθεί συντηρητικό πρόγραμμα αντιμετώπισης, παράλληλα με την χρήση ειδικού κηδεμόνα σταθεροποίησης του γονάτος. Στόχος του προγράμματος αποκατάστασης η ελάττωση του οιδήματος, ο έλεγχος του πόνου και η ισχυροποίηση των μυών που στηρίζουν την άρθρωση του γονάτος, αλλά κυρίως του τετρακέφαλου μυός. Σε ολική ρήξη τότε απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση. Βασική προϋπόθεση της επιτυχούς έκβασης είναι ο ασθενής στην συνέχεια να ακολουθήσει ειδικό πρόγραμμα αποκατάστασης για 4 μέχρι και 6 μήνες, που θα περιλαμβάνει εξειδικευμένες ασκήσεις σε κάποιο ειδικό κέντρο.

3. ΕΞΩ ΚΑΙ ΕΞΩ ΜΗΝΙΣΚΟΣ: Σε περιορισμένες κακώσεις βασικός στόχος αρχικά είναι η αντιμετώπιση των βασικών συμπτωμάτων, ενώ στην συνέχεια κυρίαρχος στόχος είναι η ισχυροποίηση το μυϊκού συστήματος. Αν υπάρχουν εκτεταμένες κακώσεις στον μηνίσκο, τότε ο ειδικευμένος γιατρός θα επιλέξει είτε την αρθροσκόπηση, είτε το ανοικτό χειρουργείο για να δει το μέγεθος της βλάβης και να την αποκαταστήσει. Βέβαια και σε αυτήν την περίπτωση σημαντικό ρόλο στην επιτυχή έκβαση παίζει το μετεχειρητικό πρόγραμμα αποκατάστασης σε ειδικευμένο κέντρο.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Τα προβλήματα που οφείλονται σε τραυματισμούς ως αποτέλεσμα ενός ατυχήματος δεν μπορούν να προβλεφθούν.

Σε κάθε περίπτωση όμως ισχύουν οι γενικοί κανόνες πρόληψης, όπως είναι το καλό μυϊκό σύστημα, το καλό ζέσταμα των μυών πριν από τις όποιες αθλητικές δραστηριότητες, η αποφυγή της απότομης επιβάρυνσης των αρθρώσεων αλλά της προοδευτικής, η χρησιμοποίηση κατάλληλων υποδημάτων και η διατήρηση του κανονικού βάρους του σώματος καθώς η παχυσαρκία αυξάνει την πιθανότητα οστεοαρθρίτιδας του γονάτος.

ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ

Σε ασθενείς με πόνο στο γόνατο συνίσταται

το πελματογράφημα. Με την χρήση ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή καταγράφεται και αναλύεται η βάδιση σε διαδιάστατες και τρισδιάστατες γραφικές παραστάσεις. Αυτές οι καταγραφές καθιστούν αναγνωρίσιμες τις ανατομικές παραλλαγές και παθήσεις των κάτω άκρων, επιτρέποντας την πλήρη και συγκριτική ανάλυση της δομής του ποδιού, των σημείων πίεσης στο έδαφος, τις βιομηχανικές μεταβολές, καθώς και την κίνηση της γραμμής της βαρύτητας κατά την διάρκεια της βάδισης. Ανάλογα με τα ευρήματα, ο ασθενής εφαρμόζει ειδικά κατασκευασμένα (για αυτόν και μόνον αυτόν) πέλματα στα υποδήματα του.

ΠΗΓΕΣ:

Knee Pain - Mayo Clinic (www.mayoclinic.org)

The Human Extremities - Mechanical Diagnosis & Therapy, Robin McKenzie



ΠΟΝΟΙ ΠΛΑΤΗΣ

ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΣΑΝΤΑ ΚΑΙ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΠΛΑΤΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**



Πόνος στην πλάτη των παιδιών και εφήβων δεν είναι σπάνιος. Υπολογίζεται ότι 37% των παιδιών σχολικής ηλικίας παραπονιούνται για πόνους στην πλάτη τους. Το πρόβλημα αυτό απασχολεί τους γονείς τους παιδίατρους και τους

που τα οδηγούσε σε αλλαγή του επιπέδου δραστηριότητάς τους

Το 10% των παιδιών δήλωσαν ότι είχαν πάρει φάρμακα για την αντιμετώπιση του πόνου της πλάτης τους

Τα παιδιά που ήσαν μικρότερα στην ηλικία και τα κορίτσια, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν σκολίωση

Ο μέσος όρος του βάρους της σχολικής τσάντας των παιδιών, ανερχόταν στο 9% του βάρους σώματος των παιδιών.

Παρά το γεγονός ότι το βάρος αυτό είναι μικρότερο από αυτό που συστήνει η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής για τις τσάντες των παιδιών (από 10% έως 20% του βάρους σώματος του παιδιού), εντούτοις ο πόνος της πλάτης ήταν υπαρκτός σε πολλές περιπτώσεις

Κατά περίεργο τρόπο, τα παιδιά που τοποθετούσαν την τσάντα τους με ένα λουρί στο ένα ώμο αντί και τα δύο λουριά στους δύο ώμους, δεν είχαν περισσότερα προβλήματα από τα άλλα παιδιά

Η έρευνα δείχνει το πρόβλημα των σκελετικών διαταραχών που μπορούν να προκληθούν από τις σχολικές τσάντες.



φυσικοθεραπευτές που βλέπουν με ανησυχία τα παιδιά να μεταφέρουν καθημερινά ένα βαρύ φορτίο μέσα στη σχολική τους τσάντα.

Οι κίνδυνοι της μεταφοράς ενός φορτίου που είναι δυσανάλογο για το σώμα και την ηλικία του παιδιού, αφορά κυρίως τη σπονδυλική στήλη του παιδιού.

Εκτός από την πρόκληση του πόνου υπάρχει ο κίνδυνος πρόκλησης λειτουργικής σκολίωσης. Με τον όρο σκολίωση περιγράφεται η πλάγια κλίση, πάνω από 10 μοίρες, της σπονδυλικής στήλης, με σχήμα "C" ή "S".

ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΛΟΓΩ ΚΑΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ.

Όπως το περιγράφει και ο χαρακτηρισμός της, οφείλεται στην κακή στάση του παιδιού. Μπορεί να αντιμετωπισθεί με επιτυχία από την

τεχνική 'Λειτουργικής Αποκατάστασης- Manual Therapy', σε συνδυασμό με επανεκπαίδευση στην σωστή στάση και πρόγραμμα ειδικών ασκήσεων ενίσχυσης της λειτουργικότητας και του μυϊκού τόνου, ώστε να διατηρείται η σωστή στάση σε κάθε δραστηριότητα του παιδιού.

Σε έρευνα που έγινε και αφορούσε 1.546 παιδιά ηλικίας από 11 έως 14 ετών, βρέθηκε ότι:

Από το σύνολο των παιδιών το 37% παραπονιόταν για πόνο στην πλάτη

Τα παιδιά που είχαν τις πιο βαριές σχολικές τσάντες, παρουσίαζαν και τους περισσότερους πόνους στην πλάτη

Πολλά από τα παιδιά, περισσότερα από 1 στα 4, είπαν ότι ο πόνος ήταν τόσο έντονος

Ο πόνο και η σκολίωση της σπονδυλικής στήλης μπορούν να επηρεάσουν όχι μόνο τη σωματική διαμόρφωση των παιδιών αλλά και να τροποποιήσουν τις δραστηριότητες τους, αλλοιώνοντας την ποιότητα ζωής τους.

Οι ειδικοί εισηγούνται ότι πρέπει να βρεθούν τρόποι να γίνουν πιο ελαφριές οι σχολικές τσάντες των παιδιών.

Η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής, έχει εκδώσει οδηγίες για τις σχολικές τσάντες που θα πρέπει να έχουν τα παιδιά:

Πρέπει να γίνεται προσεκτική επιλογή για την ανεύρεση κατάλληλης τσάντας για το παιδί. Αυτές που έχουν φαρδιά λουριά με βάτες και που έχουν βάτα στο πίσω μέρος (εκείνο που έρχεται σε επαφή με την πλάτη του παιδιού), είναι πιο αναπαυτικές για το παιδί και θα πρέπει να προτιμούνται. Οι σχολικές τσάντες πρέπει να είναι ελαφριές. Δεν πρέπει να ξεπερνούν το 10% έως 20% του βάρους του παιδιού.

Τα παιδιά θα πρέπει πάντα να βάζουν και τα δύο λουριά, το ένα στον κάθε ώμο. Εάν μεταφέρουν την τσάντα μόνο στον ένα ώμο, υπάρχει ο κίνδυνος να δυσκολεύουν τους μυς τους και να υποστούν σκολίωση.

Η κατανομή των βιβλίων μέσα στην τσάντα πρέπει να γίνεται ομοιόμορφα για να υπάρχει ισοζυγισμένη κατανομή του βάρους. Τα πιο βαριά αντικείμενα θα πρέπει να τοποθετούνται στο κέντρο.

Εάν υπάρχει η δυνατότητα, τότε μια σχολική τσάντα με τροχούς θα μπορούσε να βοηθήσει. Είναι όμως γεγονός ότι κάτω από ορισμένες συνθήκες, αυτό μπορεί να μην είναι πρακτικό.

Εάν το παιδί φοιτά σε σχολείο που υπάρχουν ατομικά ερμάρια, τότε το παιδί θα μπορούσε, ορισμένα βιβλία να τα έχει διπλά, στο σχολείο και στο σπίτι, για να αποφεύγεται η μεταφορά τους.

Οι γονείς δεν πρέπει να αμελούν εάν το παιδί ή ο έφηβός τους, παραπονιέται για πόνο στην πλάτη. Σε τέτοια περίπτωση, θα πρέπει να συμβουλευούνται τον παιδίατρο τους ή τον φυσικοθεραπευτή τους.

Οι γονείς, οι δάσκαλοι και καθηγητές των παιδιών και εφήβων, με την επιστροφή στο σχολείο, από την αρχή του χρόνου, είναι απαραίτητο να λαμβάνουν υπόψη το πρόβλημα των ενοχλήσεων ή παθήσεων που προκαλεί η βαριά σχολική τσάντα και να μεριμνούν για την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Βιβλιογραφία:

National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases

American Academy of Orthopedic Surgeons



ΣΚΟΛΙΩΣΗ

ΣΚΟΛΙΩΣΗ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, MT, CST, MNT**



Με τον όρο Σκολίωση περιγράφεται η πλάγια κλίση, πάνω από 10 μοίρες, της σπονδυλικής στήλης, με σχήμα “C” ή “S”. Εμφανίζεται στο 2% του πληθυσμού και από αυτούς το 0,5% έχει σοβαρό πρόβλημα.

Η σκολίωση ταξινομείται σε τέσσερις τύπους:

1. ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΣΚΟΛΙΩΣΗ. Είναι παρούσα από την γέννηση του παιδιού. Η μόνη αποτελεσματική αντιμετώπιση είναι η χειρουργική.

2. ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΛΟΓΩ ΝΕΥΡΟ-ΜΥΪΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (πολιομυελίτιδα, εγκεφαλική παράλυση, μυϊκή δυστροφία κ.α.). Η αντιμετώπιση εντάσσεται στην γενική θεραπευτική προσέγγιση αυτών των ασθενών.

3. ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΣΚΟΛΙΩΣΗ. Αποτελεί το 80% των περιστατικών, αγνώστου αιτιολογίας. Εμφανίζεται σε ηλικία 10 ετών περίπου, με συχνότητα τριπλάσια στα κορίτσια από τα αγόρια. Η εγκατάσταση είναι σταδιακή, χωρίς πόνο, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα σοβαρό πρόβλημα, χωρίς να γίνεται άμεσα αντιληπτό από τους γονείς.

4. ΣΚΟΛΙΩΣΗ ΛΟΓΩ ΚΑΚΗΣ ΣΤΑΣΗΣ. Όπως το περιγράφει και ο χαρακτηρισμός της, οφείλεται στην κακή στάση του παιδιού ή του ενήλικα, ενώ είναι αρκετά συχνή. Μπορεί να αντιμετωπισθεί με επιτυχία από την τεχνική “Manual Therapy”, σε συνδυασμό με επανεκπαίδευση στην σωστή στάση και πρόγραμμα ειδικών ασκήσεων ενίσχυσης της λειτουργικότητας και του μυϊκού τόνου, ώστε να διατηρείται η σωστή στάση σε κάθε δραστηριότητα του ασθενή.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΡΟΣΕΧΟΥΝ ΟΙ ΓΟΝΕΙΣ ΩΣΤΕ ΝΑ ΠΡΟΛΑΒΟΥΝ ΤΗΝ ΠΙΘΑΝΟΤΗΤΑ ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ

Ιδιαίτερα για τους δυο τελευταίους τύπους σκολίωσης (Ιδιοπαθής, Λόγω κακής στάσης), καθοριστικός παράγοντας για την έκβαση της θεραπείας είναι η έγκαιρη διάγνωση. Οι γονείς πρέπει και μπορούν να έχουν μια καθοριστική συμμετοχή σε αυτήν. Θα πρέπει να παρατηρούν το παιδί τους για:

- Ασυμμετρία των ώμων.
- Αν προεξέχει η ωμοπλάτη προς τα πίσω.
- Ασυμμετρία στην μέση ή την λεκάνη.
- Ανυψωμένο ισχίο.
- Κλίση ολόκληρου του σώματος στην μια πλευρά.

Βέβαια δεν πρέπει να ξεχνάμε την προληπτική εξέταση των παιδιών, είτε με πρωτοβουλία των γονέων, είτε του σχολείου από ειδικευμένους ιατρούς ή φυσικοθεραπευτές.

ΠΩΣ ΠΡΟΚΑΛΕΙΤΑΙ ΠΟΝΟΣ ΣΤΗΝ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗ ΣΤΗΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΚΟΛΙΩΣΗ

Η σπονδυλική στήλη (Σ.Σ.) είναι ένα κινητικό όργανο, που περιλαμβάνει τους σπονδύλους, τον μεσοσπονδύλιο δίσκο (βρίσκεται ανάμεσα στους σπονδύλους και λειτουργεί σαν αμορτισέρ αποσβένοντας τους κραδασμούς και τις πιέσεις που δέχεται η Σ.Σ., ενώ επιτρέπει τις πλάγιες και στροφικές κινήσεις του κορμού), και ένα σύνολο μυών - συνδέσμων για επιρρόσθητη στήριξη και βοήθεια στην διατήρηση της ακεραιότητας της κατασκευής.

Η ύπαρξη σκολίωσης σημαίνει αλλαγή στην διάταξη αυτής της κατασκευής με διαταραχή της λειτουργικότητας. Δηλαδή περιορισμός της κινητικότητας. Η ένταση των καθημερινών δραστηριοτήτων προκαλεί μια σημαντική μηχανική τάση πάνω της, που επιδεινώνεται από την κακή στάση, το αδύνατο μυϊκό σύστημα και τυχόν τραυματισμούς. Αποτέλεσμα όλων

αυτών είναι μικροτραυματισμοί στους μυς, τους συνδέσμους, φλεγμονή στα νεύρα ή της αρθρώσεις και φυσικά πόνο.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

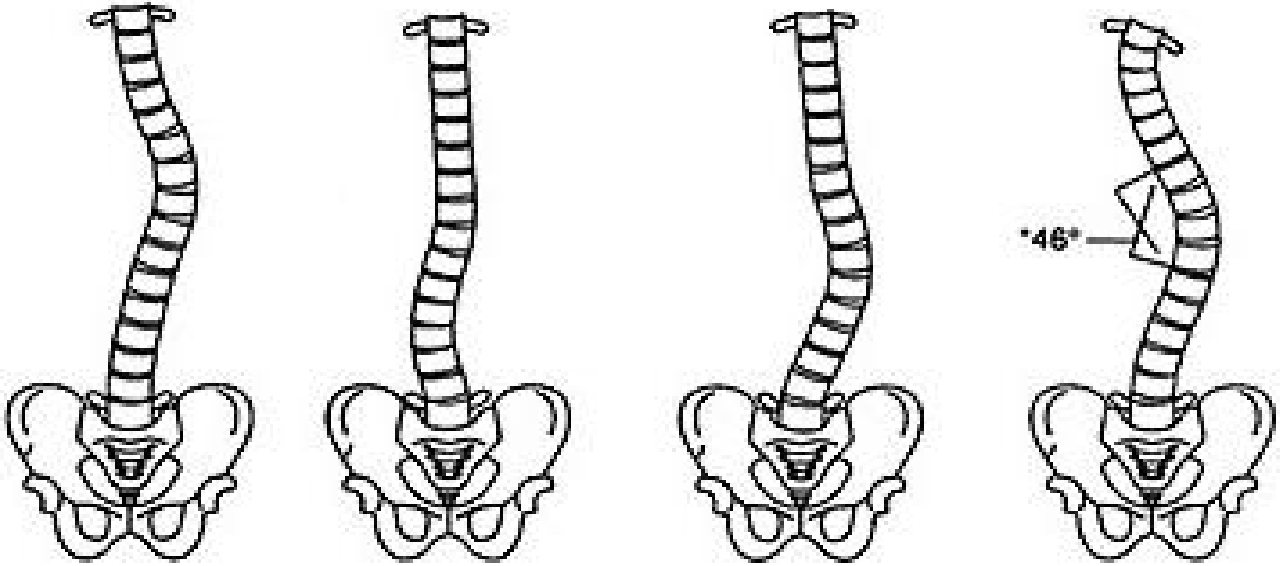
Η σκολίωση πάνω από 10 μοίρες μπορεί να διαπιστωθεί από την κλινική εξέταση και να επιβεβαιωθεί από την ακτινογραφία (X-RAY) ολόκληρης της σπονδυλικής στήλης. Με την ακτινογραφία μπορούμε να καθορίσουμε ακριβώς το μέγεθος του κυρτώματος, σημαντικό στοιχείο για τη επιλογή του θεραπευτικού προγράμματος που θα ακολουθήσει ο ασθενής.

ΤΗΛΕΜΕΤΡΙΑ

Αποτελεί θαυμάσιο εργαλείο έγκαιρης διάγνωσης και πρόληψης μορφολογικών παθήσεων στα παιδιά (κύφωση, σκολίωση, λόρδωση). Είναι γνωστό ότι σε αυτής της μορφής τα προβλήματα, η έγκαιρη διάγνωση καθορίζει το ποσοστό επιτυχίας της θεραπείας. Έχοντας σαν πλεονεκτήματα ότι δεν επιβαρύνει καθόλου τον οργανισμό με ακτινοβολία και το χαμηλό κόστος, προληπτικά μπορούν να γίνουν επαναληπτικές μετρήσεις στα παιδιά ηλικίας από 8 ετών έως 15 ετών, ώστε να διαπιστωθεί αν πάσχουν για να αρχίσουν όσο το δυνατόν γρηγορότερα την ανάλογη θεραπεία.



ΤΥΠΟΙ ΣΚΟΛΙΩΣΗΣ



Ετυμολογικά «Τηλεμετρία» σημαίνει μετρώ από μακριά. Με την χρήση ενός ειδικά διαμορφωμένου αισθητήρα (Spinal Mouse) που φέρει ηλεκτρονικούς δέκτες και κυλά πάνω στην σπονδυλική στήλη, στέλνονται πληροφορίες μέσω ραδιοσυχνότητας στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, ο οποίος τις σχηματοποιεί, τις αναλύει και τις συγκρίνει με προηγούμενες.

Αυτές οι πληροφορίες αξιοποιούνται από τον θεραπευτή για να εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενή και να κατανοήσει τον μηχανισμό που προκάλεσε τα προβλήματα του, ώστε να σχεδιάσει το κατάλληλο θεραπευτικό πρόγραμμα για τις ατομικές ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενή. Παράλληλα έχει ένα αντικειμενικό τρόπο αξιολόγησης της θεραπευτικής προσπάθειας.

Η εξέταση είναι αξιόπιστη, γρήγορη, ασφαλής. Οι πληροφορίες που λαμβάνουμε αφορούν την στάση του ασθενή (κύφωση, σκολίωση, λόρδωση), το εύρος κίνησης της σπονδυλικής στήλης σαν σύνολό, αλλά και για κάθε σπονδυλικό τμήμα ξεχωριστά (υπο-κινητικότητα / υπερ-κινητικότητα), ενώ μας δίνει την δυνατότητα αξιολόγησης της ικανότητας των μυών να στηρίζουν την σπονδυλική στήλη στην όρθια στάση (Matthi-ass test).

Η εξέταση περιλαμβάνει δυο στάδια.

· Το αρχικό στάδιο είναι οι μετρήσεις που γίνονται πριν αρχίσει το θεραπευτικό πρόγραμμα και αποτελεί την βάση για τον σχεδιασμό του.

· Το τελικό στάδιο, όπου αντικειμενικά πλέον αξιολογούμε την αποτελεσματικότητα του προγράμματος.

Φυσικά έχοντας σαν βάση αυτές τις πληροφορίες, μπορούμε να εκτιμήσουμε μακροχρόνια την εξέλιξη της πορείας των ασθενών.

Υπάρχουν βέβαια και άλλοι τρόποι περισσότερο εξειδικευμένοι, αλλά δεν υπάρχει λόγος να αναφερθούν.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Για την καλύτερη κατανόηση της θεραπευτικής προσέγγισης ας βάλουμε κάποια όρια σύμφωνα με το μέγεθος του κυρτώματος.

1. 10 – 20 μοίρες. Συνίσταται πρόγραμμα ειδικών θεραπευτικών ασκήσεων, επανεκπαίδευση στην σωστή στάση. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε ότι ο εγκέφαλος (το όργανο που ελέγχει όλες μας τις δραστηριότητες εκούσιες ή ακούσιες), έχει καταγράψει την λανθασμένη στάση σαν φυσιολογική και αυτό είναι που πρέπει να αλλάξει. Για τον σκοπό αυτόν απαιτείται η συνεργασία του ίδιου του ασθενή, αλλά και του περιβάλλοντος του. Η δυσκολία είναι μεγάλη ιδιαίτερα στα παιδιά που δεν έχουν συμπτώματα, αλλά πρέπει να πεισθούν να συνεργασθούν για να μην έχουν προβλήματα στο μέλλον. Επανεξέταση του ασθενή κάθε έξη μήνες, ώστε να παρακολουθείτε η εξέλιξη της σκολίωσης.

2. 25 – 40 μοίρες. Στα προηγούμενα προστίθεται η αναγκαιότητα χρήσης ειδικών κηδεμώνων, με σκοπό να σταματήσει η εξέλιξη της σκολίωσης (ποσοστό επιτυχίας 70%), αλλά όχι να διορθωθεί.

3. 40 - 50 μοίρες. Ο ασθενής βρίσκεται σε επικίνδυνη ζώνη για επιπλοκές από το αναπνευστικό ή το καρδιαγγειακό σύστημα, απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση.

ΠΡΟΛΗΨΗ

Η έγκαιρη διάγνωση είναι ίσως ο πιο σημαντικός παράγοντας για την εξέλιξη του προβλήματος. Μέχρι την ηλικία των 16 - 17 χρόνων πολλά μπορούν να γίνουν και πολλά μπορούν να διορθωθούν. Μετά από αυτήν την ηλικία, που σταματάει η ανάπτυξη του παιδιού, το μόνο που μπορούμε να κάνουμε είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και η αποτροπή της επιδείνωσης.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι αυτό το πρόβλημα

είναι ικανό να δημιουργήσει στον ασθενή κοινωνικά ή ψυχολογικά προβλήματα (έλλειψη αυτοσεβασμού, αυτοπεποίθησης, περιθωριοποίηση κ.α.), τόσο στην ενηλικίωση, όσο και στον εργασιακό χώρο (περιορισμένες επαγγελματικές ευκαιρίες). Φυσικά η οικονομική επιβάρυνση για τις απαραίτητες θεραπείες είναι σημαντική.



ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

ΟΜΑΛΗ ΕΝΤΑΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΣΤΗΝ ΣΧΟΛΙΚΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**



Η έναρξη των σχολείων είναι ένα γεγονός σημαντικό για όλους τους μαθητές και ιδιαίτερα για αυτούς που θα το επισκεφθούν για πρώτη φορά. Ως τη στιγμή που για πρώτη φορά θα πάει το παιδί στο σχολείο, η οικογένεια του αποτελεί την πρωταρχική κοινωνική ομάδα μέσα από την οποία έρχεται σε επαφή με άλλους ανθρώπους και στην οποία έχει τον πρωταγωνιστικό ρόλο. Είναι η ομάδα μέσα στην οποία συντελείται η πρωτογενής κοινωνικοποίηση του. Οι σύγχρονες οικογένειες είναι καθαρά παιδοκεντρικές όπου τα πάντα περιστρέφονται γύρω από το παιδί.

Συνεπώς, για πολλά παιδιά, η είσοδός τους στο σχολείο είναι ένα γεγονός γεμάτο από δυσκολίες, γιατί αντιπροσωπεύει μια από τις πιο σημαντικές αλλαγές στον μέχρι τότε τρόπο ζωής τους. Άλλα παιδιά ξεκινούν τη σχολική τους ζωή χωρίς δισταγμούς. Για τα περισσότερα παιδιά, η φοίτησή τους στον παιδικό σταθμό ή στο νηπιαγωγείο αποτελεί και την πρώτη τους εμπειρία παρατεταμένης απομάκρυνσης από το σπίτι και από τις καθημερινές τους συνήθειες και τον τρόπο ζωής, που μέχρι τώρα είχαν υιοθετήσει. Με την είσοδό του το παιδί στο σχολείο μπαίνει σε έναν εντελώς διαφορετικό κόσμο. Ξαφνικά, παύει να είναι το επίκεντρο, γύρω από το οποίο στρεφόταν η προσοχή όλων, γιατί εκεί υπάρχουν και άλλα παιδιά και όλα μαζί μοιράζονται την προσοχή και την φροντίδα της δασκάλας τους. Τα παιδιά πρέπει να αποκτήσουν συναίσθηση των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων, που απορρέουν από τη φοίτησή τους στο σχολείο, να προσαρμοστούν σε νέους κανόνες, να ασκήσουν την ικανότητα

της αυτοσυγκέντρωσης, της αυτοπειθαρχίας και της προσοχής. Όλα αυτά δεν είναι εύκολα για ένα μικρό παιδάκι.

Το θέμα, λοιπόν, είναι το πώς μπορεί ένα παιδί να προετοιμαστεί κατάλληλα για την πρώτη του επίσκεψη στην σχολική κοινότητα. Πρώτο και κύριο μέλημα σας θα πρέπει να είναι το να μην του μεταδώσετε το δικό σας άγχος και τις ανησυχίες. Μπορεί να φοβάστε σχετικά με το τι πρόκειται να συναντήσει εκεί που θα πάει, αν θα τα καταφέρει με τις νέες του υποχρεώσεις ή ακόμη και να νοιώθετε τύψεις που το αποχωρίζεστε αλλά σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να εκδηλώνετε ανοικτά αυτούς τους προβληματισμούς.

Έπειτα, καλό θα είναι ο μικρός μαθητής να προετοιμάζεται για αρκετό χρονικό διάστημα για αυτή την τόσο σπουδαία αλλαγή στη ζωή του, θα πρέπει να του δημιουργηθούν θετικά αισθήματα και προσδοκίες ως προς την φοίτηση του στο σχολείο. Να ενημερωθεί για τις δραστηριότητες με τις οποίες θα ασχοληθεί, για τους φίλους που πρόκειται να αποκτήσει, για τις κατασκευές που θα φτιάχνει για τις νέες γνώσεις και εμπειρίες που θα αποκτήσει ή ακόμη και για το πόσο καλή θα είναι η παιδαγωγός του. Αν χρειαστεί μπορεί να γίνει και μία επίσκεψη στον χώρο του σχολείου κατά την διάρκεια των καλοκαιρινών διακοπών ή ακόμη και να πραγματοποιηθεί συνάντηση με την δασκάλα για μια πρώτη γνωριμία. Ακόμη, είναι πολύ βοηθητικό να επιλέξει και να αγοράσει ο ίδιος ο μαθητής τα απαραίτητα σχολικά είδη π.χ. την τσάντα, τα μολύβια και

τα τετράδια που του αρέσουν, τα ρούχα που θα φοράει εκεί, σε μία προσπάθεια επιβράβευσης του για αυτή τη νέα του αρχή.

Θα ήταν πολύ βοηθητικό να διηγηθείτε στο παιδί σας ιστορίες με τον αγαπημένο του ήρωα που έχουν να κάνουν με την πρώτη μέρα στο σχολείο. Προσπαθήστε η ιστορία σας να είναι ευχάριστη, να έχει αστεία, ο ήρωας να κάνει νέους φίλους στο σχολείο του, να μαθαίνει νέα πράγματα και να μπορεί να διαβάσει. Μπορείτε να του περιγράψετε πώς ήταν η δική σας πρώτη μέρα στο σχολείο (ή π.χ. του μεγαλύτερου του αδερφού), τι κάνατε εκεί, πώς γνωρίσατε τους καινούριους σας φίλους, πόσο χαρούμενοι ήσασταν για την πρώτη μέρα στο σχολείο.

Ωστόσο, παρά την προετοιμασία, η στιγμή της άφιξης στο σχολείο είναι ιδιαίτερα ψυχοφθόρα. Θα πρέπει να μιλήσετε στο παιδί σας με ειλικρίνεια, εξηγώντας του τους λόγους για τους οποίους πρέπει να πάει και δίνοντας του μια πλήρη αναφορά σχετικά με το πού θα βρίσκεστε την ώρα που αυτό θα είναι στο σχολείο και με τι θα ασχολείστε, π.χ. αν θα εργάζεστε ή αν θα είστε σπίτι με ένα μικρότερο αδερφάκι. Αν παρ' όλα αυτά ξεσπάσει σε κλάματα καθουσιάστε το και μείνετε μαζί του για λίγη ώρα μέχρι να ηρεμήσει. Αν δείτε ότι τα κλάματα συνεχίζουν ή ακόμη γίνονται πιο έντονα αποχωρίστε διακριτικά δίνοντας του την υπόσχεση ότι θα το πάρετε μία συγκεκριμένη ώρα (στην οποία θα πρέπει να είστε απόλυτα συνεπείς).

Γενικά, επειδή όλη αυτή η διαδικασία της προσαρμογής είναι αρκετά επίπονη, όχι μόνο για το παιδί αλλά και για όλη την οικογένεια, καλό θα ήταν να αποφευχθούν άλλες αλλαγές - κλειδιά, ιδιαίτερα για το πρώτο χρονικό διάστημα. Καλό είναι να του εξηγήσετε αναλυτικά και όσες φορές χρειαστεί ποιο θα είναι το πρόγραμμα του το φετινό χειμώνα και πως αυτή η διαδικασία είναι η ίδια που όλα τα παιδάκια του κόσμου ακολουθούν ώστε να μεγαλώσουν σωστά και να μάθουν τον κόσμο. Τέλος, θα πρέπει να θυμάστε ότι τα ψέματα και οι προσπάθειες παραπλάνησης δεν βοηθούν καθόλου. Αντίθετα, πληγώνουν το παιδί και του δημιουργούν ανασφάλειες και ανησυχίες.

Καλή σχολική χρονιά σε όλους τους μικρούς μαθητές!!!

Άλλες πηγές:

www.hamogelo.gr/140-1/812/Proth-fora-sto-sxoleio

www.karatziou.gr/texts/article1.doc

www.praxisth.gr/άρθρα/33-πρώτη-μέρα-στο-σχολείο.html



ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΕΚΦΟΒΙΣΜΟΣ

Άρθρο της **Ψυχολόγου Έλλης Τιγγινάγκα, MSc**

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία το φαινόμενο του εκφοβισμού απασχολεί όλο και περισσότερους επιστήμονες λόγω της συνεχούς αυξητικής του τάσης, τόσο στο δυτικό κόσμο όσο και σε μη «δυτικού τύπου» κοινωνίες.

Οι όροι που αναφέρονται σχετικά με τον εκφοβισμό είναι:

«επιθετικότητα»

«βία»

«νταής»

«τσαμπουκάς»

«μάγκας»

Η απόκτηση γνώσης είναι το πρώτο και βασικό βήμα που πρέπει να γίνει για να μπορεί κάποιος να αντιμετωπίσει τέτοιες καταστάσεις. Και στο σχολικό εκφοβισμό το πρώτο που πρέπει να ειπωθεί είναι τι δεν είναι σχολικός εκφοβισμός.

Σχολικός εκφοβισμός, λοιπόν, δεν είναι μια διαμάχη - σύγκρουση μεταξύ δυο μαθητών ή μαθητριών, δεν είναι το πείραγμα, το αστέιο προς κάποιον συμμαθητή που γίνονται σε συγκεκριμένο χρόνο, δεν έχουν συνέχεια και δεν επηρεάζουν την συναισθηματική κατάσταση των παιδιών. Ο σχολικός εκφοβισμός είναι ένα πιο σύνθετο φαινόμενο και εκείνο που τον διαφοροποιεί από το πείραγμα και τον

τσακωμό είναι η έντασή του, η διάρκειά του, η ανισορροπία δύναμης μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών και η συναισθηματική επίδραση που έχει πάνω στα παιδιά.

Με λίγα λόγια ο σχολικός εκφοβισμός είναι μια κατάσταση επαναλαμβανόμενη, κατευθύνεται σε συγκεκριμένα παιδιά από παιδιά (πολλές φορές και ομάδα παιδιών) που υπερέχουν σε δύναμη -όχι απαραίτητα σωματικά- και έχουν ως αποτέλεσμα το παιδί που εκφοβίζεται να νοιώθει απομονωμένο, να βιώνει άγχος και φόβο, να παρουσιάζει σχολική άρνηση και διάφορες συναισθηματικές δυσκολίες.

Γενικά ο σχολικός εκφοβισμός μπορεί να περιλαμβάνει :

-Χτυπήματα

-Απειλές, εκβιασμό, πειράγματα, παρατσούκλια, κοροϊδία, διάδοση φημών

-Εσκεμμένο αποκλεισμό μαθητών από διάφορες κοινωνικές και σχολικές δραστηριότητες,

-Σεξουαλική παρενόχληση

-Κλοπές ή και Ζημιές στα προσωπικά αντικείμενα του παιδιού που βιώνει τον εκφοβισμό

- Ηλεκτρονικό bullying / cyber bullying. Πρόκειται για τον εκφοβισμό που προκαλείται διαμέσου της χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών, κινητών τηλεφώνων και άλλων ηλεκτρονικών συσκευών

Τις περισσότερες φορές τα παιδιά που βιώνουν εκφοβισμό δεν το αποκαλύπτουν σε κανέναν, γιατί:

-Ντρέπονται

Η ντροπή είναι ένα συναίσθημα που ακολουθεί τον σχολικό εκφοβισμό, καθώς τα παιδιά νοιώθουν ότι όλοι γελάνε μαζί τους. Ντρέπονται γι' αυτό που τους συμβαίνει και θεωρούν ότι όλοι οι συμμαθητές τους, τους θεωρούν δειλούς/ δειλές. Έτσι δυσκολεύονται να κάνουν φίλους, καθώς θεωρούν εκ προοιμίου ότι κανείς δεν θα τους θέλει για φίλους. Επίσης, ντρέπονται να το αποκαλύψουν στους γονείς τους, γιατί θεωρούν πως θα τους «απογοτεύσουν».

-Φοβούνται

Τα παιδιά που βιώνουν τον εκφοβισμό θεωρούν πως είναι αδύνατον να αλλάξει η συγκεκριμένη κατάσταση. Φοβούνται ότι οποιοσδήποτε χειρισμός από τρίτους θα προκαλέσει το θυμό του «βασανιστή/ών» τους και επομένως τα πράγματα θα γίνουν χειρότερα. Ζουν έχοντας διαρκώς τον φόβο ότι θα τα κοροϊδέψουν, ότι θα γελάσουν μαζί τους.

-Νοιώθουν ότι φταίνε

Η σκέψη των παιδιών είναι ενοχική, ιδιαίτερα σε καταστάσεις βίας. Θεωρούν ότι εκείνα φταίνε, ότι εκείνα προκάλεσαν την συγκεκριμένη κατάσταση. Θεωρούν ότι είναι οι υπαίτιοι για ό,τι γίνεται (πχ. με λένε «γυαλάκια» -} φοράω γυαλιά -} άρα έχουν δίκιο -} «είμαι γυαλάκιας»).

-Σκέφτονται ότι θα απογοτεύσουν / στενοχωρήσουν τους γονείς τους

Όλα τα παιδιά αποζητούν την αγάπη και τον θαυμασμό των γονιών τους. Θεωρούν, λοιπόν, ότι αν οι γονείς τους μάθουν αυτό που συμβαίνει θα απογοτευτούν και θα στενοχωρηθούν. Νοιώθουν θυμό που δεν μπορούν να αντιδράσουν σε ό,τι τους συμβαίνει. Αυτός ο θυμός συνήθως εκφράζεται σε οικεία - αγαπημένα πρόσωπα, όπως ο πατέρας, η μητέρα, ή ο αδελφός.

Για τους λόγους που προαναφέραμε, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο συναισθηματικός κόσμος και την ψυχολογία των παιδιών, η οποία, και στην περίπτωση των θυμάτων του σχολικού εκφοβισμού, δεν διαφέρει από εκείνη των ατόμων που έχουν υποστεί οποιαδήποτε άλλη μορφή βίας.

Το παιδί που εκφοβίζει επιλέγει το παιδί που θα εκφοβίσει πολύ συγκεκριμένα και καθόλου τυχαία. Συνήθως θα επιλέξει παιδί που διαφέρει με κάποιον τρόπο από τα υπόλοιπα (είναι από άλλη χώρα, έχει άλλη θρησκεία, φοράει σιδεράκια, διαφέρει από τη μέση εικόνα ενός μαθητή), είναι το παιδί που δύσκολα θα βοηθήσει κάποιος (παιδιά μοναχικά που δεν κάνουν εύκολα φίλους), που είναι λιγότερο «δυνατό».

Ωστόσο και το παιδί που βιώνει εκφοβισμό, πολλές φορές γεννά στους τρίτους αντικρουόμενα συναισθήματα. Συχνά προκαλεί στους γονείς, εκπαιδευτικούς και συμμαθητές του συναισθήματα θυμού, καθώς είτε δεν του αναγνωρίζουν την αδυναμία του να αντιδράσει, είτε θεωρούν ότι αυτό ευθύνεται για τον εκφοβισμό που βιώνει.

Σε γενικές γραμμές πολλά από τα στοιχεία



Physio.gr | **PHYSIOMAG**



της προσωπικότητας του παιδιού που βιώνει τον εκφοβισμό ευνοούν την στοχοποίησή του. Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι τα παιδιά που βιώνουν εκφοβισμό παρουσιάζουν:

- χαμηλή αυτοεκτίμηση,

- αδυναμία επίλυσης προβλημάτων,

- καταθλιπτικά στοιχεία,

- συναισθηματικές δυσκολίες,

- αίσθημα μοναξιάς,

- χαμηλές σχολικές επιδόσεις και απουσίες

- διαταραχές συμπεριφοράς

- ψυχολογικά / ψυχοσωματικά προβλήματα (πονοκέφαλοι, κοιλιακά άλγη, ενοούρηση, διαταραχές ύπνου)

- άγχος

- φοβίες

- δεν μπορούν να μείνουν μόνα

- αποφεύγουν τη βλεμματική επαφή

Στην εκδήλωση του φαινομένου ιδιαίτερο ενδιαφέρον συγκεντρώνει το παιδί (ή ομάδα παιδιών) που εκφοβίζει, το οποίο συχνά γεννά, επίσης, αντιφατικά συναισθήματα. Σε πολλούς ανθρώπους προκαλεί θυμό και αγανάκτηση, ενώ άλλοι αναγνωρίζουν την ανάγκη για στήριξη που έχει και αυτό το παιδί.

Πάντα θα πρέπει να θυμόμαστε ότι πίσω από ένα παιδί που εκφοβίζει θα βρεθούν:

- ανάγκη για κυριαρχία πάνω σε άλλους

- αδυναμία ελέγχου παρορμήσεων

- μειωμένη ικανότητα αυτοελέγχου

- αδυναμία τήρησης κανόνων και ορίων

- ασυνήθιστα χαμηλό άγχος

- διογκωμένη αυτό-εικόνα

- έλλειψη αίσθησης του μέτρου

- δημοτικότητα που βρίσκεται στο μέσο όρο, ή κάτω από αυτόν και η οποία μειώνεται καθώς προχωρά στις εκπαιδευτικές βαθμίδες

-εχθρικότητα απέναντι στο περιβάλλον του (ιδιαίτερα σε γονείς και εκπαιδευτικούς)

- απόλυτη έλλειψη ενσυναίσθησης

-πιθανόν να περιβάλλεται από άλλους συμμαθητές οι οποίοι δεν εκφοβίζουν άμεσα αλλά ενισχύουν το παιδί που εκφοβίζει

Εάν δεν ληφθεί άμεσα η κατάλληλη φροντίδα υπάρχουν αυξημένα ποσοστά μελλοντικής:

- παραβατικής συμπεριφοράς,

- χρήσης ουσιών και

- εμπλοκής με το νόμο

Σημείο κλειδί στην εμφάνιση του φαινομένου του σχολικού εκφοβισμού αποτελούν τα παιδιά - θεατές. Με την συμπεριφορά τους διευκολύνουν ή λειτουργούν ανασταλτικά στην εμφάνιση του φαινομένου.

Οι αναμενόμενες αντιδράσεις των παιδιών - θεατών είναι:

- να γελάσουν

- να χαμογελάσουν



- να αδιαφορήσουν

- να μιλήσουν στο διπλανό τους και να σχολιάσουν αυτό που γίνεται είτε θετικά, είτε αρνητικά

- να κοιτούν και να μην κάνουν απολύτως τίποτε

Οι συγκεκριμένες αντιδράσεις ενισχύουν την συμπεριφορά του παιδιού που ασκεί βία, καθώς με το να γελάσουν / χαμογελάσουν, ή να σχολιάσουν το γεγονός οι «θεατές» έχει επιτύχει να κερδίσει την προσοχή τους.

Στις αντιδράσεις αδιαφορία / απραξία είτε δεν δίνει σημασία, είτε εντείνει την επιθετική συμπεριφορά προς το παιδί-θύμα, προκειμένου να «κερδίσει» και αυτούς τους «θεατές».

Από την άλλη πλευρά, οι συγκεκριμένες αντιδράσεις επηρεάζουν σημαντικά το παιδί που δέχεται εκφοβισμό. Το γέλιο, το χαμόγελο, η αδιαφορία και η απραξία ενισχύουν τη μοναξιά του. Παράλληλα, σε δεύτερο επίπεδο ενισχύουν την επιβεβαίωση της πράξης του παιδιού που εκφοβίζεται και επομένως ενισχύεται ακόμη περισσότερο η ενοχή του παιδιού που βιώνει τον εκφοβισμό. Επίσης ο σχολιασμός του γεγονότος ενισχύει με τη σειρά του και την ντροπή που βιώνει το παιδί και τη μοναξιά του.

Στην εκδήλωση ενός τέτοιου φαινομένου μέσα στο σχολικό πλαίσιο πρώτο λόγο οφείλουν να έχουν και οι εκπαιδευτικοί. Σε γενικές γραμμές ο εκπαιδευτικός θα πρέπει να:

- Ενημερωθεί για το φαινόμενο και επομένως να γίνει ικανότερος στο να το αναγνωρίζει, να το σταματά άμεσα και να μπορεί να αναπτύξει, στη συνέχεια, προγράμματα ή τεχνικές παρέμβασης για την εκτόνωσή του

- Μην αγνοήσει ή υποτιμήσει κάτι που του αναφέρει το παιδί

- Κάνει άμεση και αυστηρή παρατήρηση αμέσως μετά το περιστατικό

- Αξιοποιήσει τη «δύναμη» του παιδιού που ασκεί βία σε θετικές συμπεριφορές

- Αναπτύξει δραστηριότητες σχετικά με το φαινόμενο (συζήτηση, παιχνίδι ρόλων, ανάγνωση λογοτεχνικών κειμένων)

- Δημιουργήσει θετικό κλίμα στο σχολείο

- Προστατεύσει το παιδί που δέχεται τη βία.

Καλό θα ήταν να μη του ζητηθεί να εξηγήσει το τι έχει συμβεί μπροστά σε άλλους, αλλά σε κατ' ιδίαν συνάντηση να γίνεται προσπάθεια απενοχοποίησης και συναισθηματικής ενίσχυσης. Επίσης, συστήνεται να αποφεύγεται η ποινικοποίηση της πράξης και η τιμωρία του παιδιού- θύτη με αποβολές από τη σχολική μονάδα, καθώς δεν είναι αποτελεσματικές. Θα πρέπει να δημιουργείται τέτοιο κλίμα στο σχολείο, ώστε να μην καλύπτονται φαινόμενα εκφοβισμού ή ενδοσχολικής βίας ως «μυστικά». Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να μην ζητηθεί η «συμφιλίωση» μεταξύ του παιδιού που δέχεται βία και εκείνου που ασκεί τη βία, καθώς υπάρχει ο κίνδυνος να επαναθυματοποιηθεί το ένα παιδί και το άλλο να επιβεβαιώσει την «δύναμη» και την κυριαρχία» του.

Γι' αυτό οι γονείς θα πρέπει:

-Να παρατηρούν τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Οποιαδήποτε ξαφνική και χωρίς εμφανή αιτία αλλαγή στη συμπεριφορά τους, στη διάθεση, στην όρεξη, στον ύπνο, στη γνώμη τους για κάποια άτομα, στη σχολική τους παρουσία και επίδοση πρέπει να τους προβληματίζει και διακριτικά να διερευνούν το τι συμβαίνει.

-Εάν αντιληφθούν ότι το παιδί τους βιώνει εκφοβισμό θα πρέπει, σε πλαίσιο ασφάλειας και εμπιστοσύνης, να κουβεντιάσουν με το παιδί τους για την εμπειρία του και γενικά για το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού.

-Να απενοχοποιήσουν το παιδί.

-Να εξηγήσουν στο παιδί ότι κανείς δεν έχει το δικαίωμα να του φέρεται έτσι.

-Να επιβραβεύσουν το παιδί που συμμετείχε στην κουβέντα και αποκάλυψε σημαντικά πράγματα.

-Να μην βάλουν το παιδί σε διαδικασίες αντεκδίκησης. Δεν έχουν κανένα αποτέλεσμα.

-Να αναδείξουν στο παιδί τη σημασία και πόσο σημαντικό είναι να έχει επικοινωνία με το δάσκαλο και να του εξηγήσουν τη διαφορά τού «μαρτυρώ» από το «ζητάω» βοήθεια.

-Να θυμούνται ότι ο στόχος είναι να βοηθήσουν το παιδί τους και όχι να τιμωρηθεί το άλλο παιδί.

-Να επικοινωνήσουν με το δάσκαλο.

-Να ζητήσουν τη βοήθεια κάποιου ειδικού.

-Σε όλες τις περιπτώσεις μπορούν να επικοινωνήσουν με την Εθνική Τηλεφωνική Γραμμή για τα Παιδιά SOS 1056, δωρεάν και ανώνυμα, η οποία είναι στελεχωμένη με κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους και λειτουργεί όλο το 24ώρο.

Οι μαθητές που εκφοβίζονται νοιώθουν αρκετά αρνητικά συναισθήματα – η σιωπή τόσο των μεγάλων, όσο και των άλλων παιδιών τους επιβαρύνει ακόμη περισσότερο. Ας βγούμε, λοιπόν, όλοι από τη σιωπή μας!

Πηγές : Το χαμόγελο του παιδιού, Ευρωπαϊκή καμπάνια κατά του σχολικού εκφοβισμού, ΕΨΥΠΕ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΒΙΒΛΙΟΥ

23 Δευτέρα Νοεμβρίου

ώρα 19.00



σας προσκαλούμε
στο Bistro. Bar. Cafe ΣΦΗΝΑ

Ηρώων Πολυτεχνείου 8,
15342, Αγ. Παρασκευή
Αττική

στην εκδήλωση
παρουσίασης
του βιβλίου

Χρόνιος Πόνος
Η παραφωνία του εγκεφάλου -
Μια εναλλακτική πρόταση

Χαράλαμπος Τιγγινάγκας ΜΤ. CST.MNT
Φυσικοθεραπευτής

Για το βιβλίο θα μιλήσουν:
Τσιτινίδης Κωνσταντίνος - Ομοιοπαθητικός Ιατρός
Μακρή Αγγελική Msc. Ολιστική - Κλινική Διαιτολόγος

Απόσπασματα θα διαβάσει η:
Αγγελοπούλου Λυδία
Την παρουσίαση του βιβλίου θα συντονίζει η δημοσιογράφος:
Αλεξάνδρα Κορδά

Η εκδήλωση θα πλαισιωθεί με όμορφες μελωδίες από καταξιωμένους καλλιτέχνες του λυρικού ρεπερτορίου.

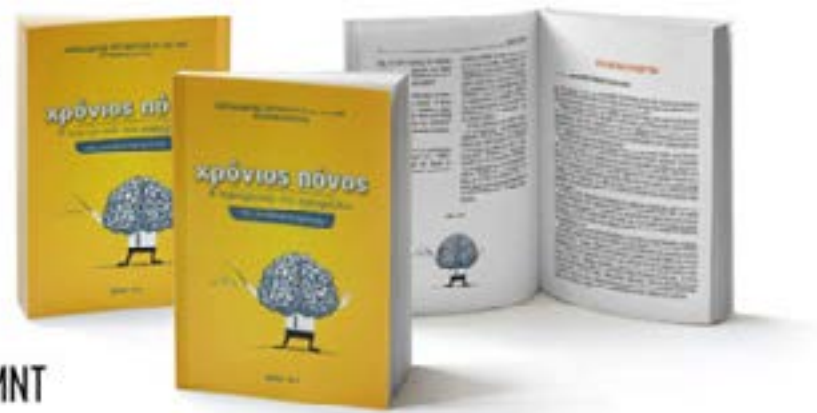
Αλκιμάχου 3-5, Αθήνα 116 34
Τ: +30 210 7220 562 | Μ: +30 6932 261 521
S: www.physio.gr | www.craniosacral.gr
E: tigis@physio.gr

Παρουσίαση - Χρόνιος Πόνος

Σας προσκαλούμε στο Bistro.
Bar. Cafe ΣΦΗΝΑ στην εκδήλωση
παρουσίασης του βιβλίου

Χρόνιος Πόνος
Η παραφωνία του εγκεφάλου
Μια εναλλακτική πρόταση

Χαράλαμπος Τιγγινάγκας ΜΤ, CST, MNT
Φυσικοθεραπευτής



Η επιθυμία να γράψω αυτό το βιβλίο γεννήθηκε μέσα από τη σχέση που ανέπτυξα με τους ασθενείς μου.

Όλοι, άλλος λίγο και άλλος πολύ, ήθελαν, πριν ή και κατά τη διάρκεια των θεραπειών, να τους εξηγήσω τα «γιατί» του χρόνιου πόνου που τους έκανε να υποφέρουν, και τα «πώς»

θα απαλλάσσονταν απ' αυτόν. Και αυτό που προσπάθησα να εξηγήσω στο βιβλίο είναι πως ο χρόνιος πόνος δεν είναι τίποτε άλλο από την παραφωνία του εγκεφάλου μας, αν θεωρήσουμε ότι ο εγκέφαλος είναι ο μαέστρος που ελέγχει την αρμονική λειτουργία του οργανισμού. Ο θεραπευτής πρέπει να «προκαλεί» τον ασθενή ώστε να χρησιμοποιήσει τις δυνατότητες του σώματος του για «αυτοδιόρθωση». Βασισμένο σε

αυτή τη λογική είναι δομημένο το βιβλίο που έχετε στα χέρια σας. Επιχειρεί να βοηθήσει τον ασθενή -ή και τον θεραπευτή ακόμα- να κατανοήσει την οδό, ώστε να διευκολύνει τη διαδικασία απελευθέρωσης του οργανισμού από τα 'δεσμά' του, οδηγώντας στην 'αυτοδιόρθωση', στην λειτουργική αρμονία, την ομοιόσταση και, τελικά, στην επανεκκίνηση του οργανισμού.

Ένα μήνυμα από τον συγγραφέα

Θεωρούμε τον ασθενή ως ένα σύνολο με ψυχοσωματική διάσταση, που χαρακτηρίζεται από αρμονία στη λειτουργικότητα του. Η υγεία, που είναι το ζητούμενο και η «κατάκτησή» της ο σημαντικότερος στόχος στη ζωή, επιτυγχάνεται όταν όλα τα τμήματα του σώματος είναι ελεύθερα να λειτουργούν σε αρμονική σχέση το ένα με το άλλο, είτε αυτό αφορά στη λειτουργία ενός κυττάρου, είτε στη λειτουργία του πιο περίπλοκου μηχανισμού του σώματος. Η διαταραχή αυτής της λειτουργικής αρμονίας είναι υπεύθυνη για πολλές παθολογικές και επώδυνες καταστάσεις, όπως είναι και ο χρόνιος πόνος.

Απαιτείται, λοιπόν, μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου προβλήματος όπως είναι η αρμονία στη λειτουργικότητα του οργανισμού, ή αλλιώς 'ομοιόσταση'. Απαιτείται ακόμη η ενεργοποίηση όλων εκείνων των δυνατοτήτων αυτό-διόρθωσης ή αυτορρύθμισης που διαθέτει ο οργανισμός, προκειμένου να αντιμετωπίσει ο ίδιος, όπως εκείνος ξέρει καλύτερα από οποιονδήποτε άλλο, τα προβλήματά του.

Η εκδήλωση θα πλαισιωθεί με όμορφες μελωδίες από καταξιωμένους καλλιτέχνες του λυρικού ρεπερτορίου.



Bistro, Bar, Cafe ΣΦΗΝΑ

**Ηρώων Πολυτεχνείου 8,
15342, Αγ. Παρασκευή Αττικής**



ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ - ΙΝΟΜΥΑΛΓΙΑ

ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**

Στον μυοσκελετικό πόνο, από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ένας θεραπευτής, είναι να ενισχύσει τη δυνατότητα του ασθενή του να επιστρέψει, ελεύθερος πόνου, στις καθημερινές του δραστηριότητες. Δηλαδή να επιτύχει μακροχρόνια αποτελέσματα.

Όταν ο ασθενής αναζητήσει βοήθεια από τον θεραπευτή, τις περισσότερες φορές το κάνει εξαιτίας του πόνου. Ο πόνος όμως είναι το σύμπτωμα μιας υποκείμενης αιτιολογίας. Αν ο θεραπευτής σπαταλήσει την ενέργειά του στην αντιμετώπιση του συμπτώματος και όχι στην υποκείμενη αιτιολογία, τότε, είτε θα έχει έναν ασθενή που θα εξαρτάται από αυτόν για τον έλεγχο του πόνου, είτε θα αναζητήσει αλλού βοήθεια με ότι αυτό μπορεί να σημαίνει.

Όπως πολύ πειστικά ανέφερε ο Sir William Osler: «Για να μπορέσουμε να θεραπεύσουμε κάτι, πρέπει πρώτα να είμαστε σε θέση να το αναγνωρίσουμε». Άρα αρχικά θα πρέπει να είμαστε σε θέση να αντιληφθούμε τον μηχανισμό που προκαλεί τον πόνο και στην συνέχεια να σχεδιάσουμε ένα θεραπευτικό πλάνο προσαρμοσμένο στις ατομικές ανάγκες του ασθενή, ώστε να επιτύχουμε μακροχρόνια αποτελέσματα.

Σε μορφολογικές αλλαγές της δομής, υπάρχουν εσώτοκα ερεθίσματα κυρίως από το ιδιοδεκτικό σύστημα και το περιφερειακό νευρικό σύστημα που πληροφορούν τον εγκέφαλο ότι κάτι δεν πάει καλά. Η έκφραση του πόνου ρυθμίζεται πλέον από τον εγκέφαλο. Μπορεί να υπάρχει ή μπορεί να μην υπάρχει πόνος, φυσικά στον θεραπευτή θα προσέλθει ο ασθενής με πόνο. Μπορεί να υπάρχουν στο σώμα σημαντικές δομικές αλλαγές χωρίς πόνο. Ως εκ τούτου οδηγός μας είναι η ύπαρξη συμπτωματολογίας σε λειτουργικές κινήσεις.

Στο μυοσκελετικό πεδίο, μια γενική αρχή είναι πως η δομική ανισορροπία έχει ως αποτέλεσμα τον πόνο και την δυσλειτουργία, αντίθετα η δομική ισορροπία ισοδυναμεί με λειτουργικότητα απαλλαγμένη από συμπτώματα. Η προέλευση του μυοσκελετικού πόνου και η δυσλειτουργία είναι σχετικά εύκολα ανιχνεύσιμη σε ασθενή που παραπονιέται για πόνο.

Ας υποθέσουμε ότι στην όρθια στάση ο αριστερός άκρος πόδας βρίσκεται σε πρηνισμό, που τυπικά προκαλείται από βλαισότητα στην υποστραγαλική άρθρωση (STJ), συνοδευόμενη από πτώση του σκαφοειδούς οστού. Ο δεξιός άκρος πόδας βρίσκεται σε υπτιασμό, όπου η υποστραγαλική άρθρωση είναι σε ραιβότητα,

Με τη "Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης" προσπαθούμε να αντιληφθούμε τον μηχανισμό που προκαλεί τα συμπτώματα στον

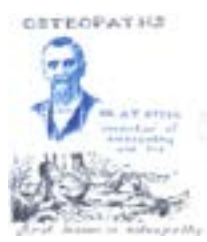
ασθενή, να αναγνωρίσουμε τα διαφοροποιημένα πρότυπα κίνησης, εντοπίζοντας τις περιοχές που υπολειτουργούν και εκείνες που είναι ασταθείς, ώστε με ήπιους χειρισμούς, ειδικές τεχνικές επανεκπαίδευσης (ιδιοδεκτικότητα), και το Μηχάνημα της Ενεργής Θεραπευτικής Κίνησης, να αποκαταστήσουμε την φυσιολογική λειτουργικότητα, απαλλάσσοντας τον ασθενή από την συμπτωματολογία. Επίσης προσπαθούμε να αντιληφθούμε τι μπορεί να κρύβεται πίσω από τον πόνο του ασθενή. Πολλές φορές ο πόνος είναι αποτέλεσμα μιας σύνθετης διεργασίας που έχει ξεκινήσει πολύ πριν γίνει αντιληπτός.

Δίνουμε στον ασθενή 'ρεαλιστικές προσδοκίες'. Δεν επιδιώκουμε απλά την ανακούφιση του ασθενή, αλλά να αλλάξουμε τη συνολική λειτουργικότητα του σώματος, γεγονός που μας δίνει μακροχρόνια αποτελέσματα.



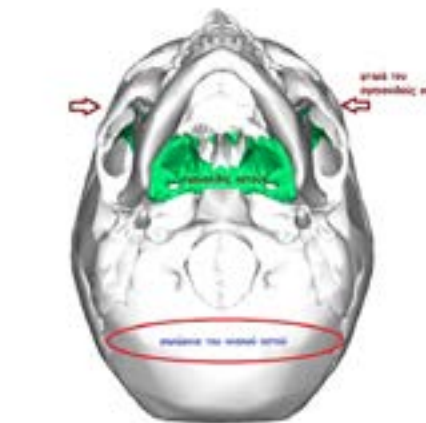
ΚΛΙΝΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΙΣΜΟΣ 2

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**



Στο πρώτο μέρος περιγράψαμε ότι στο μυοσκελετικό πεδίο, μια γενική αρχή είναι πως η δομική ανισορροπία έχει ως αποτέλεσμα τον πόνο και την δυσλειτουργία, αντίθετα η δομική ισορροπία ισοδυναμεί με λειτουργικότητα απαλλαγμένη από συμπτώματα.

Θυμηθείτε ακόμη ότι η περιτονία είναι ένα ινώδες κολλαγονούχο δίκτυο συνδετικού ιστού που διατρέχει ολόκληρο το σώμα, καλύπτοντας κάθε μυ, όργανο, οστέινη δομή και κύτταρο στο σώμα. Για να αντιληφθούμε τον τρόπο που καλύπτει το σώμα η περιτονία, ας χρησιμοποιήσουμε μεταφορικά το παράδειγμα ενός κεριού με κοχύλια τοποθετημένα στο εσωτερικό του. Τα κοχύλια θα αντιπροσώπευαν κάθε κύτταρο, κάθε όργανο, μυ, οστό και νεύρο στο σώμα και το κερί θα αντιπροσώπευε την περιτονία. Ανατομικά, η περιτονία πορεύεται αρχικά σε μία επιμήκη κατεύθυνση μέσα στο οβελιαίο επίπεδο από την κορυφή του κρανίου έως την πελματική περιτονία των ποδιών, σε ένα συνεχές αλληλένδετο δίκτυο συνδετικών ιστών. Υπάρχουν, επίσης, οριζόντια διαφράγματα, ή πτυχές της περιτονίας που δημιουργούν κοιλότητες, οι οποίες διευκολύνουν την ακέραια μορφή και την σταθερότητα, ενώ επιτρέπουν στα σπλαχνικά όργανά μας να παραμένουν στη θέση τους. Χωρίς αυτές τις οριζόντιες πτυχές της περιτονίας θα επικρατούσε η βαρύτητα και τα νεφρά μας θα έπεφταν μέσα στην λεκάνη, οι πνευμονές μας θα εκτεινόταν συνεχώς πλάγια και θα έπεφταν στην κοιλιακή κοιλότητα κλπ. Οι οριζόντιες πτυχές της περιτονίας εντοπίζονται στη βάση του ινιακού οστού, στο ύψος του υοειδούς οστού, στο λαιμό, στη θωρακική είσοδο, στο αναπνευστικό διάφραγμα και στην βάση της πυέλου. Η περιτονία, η οποία περιλαμβάνει τη σκληρά μήνιγγα, περιβάλλει εσωτερικά το κρανίο και τον νωτιαίο μυελό και σχηματίζει το έλυτρο της σκληράς μήνιγγας.



Ας υποθέσουμε ότι το αριστερό λαγόνιο οστό έχει πρόσθια στροφή, με αποτέλεσμα ένα 'λειτουργικά μακρύτερο' κάτω άκρο. Αντίθετα το δεξιό λαγόνιο οστό έχει οπίσθια στροφή με αποτέλεσμα ένα 'λειτουργικά κοντύτερο' κάτω άκρο. Λαμβάνοντας υπόψη πως η λεκάνη μαζί με το ιερό οστό είναι η βάση στήριξης της σπονδυλικής στήλης, θα προκληθεί 'λειτουργική σκολίωση' ως προσαρμογή στις μορφολογικές αλλαγές της λεκάνης. Αυτή η ασυμμετρία με την καθημερινή επιβάρυνση επιδεινώνεται, έως ότου ο πόνος να κάνει την εμφάνισή του. Στη κλινική αξιολόγηση αυτή η δομική ασυμμετρία εύκολα μπορεί να γίνει αντιληπτή.

Τι συμβαίνει όμως μακριά από τη περιοχή της λεκάνης;

Μελετώντας αντίστοιχα την διαστρέβλωση στη κρανιακή περιοχή, διαπιστώνουμε ότι τα 'φτερά' στο σφηνοειδές οστό του κρανίου αναλογικά ακολουθούν ένα πατέντο δυσλειτουργίας και στρέβλωσης που ταιριάζει με αυτό της πρόσθιας λαγόνιας ακρολοφίας, ενώ η ακρώρεια του ινιακού οστού παρουσιάζει πατέντο αναλογικό με την οπίσθια λαγόνια ακρολοφία.

Αυτό συμβαίνει γιατί τυχόν τάση που αναπτύσσεται από οποιοδήποτε δυσλειτουργία στο περιτονιακό σύστημα, μπορεί να μεταφερθεί οπουδήποτε στο σώμα. Εφόσον η περιτονία βρίσκεται παντού, και οι συμφύσεις της μπορούν να παράγουν και να εκτείνουν την επίδρασή τους με πολλούς τρόπους και σε πολλές κατευθύνσεις οπουδήποτε μέσα στο σώμα. Μέσω λοιπόν του σπονδυλικού σωλήνα η επίδραση της στρέβλωσης στη λεκάνη μεταφέρεται και στα οστά του κρανίου, αλλά και στο ενδοκρανίο σύστημα των μεμβρανών, που ας μη ξεχνάμε πως καλύπτουν σαν φόδρα τα κρανιακά οστά.

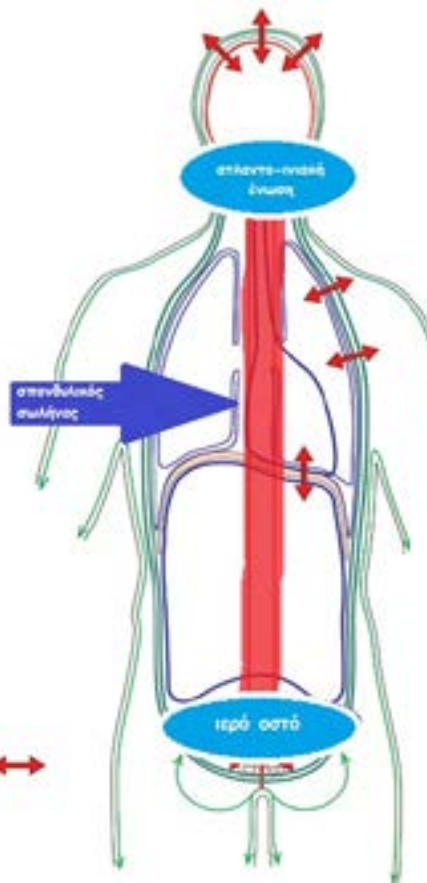
Ουσιαστικά έχουμε μια δυσλειτουργία στο κρανιοϊερό σύστημα, το φυσιολογικό εκείνο σύστημα που αποτελεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο λειτουργεί ο εγκέφαλος και ο νωτιαίος μυελός, οι δυο βασικές συνιστώσες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Όπως έχει αποδειχθεί αυτό μπορεί να προκαλέσει αισθητικές, νευρολογικές και κινητικές διαταραχές στον ασθενή. Μπορεί κάποιος ασθενής να έχει για παράδειγμα πονοκέφαλο τάσης ή ημικρανία ή ακόμη και χρόνιο πόνο και η πραγματική αιτία να βρίσκεται στις μορφολογικές αλλαγές της δομής είτε στη περιοχή της λεκάνης ή κάπου αλλού στη περιφέρεια του σώματος.

Εργαζόμενοι να αντιμετωπίσουμε απλά τα συμπτώματα (π.χ. τον πονοκέφαλο τάσης), έχουμε περιορίσει τον θεραπευτικό μας ορίζοντα και φυσικά

έχουμε περιορίσει σημαντικά την μακροχρόνια αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων μας.

Πρέπει να είμαστε σε θέση να εκτιμήσουμε συνολικά τη μορφολογική κατάσταση στη δομή του σώματος, η οποία είναι αλληλένδετη με τη λειτουργικότητα του. Έτσι με τους κατάλληλους χειρισμούς να αποκαταστήσουμε την ισορροπία, να ενισχύσουμε την προσαρμοστική ικανότητα του οργανισμού, να αποτρέψουμε την προσαρμοστική εξάντληση, ώστε να επιτευχθεί η ομοίωση.

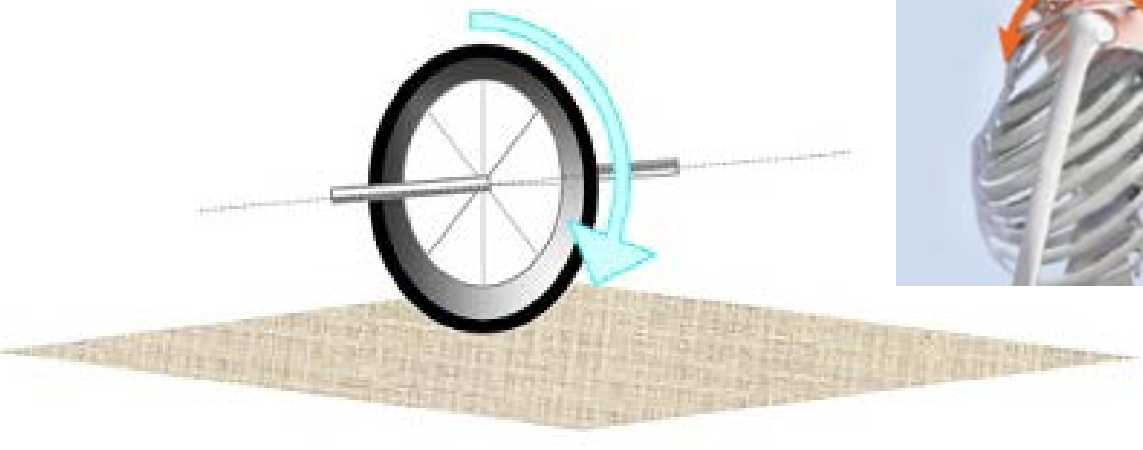
Η Κρανιοϊερά Θεραπεία του Dr John Upledger, είναι ικανή να ανταποκριθεί στις παραπάνω προκλήσεις και να ενισχύσει την λειτουργικότητα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα με ευεργετικές επιδράσεις για τον ασθενή.



Πληροφορίες για την Κρανιοϊερά Θεραπεία θα βρείτε στην ιστοσελίδα: www.craniosacral.gr

ΑΡΘΡΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**



Η ιδανική ισορροπία στο σώμα απαιτεί, σύμφωνα με τη θέση της άρθρωσης και του έργου που χρειάζεται να παραχθεί, κάποιοι μύες να έχουν τον ρόλο του σταθεροποιητή, ενώ άλλοι να λειτουργούν ως κινητήριες δυνάμεις. Η τέλεια ισορροπία μεταξύ των σταθεροποιητών και των μυών που κινητοποιούν, έχει ως αποτέλεσμα τη βέλτιστη ευθυγράμμιση ή αλλιώς την αρθρική επικέντρωση.

Ας συγκρίνουμε μια άρθρωση με έναν τροχό αυτοκινήτου. Την καλύτερη απόδοση του τροχού την έχουμε όταν το κέντρο του είναι ευθυγραμμισμένο με το κέντρο του άξονα περιστροφής. Αντίθετα, αν υπάρχει απόκλιση, ο τροχός περιστρέφεται με ταλάντωση με τον κίνδυνο μελλοντικού μηχανικού προβλήματος. Κάτι ανάλογο μπορούμε να δούμε στο άνω διαγώνιο σύνδρομο, όπου οι κυρτοί ώμοι και η ολίσθηση της κεφαλής προς τα εμπρός, οδηγούν τις ωμοπλάτες να προβάλλουν προς τα πίσω και αλλαγή στον προσανατολισμό της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης. Κλινικά αυτό μπορεί να είναι αιτία πρόκλησης τενοντοπάθειας στο πέταλο των στrophών μυών του ώμου, με ιδιαίτερη εμπλοκή του υπερακάνθιου μυ.

Βασική λειτουργία των μυών γύρω από την άρθρωση του ώμου είναι η διατήρηση της κεφαλής του βραχιονίου οστού επικεντρωμένη μέσα στον γληνοειδή βόθρο ενώ ταυτόχρονα επιβάλλουν μια δύναμη με φορά προς τα κάτω επί της κεφαλής του βραχιονίου οστού.

Σε εκείνους τους ασθενείς με κυρτούς ώμους ο μηχανικός άξονας στο γληνοειδή βόθρο έχει μεταβληθεί, με αποτέλεσμα ο εγκέφαλος να ενεργοποιεί μύες, που υπό φυσιολογικές συνθήκες θα βρισκόταν σε ανάπαυση, όπως η άνω μοίρα του τραπεζοειδή μυ, ο ανεγκτήρ της ωμοπλάτης, ο ελάσσων θωρακικός και ο δελτοειδής. Λόγω αυτής της λειτουργίας η συνεχής σύσπαση ή ακόμη και ο προκαλούμενος σπασμός ή η πρόκληση μυοπεριτονιακών σημείων πυροδότησης πόνου (trigger points) σε αυτούς τους μύες, υπονομεύει τη σταθερότητα στη περιοχή, προκαλώντας στρέβλωση, αποτέλεσμα της οποίας είναι να στριμώνεται η κεφαλή του βραχιονίου οστού στη κορυφή του γληνοειδή βόθρου. Στη προσπάθεια απαγωγής του ώμου στις 90°, ο υπερακάνθιος τένοντας ακουμπά στο ακρώμιο, προκαλώντας μικρο-φθορές, ίνωση και πιθανόν τενοντοπάθεια.



Αν στο παράδειγμα που αναφέραμε δεν αντιμετωπισθεί η διαταραγμένη μορφολογία της περιοχής και η σταθερότητα, είναι μάταιη η προσπάθεια αντιμετώπισης του μυϊκού σπασμού ή των μυοπεριτονιακών σημείων πυροδότησης πόνου ή η προσπάθεια μυϊκής ενδυνάμωσης του πέταλου των στrophών.

Ο Gray Cook, Φυσικοθεραπευτής στο Stanford Sports Medicine Center επισημαίνει: "Όταν αναφέρω - πρώτα η λειτουργικότητα - δεν είναι μια πρόσκληση για διάταση ή κινητοποίηση. Αρχικά πρέπει να αντιληφθούμε και να δώσουμε πειστική εξήγηση γιατί υπάρχει περιορισμός στη κινητικότητα ή προσαρμογή. Με τη προσεκτική αξιολόγηση της περιοχής θα διαπιστώσουμε ότι πίσω από έναν μυ σε σπασμό υπάρχει ένα διαταραγμένο μοντέλο κίνησης ή αστάθεια."

Ο Stewart McGill, αντιλέγει: "Η σπονδυλική στήλη πρέπει πρώτα να είναι σταθερή, ώστε να επιτρέπει σε κινήσεις ή δυνάμεις να εκτελέσουν με επιτυχία το έργο στο οποίο στοχεύουν."

Φυσικά και οι δυο έχουν δίκιο. Η σταθερότητα του πυρήνα είναι ύψιστης σημασίας για την βέλτιστη επικέντρωση και λειτουργικότητα της άρθρωσης του ώμου.

Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι θα πρέπει να αποφεύγουμε οδηγίες για μυϊκή ενδυνάμωση σε αρθρώσεις που δεν κινούνται ελεύθερα, καθώς αυτό μπορεί να οδηγήσει σε φθορά του χόνδρου και σε τελευταία ανάλυση σε θυλακίτιδα ή οστεοαρθρίτιδα. Αρχικά πρέπει να αποκατασταθεί η μυοσκελετική ισορροπία, που θα βελτιώσει την λίπανση των αρθρώσεων, την ιδιοδεκτικότητα της περιοχής και τον κινητικό έλεγχο. Στη συνέχεια θα ακολουθήσουν οι οδηγίες για την μυϊκή ενδυνάμωση. Έτσι αντιμετωπίζεται το Σύνδρομο του ταλαντευόμενου τροχού στις αρθρώσεις.

ΠΗΓΗ:

"The Wobbly Wheel Syndrome, Addressing Joint misalignment", by Eric Dalton

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑΣ, ΜΤ, CST, ΜΝΤ

Φυσικοθεραπευτής

Προϊστάμενος τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου «Ο Άγιος Σάββας».

Κέντρο Λειτουργικής Αποκατάστασης “PHYSIO – η αρμονία στη λειτουργικότητα”.

ΑΛΚΙΜΑΧΟΥ 3 – 5 / 116 34 / ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ: (0030 210 7220562 – 6932 261521)
www.physio.gr / www.craniosacral.gr / e-mail: tigis@physio.gr

ΠΤΥΧΙΟ

Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης – Πτυχίο Φυσικοθεραπευτή με βαθμό “ΛΙΑΝ ΚΑΛΩΣ” (7 – 7 – 1982) .
Τίτλος : Certification in Manual Therapy (HANDS – ON Physical Therapy NYC, U.S.A.)
- Qualified Practitioner in CranioSacral Therapy, The Upledger Institute,
INC – Qualified Practitioner in Manual Neurotherapy (MNT-NR International®).

ΠΡΟΫΠΗΡΕΣΙΑ

Από 1-8-1983 , Μέχρι 30 – 9 – 84 , 401 ΓΣΝΑ ,

ΘΕΣΗ:

Ανθλόγος Υγειονομικού , Φυσικοθεραπευτής Μ.Ε.Θ.

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΘΕΣΗ:

Προϊστάμενος Τμήματος Φυσικοθεραπείας Νοσοκομείου “Ο Άγιος Σάββας”.
Ιδρυτής και Διευθυντής του Πρώτου Κέντρου Λειτουργικής Αποκατάστασης “PHYSIO release”.



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΕΣ ΣΠΟΥΔΕΣ

Σχολή Εφαρμογής Υγειονομικού – 401 ΓΣΝΑ (1/12/82).

SPACE LASER HELLAS, Επιμορφωτικό Σεμινάριο Laser στην Φυσικοθεραπεία 23-24 / 4 /88.

THE McKENZIE INSTITUTE - The Spine, Mechanical Diagnosis and Therapy (2/10/88).

STOKE MANDEVILLE HOSPITAL - NA-TIONAL SPINAL INJURY CENTER, U.K. , Assessment and treatment of the acute spinal cord injury and especially the Cervical injury requiring intensive care - Cover all the topics in the list (24/8/90).

CERTIFICATE OF LASER SEMINAR ATTEN-DANCE (11/2/95), LONDON, U.K.

Myofascial Approach for the upper Quadrant (6-7 / 11 / 96), NYC, U.S.A.

Myofascial Approach for the lower Quadrant (7-8 / 11 / 96), NYC, U.S.A.

Advanced Myofascial Therapy (9 –10 / 11 / 96), NYC, U.S.A.

Neurofascial Approach: Neural Mobilization (8 –9 /11 / 96) NYC, U.S.A.

Clinical Application in Manual Therapy for Back Problems (12 / 10 / 97), NYC, U.S.A.

Strain – Counter Strain (upper), (19 / 10 / 97), NYC, U.S.A.

Strain – Counter Strain (lower), (23 / 03 / 98), NYC, U.S.A.

Fellowship in Manual Therapy New York, U.S.A., May – June 1998

Dry Needling (upper) – Dry Needling (lower),

(October 1998), NYC, and U.S.A.

EMG – Biofeedback (29 / 11/ 98).

LASER THERAPY – Clinical Aspects in Medicine / Physiotherapy - of the Third World Association for Laser Therapy Congress (10 – 13 May, 2000).

Πρόγραμμα επιμόρφωσης με αντικείμενο ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ για στελέχη της Δημόσιας Διοίκησης, που πραγματοποίησε ο Τομέας ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΜΑΝΑΤΖΜΕΝΤ του ΕΘΝΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ, (22/5/2000 – 2/6/2000).

CranioSacral Therapy Level I Workshop, The Upledger Institute, INC. (12/2/2001).

CranioSacral Therapy Level II Workshop, The Upledger Institute, INC. (18/11/2001).

SomatoEmotional Release Level I, The Upledger Institute, INC. (31/03/2003).

SomatoEmotional Release Level II, The Upledger Institute, INC.(08/09/2003).

Advance 1&2 Kinesiotaping course I, Physiopraxis (18 -19 /2/2006).

Workshop - Applications of CranioSacral Therapy for a Variety of Dysfunctions, John E Upledger DO OMM and Lisa Upledger DC CST-D, London, U.K. 22 – 23 – 24/4/2006

Clinical Symposium with John E Upledger DO OMM and Lisa Upledger DC CST-D, London, U.K. 29/4/2006

Advance 3&4 Kinesiotaping, Physiopraxis (9 -10 /12/2006)

Kinetic Control – Movement Dysfunction

Course 11/12 Ιανουαρίου 2007

17-18-19 Μαρτίου 07 / KINETIC CONTROL – 'Movement Dysfunction Course” – Diagnosis of mechanical Back Pain η stability Retraining of the Lumbar Spine.

MANUAL NEUROTHERAPY 1ο Επίπεδο 26 – 28 Σεπτεμβρίου 2008 εκπαιδευτής Nico Pauly,PT, MNT

MANUAL NEUROTHERAPY 2ο Επίπεδο 24 – 26 Οκτωβρίου 2008, εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT

MANUAL NEUROTHERAPY 3ο Επίπεδο 12-14 Δεκεμβρίου 2008, εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT

MANUAL NEUROTHERAPY / NSFT – Spine tuning 31/1 – 1 Φεβρουαρίου 2009, εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT

Anatomical and Topographical Foot Reflexology, Φεβρουάριος 2009

Neuroreflectory Soft tissue Friction Techniques and Spine Tuning I, II εκπαιδευτής Nico Pauly, PT, MNT 15 Μαρτίου 2009

VISCERAL MOBILIZATION I (ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ)εκπαιδευτής Griet Rondel, MNT-NR International, 8-9-10/5/2009

VISCERAL MOBILIZATION II (ΣΠΛΑΧΝΙΚΗ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ), εκπαιδευτής Griet Rondel MNT-NR International, 19-20-21/6/2009

PAIN CLINICAL REASONING AND HANDLING – Part 1, εκπαιδευτής Nico Pauly, MNT-NR International, 18-19-20/9/2009

EXPLAIN PAIN and a neuromatrix approach to chronic pain & Biologising Pain,

εκπαιδευτής Lorimer Moseley,PT 26-27/9/2009

PAIN CLINICAL REASONING AND HANDLING – Part 2, εκπαιδευτής Nico Pauly, MNT-NR International, Δεκ. 2009

MANUAL NEUROTHERAPY – NR / UP-

ΣΥΝΕΔΡΙΑ

Ετήσια οργάνωση Ημερίδας με θέμα <ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ>, στο Αμφιθέατρο του Νοσοκομείου “Ο Άγιος Σάββας”

Συμμετοχή με ομιλίες στα παρακάτω συνέδρια:

Για τις ανάγκες του άρθρου με θέμα “Το άγγιγμα που θεραπεύει”, που υπογράφει η δημοσιογράφος Χαρά Μπουργάνη και δημοσιεύτηκε στο περιοδικό ELLE Οκτωβρίου 2012, μου ζητήθηκε να κάνω μια σύντομη αναφορά στο ρόλο της Φυσικοθεραπείας στα χρόνια μυοσκελετικά προβλήματα.

Δημοσιεύτηκε στην ημερήσια οικονομική εφημερίδα “ΚΕΡΔΟΣ” (19 Απριλίου 2012), συνέντευξη μου με θέμα την ανάγκη αναβάθμισης του ρόλου του Φυσικοθεραπευτή στο ΕΣΥ, αλλά και πως οραματίζομαι τον επαναπροσδιορισμό του ρόλου της Φυσικοθεραπείας στην Ελληνική κοινωνία. Αναλυτικά το δημοσίευμα: <http://physio.gr/files/kerdos1.pdf>

Παρουσίαση της θεραπείας του ‘Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος’ στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος: “αποφασίζω γιατί γνωρίζω 2011” που οργάνωσε ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “‘Άλμα Ζωής”, Νοέμβριος 2012.

11η Ημερίδα “Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία”, Πρόεδρος Οργανωτικής και Επιστημονικής Επιτροπής, 10 Νοεμβρίου 2012.

11η Ημερίδα “Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία”, ομιλία με θέμα “Ο ρόλος της Φυσικοθεραπείας στο ΕΣΥ”, 10 Νοεμβρίου 2012.

Ομιλία με θέμα “Ο Θεραπευτικός μας Ορίζοντας”, στη 11η Ημερίδα του Σ.Ε.Ρ., 5/2/2012

Ομιλία με θέμα:«Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα – Έλεγχος αποτελεσματικότητας της θεραπείας», στην 8η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ “Κ.Ε.Φ.Ι.” ΑΘΗΝΩΝ, 20/11/2011

Παρουσίαση της θεραπείας του ‘Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος’ στα πλαίσια του εκπαιδευτικού προγράμματος: “αποφασίζω γιατί γνωρίζω 2011” που οργάνωσε ο Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “‘Άλμα Ζωής”, 19/11/2011

Παρακολούθηση της Ημερίδας ‘Σύγχρονες προσεγγίσεις στη θεραπεία του καρκίνου’ – ‘Κοινωνία & Υγεία’, Τρίτη 08/11/2011, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών.

Ομιλία με θέμα “Κρανιοϊερό Σύστημα”, προσκεκλημένος του NEW YORK COLLEGE σε συνεργασία με την Διεθνή Ακαδημία Οστεοπαθητικής (ΙΑΟ), 8 Απριλίου 2011.

Σύνδεσμος ασθενών Ν. Πάρκινσον, Ημερίδα “για τον Άνθρωπο, Σύναψη έργου με Πάρκινσον” 12/3/2011, ομιλία με θέμα: ‘Κρανιοϊερή Θεραπεία: Παράδειγμα ήπιας φυσικοθεραπευτικής προσέγγισης της Ν. Πάρκινσον’.

GRATE, εκπαιδευτής Nico Pauly, Greit Rondel, MNT-NR International, 20 – 21 /11/11

» Μεταπτυχιακός Φοιτητής στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών “ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ”, που συνδιοργανώνεται από το Πανεπιστήμιο Πειραιώς και το ΤΕΙ Πειραιώς.

(Διακοπή)

» Μηνιαία αρθρογραφία στην εξειδικευμένη στα ιατρικά θέματα ιστοσελίδα: www.et-med-icaltv.com

στο εργαστήριο CranioSacral Therapy I, Αθήνα, 17 – 20 Ιανουαρίου 2008.

ΔΙΟΔΟΣ Κέντρο Προσωπικής Ανάπτυξης & Θεραπείας, διάλεξη με ΘΕΜΑ: “Γνωρίστε τη Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger”, 1/12/2007

Πανελλήνιο Αντικαρκινικό Συνέδριο, ΘΕΜΑ: “Μεταστατική Οστική Νόσος - Φυσικοθεραπεία - Κινητική Αποκατάσταση” 30/11/2007

11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, ΘΕΜΑ 1: “Παθολογικά Κατάγματα – Φυσικοθεραπεία – Μετεγχειρητική Αποκατάσταση”

ΘΕΜΑ 2: “Αποκατάσταση δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος σε ογκολογικό ασθενή” 24/11/2007

7η ΗΜΕΡΙΔΑ “Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία”, ΘΕΜΑ: “Στάση του σώματος και Υγεία – Εισαγωγή” 10/11/2007

11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 23-25 Νοεμβρίου 2007.

Συμμετοχή στην Επιστημονική Συμβουλευτική Επιτροπή του Συνεδρίου.

Εισηγητής στη σειρά των εκπαιδευτικών μαθημάτων που αφορούσε το νεοδιόριστο Νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου “Ο Άγιος Σάββας”, και οργανώθηκε από τη διοίκηση του Νοσοκομείου σε συνεργασία με τη Νοσηλευτική υπηρεσία τη χρονική περίοδο από 26/4/07 έως και 28/6/07.

6η Ημερίδα “Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία”, Αθήνα 11/11/06

ΘΕΜΑ: “Σπονδυλικά τμήματα αυξημένης διεγερσιμότητας”

19ο Ετήσιο Πανελλνιο Συνέδριο Ορθοπαιδικής Ογκολογίας με διεθνή συμμετοχή. ΘΕΜΑ: “Φυσικοθεραπεία – Μετεγχειρητική Αποκατάσταση”, Καλαμάτα 5 – 6/5/2006

Conference - Understanding Trauma and Adaptation - Managing the neural, myofascial and psychological issues, London , 25 – 26 /4/2006

Βοηθός του καθηγητή John Page στο workshop “CranioSacral Therapy I”, στο Λονδίνο 2 – 5 Δεκεμβρίου 2005.

13 ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ, 24 – 27/11/2005 Στρογγυλό τραπέζι με θέμα “Παθολογικά Κατάγματα” , Φυσική Αποκατάσταση

5η Ημερίδα “ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ” 12/11/05

«Λειτουργική Αποκατάσταση Παθολογικών Καταγμάτων»

19ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ Ε.Ε.Ε.Φ. 4-5-6/11/2005
“ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του
Dr. JOHN UPLEDGER”

9ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΟΓΚΟΛΟΓΙΑΣ, Αθήνα 7-9
Οκτωβρίου 2005

α) “Η τεχνική της <Ψυχοσωματικής
Απελευθέρωσης> στον ογκολογικό ασθενή -
Case report

β) “Η αξία της Λεμφικής παροχέτευσης στην
αποκατάσταση του Λεμφοιδήματος”.

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ Σ.Β.Ι.Ε.
15/11/2004 - “Φροντίδα και Κινητοποίηση
Ασθενών στην Μ.Ε.Θ.”

4η Ημερίδα “ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ & ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ”
13/11/2004 - “Συναίσθημα Πόνου”

Διάλεξη με θέμα “ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ
ΚΡΑΝΙΟΙΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. Upledger”
NATURAL HEALTH SCIENCE - 9/10/2004

1st International Lifequard Congress
(18-19/9/2004), θέμα “Τραυματισμοί της
Σπονδυλικής Στήλης στο υγρό στοιχείο -
Συμπτώματα και Αντιμετώπιση”.

3η Ημερίδα “Φυσικοθεραπεία & Ογκολογία”
(1 Νοεμβρίου 2003), θέμα “Εισαγωγή στην
Κρανιοιερή Θεραπεία του Dr John Upledger”

Ετήσιο Πανελλήνιο συμπόσιο
Φυσικοθεραπείας “ Φυσικοθεραπεία
ατενίζοντας το μέλλον” (24,25,26 Οκτωβρίου
2003), θέμα “ Η αναγκαιότητα της συνεργατικής
αντιμετώπισης των νεοπλασιών του
μυοσκελετικού συστήματος - Ο ρόλος της
Φυσικοθεραπείας”

Κινητοποίηση ασθενών στη ΜΕΘ,
Φυσικοθεραπευτικό Συμπόσιο στα πλαίσια
του 9ου Πανελληνίου Συνεδρίου Εντατικής

Θεραπείας, Αθήνα 17 -19 Οκτωβρίου 2003

Κακώσεις Μαλακών Μορίων, Ναυτικός
Όμιλος Ελλάδος, 26 Μαΐου 2003.

Κινητικότητα και λειτουργικότητα του άνω
άκρου μετά από Μεγαπροθέσεις ώμου -
βραχίονα, 6ο Φ.Ι.Α.Π. Θεσσαλονίκη 29/11/2002

Ορόλος της Φυσικοθεραπείας στις Νεοπλασίες
του Μυοσκελετικού συστήματος, 15ο Ετήσιο
Συνέδριο Ορθοπαιδικής Ογκολογίας, 8-9
Νοεμβρίου 2002

«Μονοπάτι πόνου» στο Νευρικό Σύστημα,
2η Ημερίδα Φυσικοθεραπεία και Ογκολογία, 2
Νοεμβρίου 2002.

Φυσικοθεραπεία στην Μ.Ε.Θ. – Δυνατότητες
και όρια, 2η Ημερίδα Φυσικοθεραπεία και
Ογκολογία, 2 Νοεμβρίου 2002.

Ποιότητα ζωής των βαρέως πασχόντων
ασθενών, 1η Ημερίδα Φυσικοθεραπεία και
Ογκολογία, 3 Νοεμβρίου 2001.

2nd Seminar on Palliative and Symptomat-
ic Care, Athens 20 – 21 October 2001, Group
Work <Understanding Lymphoedema>.

Αρχές και στόχοι της Θεραπευτικής Άσκησης
, 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εντατικής Θεραπείας
, Αθήνα 7 – 10 Οκτωβρίου 1999 .

« Το Λειτουργικό Μοντέλο » του Μυοσκελετικού
Συστήματος - Μία άλλη άποψη , 6ο Συμπόσιο
Φυσιατρικής και Φυσικοθεραπείας με διεθνή
συμμετοχή - Κεφαλονιά , Σεπτέμβριος 1998 .

Η Φυσικοθεραπεία στην Μ.Ε.Θ. Ενηλίκων
- Εφαρμοσμένη κλινική Φυσικοθεραπεία -
Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας -
11 Μαΐου 97 .

Κακώσεις Θώρακα - Φυσικοθεραπεία ,
NIMTS 1996 .

Αντιμετώπιση της Κάκωσης του Ν.Μ. της
Α.Μ./Σ.Σ στην οξεία φάση , Θεσ/νίκη 1993

Η συμβολή της Φυσικοθεραπευτικής αγωγής
μετά από Ορθοτοπική Μεταμόσχευση Ήπατος (
Ο.Μ.Η.) - 70 Συμπόσιο Ε.Ε.Ε.Φ. 1993

Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία σε
συνδυασμό με Βρογχοκυψελιδική Έκπλυση
(Β.Κ.Ε.) σε ασθενή με χρόνια αποφρακτική
πνευμονοπάθεια μετά από ορθοτοπική
μεταμόσχευση ήπατος (Ο.Μ.Η.) - 70 Συμπόσιο
Ε.Ε.Ε.Φ. 1993 .

Φυσικοθεραπευτική εκτίμηση & αντιμετώπιση
στην Μ.Ε.Θ. ασθενών με κάκωση Νωτιαίου
Μυελού της Α.Μ./Σ.Σ. - 40 Συμπόσιο Ε.Ε.Ε.Φ.
– 1991 .

Αξία του Διαφραγματικού Ερεθισμού σε
ασθενή με Μηνιγγίωμα Α.Μ./Σ.Σ. και πάρεση
Διαφράγματος – 3ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας
Δεκέμβριος 1989.

Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών
με βαρεία κρανιοεγκεφαλική κάκωση στην
Μ.Ε.Θ. - 3ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας ,
Δεκέμβριος 1989.

“Αιμοδυναμικές Μεταβολές κατά την
Αναπνευστική Φυσικοθεραπεία με ή χωρίς
χορήγηση Ξυλοκαΐνης σε ασθενείς Μ.Ε.Θ. - 3ο
Συνέδριο φυσικοθεραπείας , Δεκέμβριος 1989 .

« Τεχνητός Βήχας » στην Μονάδα Εντατικής
Θεραπείας - 2ο Συνέδριο Φυσικοθεραπείας ,
Νοέμβριος 1987 .

« Ανάλυση της Φυσιολογικής Βάδισης » -
Θεσσαλονίκη 1981 .

Σε αρκετά άλλα είχα μόνο απλή συμμετοχή
τόσο στην Ελλάδα όσο και το Εξωτερικό .

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Συμμετοχή στη διδασκαλία του θεωρητικού μαθήματος “Συμπληρωματικές θεραπείες και διαχείριση του steress” σε φοιτητές του 3ου εξαμήνου στα
πλάισια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών “Νευρολογικά Νοσήματα - Σύγχρονη Πρακτική Βασισμένη σε Ενδείξεις” από το Τμήμα του ΤΕΙ
Αθήνας, 30/10/2015

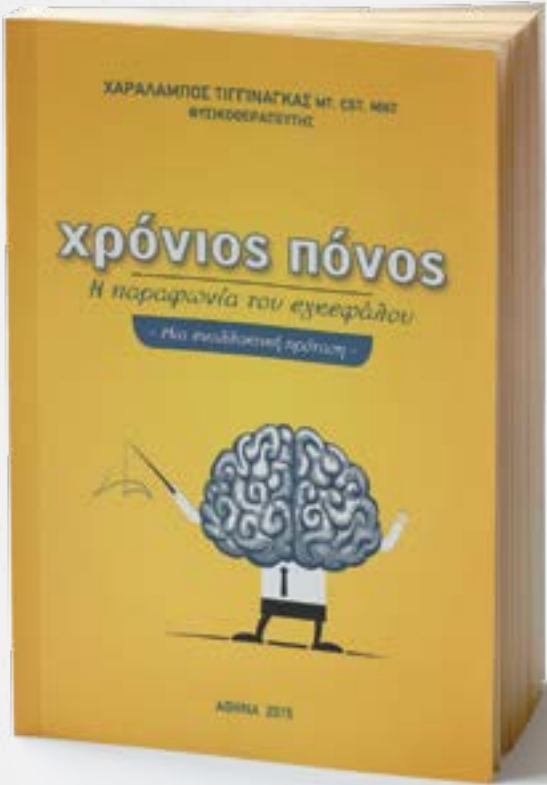
Πρώην Καθηγητής - Εκπαιδευτής στο Κ.Ε.Κ. του νοσοκομείου “ Ο Άγιος Σάββας ”

ΒΙΒΛΙΑ

“ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ” Αθήνα 2008

Συμμετοχή στην συγγραφή και των δυο τόμων του βιβλίου
«**ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗ ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ
ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**» που επιμελήθηκαν οι Ν. Μαγγίνα , Υπ. Γούλια
για την Ελληνική Εταιρεία Εντατικής Θεραπείας .

**“ΧΡΟΝΙΟΣ ΠΟΝΟΣ η παραφωνία του εγκεφάλου - Μια
εναλλακτική πρόταση”**, Αθήνα 2015



ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

“ Effects cardio-circulatoires de la lignocaine ” Cahiers d’Anesthesiologie, Tome 37, No 3, May 1989.

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

Προϊστάμενος του τμήματος Φυσικοθεραπείας του Νοσοκομείου “ Ο
Άγιος Σάββας ”.

Μέλος του Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών (Π.Σ.Φ.)

Μέλος της Ελληνικής Επιστημονικής Εταιρείας Φυσικοθεραπευτών
(Ε.Ε.Ε.Φ.)

Μέλος της: “the CranioSacral Society”, The practitioner for Upledger
CranioSacral Therapy, U.K.

Μέλος του Upledger’s INTERNATIONAL ASSOCIATION of HEALTHCARE
PRACTITIONERS, U.S.A.

Μέλος American CranioSacral Therapy Association, Inc. ID#: 738140

Μέλος του Δ.Σ της Έταιρείας Μελέτης των Οστικών Μεταστάσεων’

Η ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΜΑΣ



Αρχικά μέσα από την κλινική αξιολόγηση προσπαθούμε να αντιληφθούμε τον μηχανισμό που προκαλεί την συμπτωματολογία στον ασθενή, ώστε να ανιχνεύσουμε τη προοπτική για αποκατάσταση. Από την λεπτομερή αξιολόγηση μπορούμε να διαπιστώσουμε αν η δυσλειτουργία είναι μυϊκής, αρθρικής, ή νευρικής προέλευσης. Στις περισσότερες περιπτώσεις διαπιστώνεται συνδυασμός προβλημάτων, επομένως απαιτείται και συνδυασμός τεχνικών για την αποκατάσταση.

Ακολουθεί ο σχεδιασμός της θεραπείας, λαμβάνοντας υπόψη διάφορους παράγοντες, όπως η πρόληψη από επιπλοκές και αντενδείξεις.

Η εφαρμογή του προγράμματος γίνεται με τρόπο ασφαλή και απόλυτα ελεγχόμενο.

Τέλος, σε τακτά χρονικά διαστήματα κατά τη διάρκεια του προγράμματος πρέπει να επανεκτιμούμε την αποτελεσματικότητά του.

ΟΙ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΑΣ

MOBILIZATION - ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΝ: Ήπιοι χειρισμοί για την αντιμετώπιση πόνου και δυσκαμψίας των αρθρώσεων. Συνδυάζονται με ασκήσεις διάτασης και πρόγραμμα ισχυροποίησης των μυών, ώστε να επιτύχουμε το καλύτερο δυνατό λειτουργικό αποτέλεσμα απαλλαγμένο από πόνο.

MUSCLE ENERGY TECHNIQUES 01MUSCLE ENERGY TECHNIQUES - ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΜΥΪΚΗΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ: Τοποθετώντας το σώμα του ασθενή σε κατάλληλες θέσεις και αξιοποιώντας την μυϊκή του δύναμη αποκαθιστούμε την λειτουργικότητα στις δύσκαμπτες - “μπλοκαρισμένες” αρθρώσεις.

STRAIN AND COUNTER STRAIN - ΤΕΧΝΙΚΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ: Το σώμα είναι σχεδιασμένο να αντιδρά στη φυσική επιβάρυνση ή το stress. Ωστόσο, συχνά, λόγω

του βομβαρδισμού του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) με αισθητικά ερεθίσματα, οι μύες παραμένουν σε σπασμό -υπερτονία-, αδυνατούν να χαλαρώσουν, ‘κονταίνουν’ και χάνουν την ελαστικότητα τους. Αν αυτό το φαινόμενο δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα, προκαλούνται αλλαγές, όπως ίνωση, παγίδευση νεύρων, έλλειψη οξυγόνου στους ιστούς και τέλος χρόνιος πόνος.

Η τεχνική τοποθέτησης και διατήρησης του σώματος σε στάση ανακούφισης - απελευθέρωσης, δηλαδή σε στάση όπου αναχαιτίζεται ο συνεχής βομβαρδισμός του ΚΝΣ με αισθητικά ερεθίσματα συναγερμού, βοηθά ώστε να αποκατασταθεί η φυσιολογική μυϊκή λειτουργικότητα και να επιτύχουμε αναλγησία.

MYOFASCIAL RELEASE - ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ: Η περιτονία είναι ιστός που καλύπτει ολόκληρο

το σώμα και το βοηθά να διατηρήσει την μορφή του. Έτσι, οποιοσδήποτε περιορισμός στη περιτονία είναι δυνατόν να προκαλέσει τάση, η οποία μπορεί να μεταφερθεί οπουδήποτε στο σώμα. Αποτέλεσμα είναι ο περιορισμός στη αρμονική λειτουργικότητα του οργανισμού και ο πόνος. Με την τεχνική της μυοπεριτονιακής απελευθέρωσης λύνονται οι συμφύσεις και οι περιορισμοί στην περιτονία.

NEURAL TENSION - ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΥ: Όπως υπάρχει η ελαστικότητα των μυών, έτσι υπάρχει και κάποια σχετική ελαστικότητα στα νεύρα. Τα περιφερειακά νεύρα συχνά παγιδεύονται μέσα στους ιστούς. Αποτέλεσμα είναι να χάνουν την ελαστικότητά τους και να έλκονται με τις κινήσεις, προκαλώντας πόνο και περιορισμό της λειτουργικότητας.

Η συγκεκριμένη τεχνική χρησιμοποιείται για να



ελαττωθεί η μηχανική τάση που ασκείται πάνω στα νεύρα, ώστε να γλιστρούν ελεύθερα μέσα στο έλυτρό τους.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗΣ TRIGGER POINTS (ΜΥΟΠΕΡΙΤΟΝΙΑΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΠΥΡΟΔΟΤΗΣΗΣ ΠΟΝΟΥ) - ΤΕΧΝΙΚΗ ΤΗΣ ΣΤΕΓΝΗΣ ΒΕΛΟΝΑΣ: Για πολλά χρόνια η ιατρική κοινότητα θεωρούσε ότι τα μυοσκελετικά προβλήματα και ο πόνος που αυτά προκαλούν οφείλονται μόνο σε βλάβες των οστών (π.χ. οι τραυματισμοί των αρθρώσεων, αρθρίτιδα), ή των νεύρων (π.χ. φλεγμονές), με αποτέλεσμα να μην αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά πολλές επώδυνες καταστάσεις.

Ωστόσο, από τη δεκαετία του '80 που οι Αμερικανοί γιατροί J. Travel και D.G. Simons τεκμηρίωσαν με επιστημονικές έρευνες το θέμα, άρχισε να γίνεται σταδιακά αντιληπτό ότι ο πόνος μπορεί να οφείλεται και σε μικροτραυματισμούς στις ίνες των σκελετικών μυών, με αποτέλεσμα κάποιοι από αυτούς να συσπώνται, να «σκληραίνουν», να «κονταίνουν» και να χάνουν την ελαστικότητά τους, πυροδοτώντας πόνο στον ασθενή, ακόμα και σε απομακρυσμένες περιοχές. Τα επώδυνα αυτά σημεία των μυών είναι γνωστά ως trigger points (μυοπεριτονιακά σημεία πυροδότησης πόνου).

Τα trigger points «απενεργοποιούνται» με δύο τρόπους:

Με ισχαιμικές πιέσεις και διατάσεις: Ο ειδικός κάνει τρεις πιέσεις, εναλλάξ με διατάσεις, στο εκάστοτε trigger point. Χρησιμοποιεί τον αντίχειρά του, ή ένα ειδικό όργανο και πιέζει σταθερά στο σημείο πυροδότησης του πόνου, με κυκλική φορά από έξω προς το κέντρο, για 45-60 δευτερόλεπτα και με ένταση ανάλογη με την αντοχή του ασθενούς.

Οι πιέσεις αυτές αποκαλούνται ισχαιμικές, γιατί ελαττώνουν την κυκλοφορία του αίματος στο συγκεκριμένο σημείο, προκειμένου να ακολουθήσει στη συνέχεια μια «βίαιη» επαναφορά της. Μετά την ολοκλήρωση των πιέσεων, τοποθετείται πάγος στην περιοχή,

την ροή του αίματος, προκαλώντας επιτάχυνση της διαδικασίας αναζωογόνησης του κολλαγόνου ή της διαδικασίας επούλωσης, ακόμα και κατά την διάρκεια έντονης δραστηριότητας.

MANUAL NEUROTHERAPY - ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ (ΜΝΤ): Η Νευροθεραπεία δια χειρισμών (ΜΝΤ) είναι μία θεραπευτική μέθοδος που εφαρμόζεται με τα χέρια, αφορά λειτουργικές διαταραχές στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, στο μυοσκελετικό σύστημα και στο σύστημα των σπλάχνων.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ: Ειδικό πρόγραμμα αποκατάστασης πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος. Ειδική αποιδηματική μάλαξη κατά Dr. Vodder (Manual Lymphatic Drainage - MLD).

UPLEDGER'S CRANIOSACRAL THERAPY - ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ του Dr. John Upledger: Πρόκειται για μια μη φαρμακευτική, ήπια μέθοδο, κατά την οποία με ένα απαλό άγγιγμα βάρους 5 gr, μπορούμε να εκτιμήσουμε και να βελτιώσουμε την λειτουργικότητα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος, ενισχύοντας έτσι τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, με στόχο να διευκολύνουμε την δυνατότητα αυτοδιόρθωσης του.

UPLEDGER'S SOMATOEMOTIONAL RELEASE - ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΛΕΥΘΕΡΩΣΗ του Dr. John Upledger: Η Ψυχοσωματική Απελευθέρωση (Somatoemotional Release) είναι η θεραπευτική διαδικασία που διευκολύνει το σώμα και την ψυχή να απαλλαγούν από την δράση των υπολειμματικών επιδράσεων ενός προηγούμενου φυσικού ή συναισθηματικού τραύματος. Λειτουργεί συμπληρωματικά με την Κρανιοϊερή Θεραπεία του Dr. John Upledger, διευρύνοντας και προωθώντας την αποτελεσματικότητά της. Περισσότερες πληροφορίες: www.craniosacral.gr





Ο ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ ΜΑΣ

Το φυσιοθεραπευτήριό μας είναι εξοπλισμένο με τα πιο σύγχρονα μηχανήματα Φυσικοθεραπείας όπως:

ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΠΑΘΗΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΩΜΟΥ για την αποκατάσταση της λειτουργικότητας της άρθρωσης του ώμου.

BODY-ANALYSIS για την λεπτομερή ανάλυση της στάσης του σώματος.

ΤΗΛΕΜΕΤΡΙΑ για τον έλεγχο της μορφής και της λειτουργικότητας της σπονδυλικής στήλης.

BIOFEEDBACK (ΒΙΟΑΝΑΔΡΑΣΗ): Συσκευή υψηλής τεχνολογίας που μετρά και παρακολουθεί τις σωματικές λειτουργίες. Ανά δευτερόλεπτο, δίνει πληροφόρηση στον χρήστη για την συγκεκριμένη φυσιολογική λειτουργία, που είναι υπό τον έλεγχο του νευρικού συστήματος αλλά δεν γίνεται απόλυτα ή εύκολα αντιληπτή από αυτόν.

ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑ: Εξέταση μέσω της οποίας συλλέγουμε πληροφορίες για την ανατομική μορφολογία του πέλματος (πλατυποδία, κοίλοποδία, ραιβοποδία κ.α.), καθώς και για τις δυνάμεις που ασκούνται στα πέλματα κατά την διάρκεια της βάδισης ή στήριξης. Χρησιμοποιείται συσκευή εξοπλισμένη με μεγάλο αριθμό αισθητήρων πίεσης, ικανών να καταγράφουν τις πιέσεις που ασκούνται σε κάθε σημείο του πέλματος όταν αυτό βρίσκεται σε επαφή με την επιφάνεια της. Ανάλογα με τα αποτελέσματα επιλέγεται η κατασκευή των

κατάλληλων ορθωτικών πελμάτων.

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟ ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΕΠΑΝΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΗΣ ΙΔΙΟΔΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΙΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΗ: Ως αποτέλεσμα ενός τραυματισμού ή κάποιας επώδυνης κατάστασης έχουμε την διαταραχή της ιδιοδεκτικότητας και της κιναισθησίας του ασθενή. Η ιδιοδεκτικότητα είναι μια «εσωτερική αίσθηση» (Κεντρικό Νευρικό Σύστημα), ενώ η κιναισθητική ικανότητα μια «εξωτερική αίσθηση» (το σώμα σε σχέση με τον χώρο και τον χρόνο). Ωστόσο, οι δύο «αισθήσεις» συνεργάζονται και η μία επηρεάζει άμεσα την άλλη. Η επανεκπαίδευση αυτών των ικανοτήτων είναι απαραίτητη για την ολοκλήρωση του προγράμματος αποκατάστασης.

ΜΗΧΑΝΗΜΑ ΕΝΕΡΓΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ – Active Therapeutic Movement (ATM2). Το μηχανήμα ATM2 στοχεύει στην επαναφορά των κινήσεων του ασθενούς, που περιορίζονται εξαιτίας των συμπτωμάτων, στο φυσιολογικό τους εύρος. Σύμφωνα με την προσέγγιση της Ενεργής Θεραπευτικής Κίνησης, το μηχανήμα ATM2 επιτρέπει στους κλινικούς θεραπευτές να δοκιμάζουν γρήγορα κι αποτελεσματικά διάφορες θέσεις σταθεροποίησης του σώματος του ασθενή



μέχρι να βρεθεί μία ανώδυνη στάση (παθητική συνιστώσα). Όταν βρεθεί η συγκεκριμένη στάση, τότε σταθεροποιείται η περιοχή του σώματος και ξεκινά σειρά κινήσεων νευρομυϊκής άσκησης προκειμένου το σώμα να εξασκηθεί εκ νέου σε αυτή την καινούρια ανώδυνη στάση. Η νευρομυϊκή άσκηση εκτελείται για να επιφέρει άμεση ελάττωση του άλγους, αύξηση του εύρους κίνησης και βελτίωση στην ποιότητα της κίνησης (ενεργή συνιστώσα). Πρέπει να τονίσουμε ότι διαθέτουμε το μοναδικό μηχανήμα που βρίσκεται στην Αθήνα!

Επίσης, το κέντρο μας διαθέτει όλα τα απαραίτητα μηχανήματα Φυσικοθεραπείας, όπως: Laser, Παλμικά Μαγνητικά πεδία, Ηλεκτροθεραπείες, Ιοντοφόρηση, Υπέρηχοι, Μεσοθεραπεία.

Τα πλεονεκτήματα των τεχνικών μας

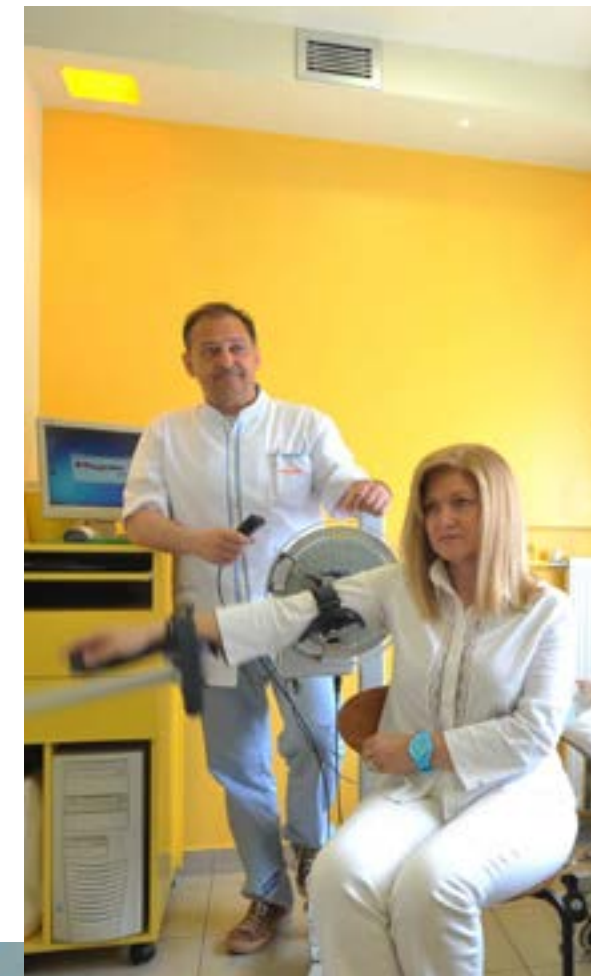
Τα πλεονεκτήματα των τεχνικών που χρησιμοποιούμε σε σχέση με τις κλασσικές θεραπείες

Ο τελικός στόχος κάθε θεραπευτικού προγράμματος είναι η καλύτερη δυνατή λειτουργικότητα του σώματος, με κινήσεις απαλλαγμένες από συμπτώματα. Το ιδανικό είναι να το επιτύχουμε στο μικρότερο χρονικό διάστημα και φυσικά με το λιγότερο κόστος.

Το ερώτημα είναι αν με την 'Θεραπεία Λειτουργικής Αποκατάστασης' μπορούμε να έχουμε αυτό το αποτέλεσμα.

Η απάντηση είναι "Ναι", γιατί η φιλοσοφία της συγκεκριμένης τεχνικής βασίζεται στην αναγνώριση της αιτίας που προκαλεί τα συμπτώματα και όχι στην προσωρινή ανακούφιση.

Αυτή ακριβώς η φιλοσοφία της την κατατάσσει στις πλέον ασφαλείς θεραπευτικές μεθόδους, με σχεδόν ανύπαρκτες επιπλοκές.



ΕΛΛΗ ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑ, MSC ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ «ΑΤΤΙΚΟ ΚΟΛΕΓΙΟ ΑΘΗΝΩΝ»



ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ:

2005-2010 Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης – Πτυχιούχος του τμήματος Ψυχολογίας της Φιλοσοφικής σχολής με τον τίτλο του Ψυχολόγου.
2010-2011 University of East London, U.K. – Master of Science (MSc), στην Εφαρμοσμένη Ψυχολογία (Applied Psychology).

ΕΜΠΕΙΡΙΑ:

2008-2009 Πρακτική άσκηση στο κέντρο πρόληψης «Ελπίδα» στα πλαίσια των προπτυχιακών σπουδών, η οποία περιελάμβανε παρακολούθηση ανοικτών ομάδων, συντονισμό ομάδων δημιουργικής απασχόλησης παιδιών, δυνατότητα παρακολούθησης ανοικτών ομιλιών, συμμετοχή στις δραστηριότητες του κέντρου καθώς και παρακολούθηση περιστατικών ως παρατηρητής.

2009-2010 Πρακτική άσκηση στο «Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης» κατόπιν προσωπικής πρωτοβουλίας με σκοπό την απόκτηση εμπειρίας, έχοντας τη δυνατότητα παρακολούθησης, εφαρμογής και αξιολόγησης ψυχομετρικών τεστ σε παιδιά και εφήβους. Άμεση συμμετοχή στην έκθεση και γραφή ενός σύντομου ιατρικού ιστορικού στις εγκαταστάσεις των εξωτερικών ιατρείων και των κλινικών περιπτώσεων του τμήματος της παιδοψυχιατρικής κλινικής του νοσοκομείου.

2011 Πρακτική άσκηση στο Α.Ο.Ν.Α. «Ο Άγιος Σάββας», Αθηνών κατόπιν προσωπικής ενέργειας με σκοπό την διεύρυνση των γνώσεων, έχοντας τη δυνατότητα παρακολούθησης ομάδων ανακουφιστικής υποστήριξης σε γυναίκες με καρκίνο μαστού. Άμεση συμμετοχή στη λήψη του ιατρικού ιστορικού των ασθενών του τμήματος

Ψυχολογίας του νοσοκομείου.

2012 Πρακτική άσκηση στα εκπαιδευτήρια «Κωστέας Γείτονας» , Αθηνών - Παλλήνης, κατόπιν προσωπικής επιθυμίας για άμεση τριβή με το αντικείμενο και απόκτηση εμπειρίας. Παρακολουθώντας τις συναντήσεις με τους γονείς, τα παιδιά, τους εκπαιδευτικούς, αλλά και τη διεξαγωγή του μαθήματος στα τμήματα του Δημοτικού σχολείου με στόχο την εποπτεία της συμπεριφοράς των μαθητών και της διαπίστωσης ύπαρξης προβλημάτων στο πλαίσιο της τάξης.

2013 - 2014 Πρακτική άσκηση στο «Ωδείο Ηλίουπολης Αθανάσιου Διδίλη» , Θεσσαλονίκης, στα πλαίσια του προγράμματος ΕΣΠΑ «Επικοινωνία 8953» ως ψυχολόγος του Ωδείου. Παρακολουθώντας τα τμήματα του ωδείου , την πρόοδο των μαθητών και παρέχοντας συμβουλευτική στήριξη στους γονείς, τους μαθητές και τους καθηγητές.

ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ:

Μάρτιος 2011 Συμμετοχή σε 4ήμερο σεμινάριο σχετικά με την ανατομία του εσωτερικού του κρανίου ('Inside cranium') στο Kings College University of London, με διοργανωτή το Ινστιτούτο Upledger της Αγγλίας.

Οκτώβριος 2011 Συμμετοχή στο σεμινάριο 'Κατανόηση του αυτιστικού τρόπου σκέψης' του Συλλόγου Ελλήνων Ενηλίκων Αυτιστικών Aspengler και ΥΛΑ.

Οκτώβριος 2011 Παρακολούθηση του πρώτου κύκλου μαθημάτων της Κρανιοιερής Θεραπείας του Ινστιτούτου Upledger (Cranio-sacral Therapy I) .

Νοέμβριος 2011 – Μάιος 2012 Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης με θέμα την «Αξιολόγηση και Αποκατάσταση των Μαθησιακών Δυσκολιών» του φορέα ΔΙΚΕΨΥ.

Μάιος 2012 - Ιούνιος 2012 Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης στη θεραπεία GESTALT από το κέντρο ΔΙΟΔΟΣ.

Νοέμβριος 2012 – Δεκέμβριος 2012

Παρακολούθηση του προγράμματος 'Αντιμετώπιση Άγχους και αλλαγής συναισθημάτων' του Brain Matters – Ινστιτούτο Νευροψυχολογικής Εκτίμησης & Γνωστικής Αποκατάστασης.

Οκτώβριος 2013 – Νοέμβριος 2013

Παρακολούθηση του προγράμματος ΕΣΠΑ «Επικοινωνία 8953», 80 ώρες, με θέμα την θεωρητική κατάρτιση του ανθρώπινου δυναμικού στο χώρο της εργασίας.

Νοέμβριος 2013 – Μάρτιος 2014 Παρακολούθηση προγράμματος μετεκπαίδευσης με θέμα « Δεξιότητες συμβουλευτικής Α + Β κύκλος» του φορέα ΔΙΚΕΨΥ.

Μάρτιος 2014 – Μάιος 2014

Παρακολούθηση προγράμματος εκπαίδευσης στις προβολικές δοκιμασίες T.A.T., C.A.T., Fairy-taletest και παιδικό ικνογράφημα του φορέα ΔΙΚΕΨΥ.

ΕΡΕΥΝΕΣ

Έρευνα σχετικά με το θέμα 'Μαθησιακές δυσκολίες, ο ρόλος τους στη ζωή των παιδιών, των εκπαιδευτικών και των γονέων' στα πλαίσια των προπτυχιακών σπουδών (διπλωματική εργασία).

Έρευνα στα πλαίσια των μεταπτυχιακών σπουδών (διατριβή) που αφορούσε το 'Μηχανισμό του ψυχοσωματικού πόνου'.

Μελέτη με θέμα: «Αποτελεσματικότητα προτεινόμενου πρωτόκολλου για τον έλεγχο Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από Ca μαστού», που ανακοινώθηκε στο 2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο, 251 ΓΝΑ, Μάιος 2014.

ΓΛΩΣΣΕΣ:

Άριστη γνώση της αγγλικής γλώσσας (Proficiency of Michigan, Lower of Cambridge, Lower of Michigan, IELTS).

Πολύ καλή γνώση της γαλλικής γλώσσας (Delf A1,2,3,4).

ΠΡΟΣΘΕΤΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ:

Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος Ψυχολόγου από τον Ιανουάριο του 2011.

2011 Μέλος του Βρετανικού Συλλόγου Ψυχολόγων (B.P.S.).

Κάτοχος πιστοποίησης χρήσης Ηλεκτρονικών Υπολογιστών Microsoft Office Specialist για τις βασικές ενότητες: Επεξεργασία κειμένου, Λογιστικά φύλλα και Υπηρεσίες διαδικτύου.

Χρήση υπολογιστών, εξοικείωση στη δέσμη προγραμμάτων Microsoft Office σε περιβάλλον Windows.

Δημοσίευση άρθρων στην ιατρική ιστοσελίδα: www.physio.gr

ΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ:

Κολύμβηση , Taekwondo, μπαλέτο, ιππασία

Βόλεϊ στον ερασιτέχνη Ηρακλή για 4 χρόνια.

Πρόσκοπος για 6 χρόνια, αλλά και ομαδάρχης για τα μικρότερα μέλη.

Μέλος συγκροτήματος παραδοσιακών χορών για πάνω από 15 χρόνια, λαμβάνοντας μέρος σε παρά πολλές παραστάσεις, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

ΑΘΗΝΑ ΚΑΤΣΙΜΗΤΡΟΥ-ΤΙΓΓΙΝΑΓΚΑ, MLD/CDT



Ειδικός Λεμφικής Παροχέτευσης με εξειδίκευση στη τεχνική του Dr. Vod-der:

Zentrum für Manuelle Lymphdrainage, GER

Myotherapy College of Utah, USA

Natural Health Science, GR

Diagnosis & therapy of Lymphedema, International Alliance of Healthcare Educators, FL-USA

Ειδικός Ολιστικής Μάλαξης, Natural Health Science, GR

Μέλος της Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας

ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Αποκατάσταση πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος

Αποκατάσταση λιποιδημάτων

Αποκατάσταση φλεβικών οιδημάτων και ελκών

Αποκατάσταση οιδημάτων ουλώδους ιστού

ΣΥΜΜΕΤΟΧΕΣ

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΕΙΣ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΛΕΜΦΟΙΔΗΜΑΤΟΣ

«Πρόληψη και Ασκήσεις Δευτεροπαθούς λεμφοιδήματος»,Novartis «Είσαι γυναίκα, Είσαι δύναμη» Οκτώβριος 8/15/22 2015 Νοέμβριος 5/19 2015.

«Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα ογκολογικών ασθενών», Σύλλογος Κ.Ε.Φ.Ι. Αθηνών, Μάρτιος 2015

«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2014

«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2013

«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2012

«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2011

«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2010

«Αποφασίζω γιατί Γνωρίζω», Πανελλήνιος Σύλλογος Γυναικών με Καρκίνο Μαστού “Άλμα Ζωής”, Αθήνα 2009

«Λεμφοίδημα & Ποιότητα Ζωής», Σύλλογος Καρκινοπαθών Αργολίδας, Άργος 2009

«Πρόληψη-Βασικές Αρχές αποκατάστασης», 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2008

ΟΜΙΛΙΕΣ

«Δευτεροπαθές Λεμφοίδημα άνω άκρου: Υπάρχει ελπίδα για τους ασθενείς;», 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Νοέμβριος 2014

«Αποτελεσματικότητα προτεινόμενου πρωτόκολλου για τον έλεγχο Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από Ca μαστού», 2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο, 251 ΓΝΑ, Μάιος 2014.

«Αποτελεσματικότητα της θεραπείας Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από χειρουργείο Ca Μαστού», 12ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2008

«Θεραπεία Δευτεροπαθούς Λεμφοιδήματος μετά από χειρουργείο Ca Μαστού», 11ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικής Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Ογκολογίας, Αθήνα 2007

ΣΥΝΕΔΡΙΑ-ΗΜΕΡΙΔΕΣ

4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Τι νεότερο στην Ιατρική, 27-29 Νοεμβρίου 2014

12η Ημερίδα Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία, “Διαταραχές του μοντέλου αναπνοής”, Α.Ο.Ν.Α. “Ο Άγιος Σάββας”, Νοέμβριος 2014

29ο Πανελλήνιο Συνεδριο Χειρουργικής και Διεθνούς Χειρουργικού Forum 2014, “Πρόληψη και θεραπεία Μετεγχειρητικού Λεμφοιδήματος”, 12-15 Νοεμβρίου 2014

2ο Πανελλήνιο Λεμφολογικό Συνέδριο «Η Λεμφολογία στην Ελλάδα», 251 ΓΝΑ, 9 & 10 Μαΐου 2014

1ο Συνέδριο Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας, Αττικό Νοσοκομείο Ιούνιος 2012

11η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πειας Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα «Ογκολογικός Νευρολογικός Ασθενής», Νοέμβριος 2012

10η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πειας Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα «Λεμφοίδημα και Ογκολογία», Νοέμβριος 2010

36ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Λεμφολογίας - XXXVI Congress of European Society Of Lym-phology , Μάιος 2010

«Καρκίνος Μαστού: Από την άναρχη συσσώρευση πληροφορίας στη σύνθεση», Α Παθολογικό Ογκολογικό Τμ. Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»- Μονάδα Γυναικολογικού Καρκίνου Νοσοκομείο Έλενα Βενιζέλου, Δεκέμβριος 2009

1η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία», Τμ. Φυσ/πειας Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», με θέμα « Κατανώνοντας το Λεμφοίδημα», Νοέμβριος 2001

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΣΕΜΙΝΑΡΙΑ

«Κλινικά Εργαστήρια – Περίδεση άνω άκρου», 1ο Συνέδριο Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας, Αττικό Νοσοκ., Ιούνιος 2012

«Functional Arm Lymphedema Bandage», 10η Ημερίδα «Φυσιοθεραπεία & Ογκολογία», Α.Ο.Ν.Α. «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Νοέμβριος 2010

«MLD άνω & κάτω άκρων, πρόγραμμα ασκήσεων ,επίδειξη θεραπευτικής συμπίεσης & ελαστικών υλικών περιδεσης», 36ο Πανευρωπαϊκό Συνέδριο Λεμφολογίας, Μάιος 2010

ΒΙΒΛΙΑ

Συμμετοχή στη συγγραφή “ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ” Α.Ο.Ν.Α. Ο Άγιος Σάββας. Αθήνα,2008

Λεμφικό σύστημα

Βασικές αρχές πρόληψης-αποκατάστασης λεμφοιδήματος μετά από μαστεκτομή

Δευτεροπαθές λεμφοίδημα – Έλεγχος αποτελεσματικότητας θεραπείας

Χρόνιος Πόνος

Η παραφωνία του εγκεφάλου – Μια εναλλακτική πρόταση.



Η επιθυμία να γράψω αυτό το βιβλίο γεννήθηκε μέσα από τη σχέση που ανέπτυξα με τους ασθενείς μου.

Όλοι, άλλος λίγο και άλλος πολύ, ήθελαν, πριν ή και κατά τη διάρκεια των θεραπειών, να τους εξηγήω τα «γιατί» του χρόνιου πόνου που τους έκανε να υποφέρουν, και τα «πώς» θα απαλλάσσονταν απ' αυτόν. Και αυτό που προσπάθησα να εξηγήσω στο βιβλίο είναι πως ο χρόνιος πόνος δεν είναι τίποτε άλλο από την παραφωνία του εγκεφάλου μας, αν θεωρήσουμε ότι ο εγκέφαλος είναι ο μάστρος που ελέγχει την αρμονική λειτουργία του οργανισμού. Ο θεραπευτής πρέπει να «προκαλεί» τον ασθενή ώστε να χρησιμοποιήσει τις δυνατότητες του σώματος του για «αυτοδιόρθωση». Βασισμένο σε αυτή τη λογική είναι δομημένο το βιβλίο που έχετε στα χέρια σας. Επιχειρεί να βοηθήσει τον ασθενή –ή και τον θεραπευτή ακόμα– να κατανοήσει την οδό, ώστε να διευκολύνει τη διαδικασία απελευθέρωσης του οργανισμού από τα 'δεσμά' του, οδηγώντας στην 'αυτοδιόρθωση', στην λειτουργική αρμονία, την ομοιόσταση και, τελικά, στην επανεκκίνηση του οργανισμού.

Πράγματα που θα μάθετε από το βιβλίο

1. ΘΕΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

του Παν. Αρχιμανδρίτη π. Εφραίμ Σιμωνοπετρίτη:

Ο πόνος είναι πάντα ένα νοητικό ή ψυχολογικό γεγονός. Ένα κόλπο που ο νους εν γνώσει του παίζει στον ίδιο του τον εαυτό. Εκτελεί το μαγικό αυτό κόλπο με τόσο έντονη καταστολή της δυσπιστίας, ώστε σταματάω κάθε άλλη ασχολία και φροντίζω το δάχτυλό μου όταν αυτό χτυπήσει και πονάει. Δεν μπορώ να αποφύγω την εντύπωση, ότι ο πόνος είναι στο δάχτυλό μου και όχι στον εγκέφαλό μου. Όλοι οι πόνοι είναι στο μυαλό, από εκεί ξεκινούν και εκεί κατοικούν...

2. ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΕΨΕΙΣ

ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ

Θα πρέπει να αντιληφθούμε πως το θέμα που πραγματευόμαστε αφορά τη λειτουργία των "υποδοχών του πόνου" που στέλνουν ερεθίσματα στον Εγκέφαλο, ο οποίος, τελικά, «αποφασίζει» εάν αξίζει να γίνει αντιληπτό το αίσθημα του πόνου ή όχι. Και, επίσης, να αναγνωρίζουμε την ύπαρξη διαφοράς μεταξύ "πόνου" και "αλγαισθησίας, αλγοδεκτικότητας/nociception".

3. ΕΝΟΤΗΤΑ 1

ΑΣ ΓΝΩΡΙΣΤΟΥΜΕ ΜΕ ΤΟΝ ΠΟΝΟ ΜΑΘΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Ο πόνος, στην πραγματικότητα, είναι ο "κίνδυνος" που αντιλαμβάνεται ο Εγκέφαλος για πιθανή βλάβη ιστού, λαμβάνοντας υπόψη προηγούμενες εμπειρίες του ατόμου. Ακριβώς αυτό θέλουμε να αναδείξουμε μέσα από το συγκεκριμένο βιβλίο. Το γεγονός, δηλαδή, ότι ο πόνος, και κυρίως ο χρόνιος πόνος, βρίσκεται μέσα στο μυαλό μας, όχι με τον τρόπο που φανταζόμαστε, αλλά μέσω χημικών – ορμονικών μηχανισμών, για τους οποίους έχουμε τα φυσικά εκείνα μέσα που απαιτούνται ώστε να τους επηρεάσουμε με τρόπο ευεργετικό για τον πάσχοντα.

4. ΕΝΟΤΗΤΑ 2

Η ΧΗΜΕΙΑ ΤΟΥ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΟΜΟΙΟΣΤΑΣΗ (ΑΥΤΟ-ΟΡΓΑΝΩΣΗ, ή ΑΥΤΟ-ΡΥΘΜΙΣΗ ΕΝΟΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΩΣ

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ) – ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ / ΠΟΝΟΚΕΦΑΛΟΣ

Ο οργανισμός λειτουργεί ως σύστημα, για την εύρυθμη λειτουργία του οποίου απαιτείται αρμονική οργάνωση των μερών του και εσωτερική ισορροπία. Για καθετί που επιχειρεί να τροποποιήσει αυτή την ισορροπία τα μέρη αντιδρούν με μηχανισμούς αυτορρύθμισης. Αυτό-ρρυθμισμό είναι η δυνατότητα ενός συστήματος να μεταβαίνει εκούσια από μια κατάσταση δυσαρμονίας στην οργάνωσή του, σε μια περισσότερο αρμονική. Ο χρόνιος πόνος στην πραγματικότητα δεν είναι τίποτε άλλο από την διαταραχή της λειτουργικής αρμονίας στον οργανισμό. Έχει, δηλαδή, διαταραχθεί η ομοιόσταση, η οποία εκφράζεται ως δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και μπορεί να εκδηλωθεί με ένα σύνολο αισθητικών, κινητικών ή νευρολογικών διαταραχών, όπως για παράδειγμα ο πονοκέφαλος και η ημικρανία.

5. ΕΝΟΤΗΤΑ 3

ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ – ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑ ΧΕΙΡΙΣΜΩΝ – ΝΕΥΡΟΡΕΦΛΕΞΟΛΟΓΙΑ – ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΘΕΡΑΠΕΙΑ (ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΓΙΑ ΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ)

Ο χρόνιος πόνος είναι αποτέλεσμα χημικών αλλαγών στο σώμα, που οφείλονται σε δυσλειτουργία του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος. Η Κρανιοϊερή Θεραπεία αποτελεί ένα από τα πολυτιμότερα εργαλεία που βοηθά τους θεραπευτές να αναγνωρίσουν αυτή τη δυσλειτουργία και να την ανατάξουν. Προς την ίδια κατεύθυνση, αλλά από διαφορετική αφετηρία, κινείται και η Νευροθεραπεία διά χειρισμών. Ο προτεινόμενος συνδυασμός έχει τη δυναμική να συνεισφέρει περισσότερο στη μεταβολή της διαταραγμένης λειτουργικότητας του οργανισμού, ώστε να αποκαταστήσει την αρμονία και την ισορροπία του, ενισχύοντας την προσαρμοστικότητα του· κυρίως συστατικό στοιχείο της ομοιόστασης.

6. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

...Η ΕΠΙ ΕΝΔΕΙΞΕΩΝ ΒΑΣΙΖΟΜΕΝΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Η αποτελεσματικότητα της Κρανιοϊερής Θεραπείας σε συνδυασμό με την Νευροθεραπεία δια χειρισμών, που περιλαμβάνει και την Νευρο-ρεφλεξολογία, βασίζεται στην κλινική μας εμπειρία. Κάποιοι ενδέχεται να ισχυριστούν ότι «ζούμε στην εποχή της επί ενδείξεων βασιζόμενης

ιατρικής», όμως τι σημαίνει αυτό; Την απάντησή μας την δίνει ο Καθηγητής Leon Chaitow. "Σίγουρα δεν σημαίνει -μολονότι αυτή είναι η συνήθης αλλά λανθασμένη αντίληψη- ότι κάθε θεραπευτική πράξη που διενεργείται, πρέπει να βασίζεται σε επιστημονικές έρευνες που επικυρώνουν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλειά της, αν και σε μερικές περιπτώσεις αυτό μπορεί κάλλιστα να αποτελεί μέρος της θεμελίωσης των κλινικών επιλογών".

Ο πόνος (ως πιθανό αποτέλεσμα τραυματισμού σε κάποιον ιστό του σώματος, όπως είναι οι μύες, οι σύνδεσμοι, οι αρθρώσεις, τα νεύρα κ.α. ή περιγράφεται σαν να έχει γίνει αυτή η βλάβη) έχει δυο συνιστώσες, τη σωματική και τη συναισθηματική. Απαιτείται λοιπόν μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου προβλήματος. Απαιτείται ακόμα η αξιοποίηση όλων εκείνων των δυνατοτήτων του οργανισμού, ώστε να κινητοποιηθούν οι μηχανισμοί αυτό-διόρθωσης που διαθέτει, για να αντιμετωπίσει όπως εκείνος ξέρει καλύτερα τα προβλήματα του.

Nico Pauly P.T., M.T., M.N.T. Member of I.A.S.P.

(International Association for the Study of Pain)

I met Mr. Haralabos Tiganagas as my pupil when I was senior tutor in the extended training of M.N.T. in Greece, running over more than 100 hours, spread over several seminars. Very soon I was impressed by his open minded but realistic and science-based view on the approach of patients suffering from pain. Dealing the same motivation and the same drive in searching for a holistic but still science-based therapy concept, he became a real friend, calling him "Harry" for avoiding the complex Greek names.

Very soon, Harry implemented the M.N.T.-techniques in his own therapy mix of M.T. and C.S.T. resulting after several years of experience in a very individual way of treating pain.

In this book he shares his knowledge, skills and experience with us. I hope this book will motivate therapists, searching for a more holistic approach in chronic pain and certainly give patients, suffering from chronic pain, a realistic but hopeful view on the future.

info@mnt-nr.com www.mnt-nr.com



Ένα μήνυμα από τον συγγραφέα

Θεωρούμε τον ασθενή ως ένα σύνολο με ψυχοσωματική διάσταση, που χαρακτηρίζεται από αρμονία στη λειτουργικότητα του. Η υγεία, που είναι το ζητούμενο και η «κατάκτησή» της ο σημαντικότερος στόχος στη ζωή, επιτυγχάνεται όταν όλα τα τμήματα του σώματος είναι ελεύθερα να λειτουργούν σε αρμονική σχέση το ένα με το άλλο, είτε αυτό αφορά στη λειτουργία ενός κυττάρου, είτε στη λειτουργία του πιο περίπλοκου μηχανισμού του σώματος. Η διαταραχή αυτής της λειτουργικής αρμονίας είναι υπεύθυνη για πολλές παθολογικές και επώδυνες καταστάσεις, όπως είναι και ο χρόνιος πόνος.

Απαιτείται, λοιπόν, μια ολιστική θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση ενός τόσο σύνθετου προβλήματος όπως είναι η αρμονία στη λειτουργικότητα του οργανισμού, ή αλλιώς 'ομοιόσταση'. Απαιτείται ακόμη η ενεργοποίηση όλων εκείνων των δυνατοτήτων αυτό-διόρθωσης ή αυτορρύθμισης που διαθέτει ο οργανισμός, προκειμένου να αντιμετωπίσει ο ίδιος, όπως εκείνος ξέρει καλύτερα από οποιονδήποτε άλλο, τα προβλήματά του.



Πληροφορίες για τη Κρανιοϊερή Θεραπεία

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**



ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ ΜΙΑ ΤΥΠΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

Η εφαρμογή της Κρανιοϊερής Θεραπείας γίνεται σε έναν ήσυχο χώρο, με χαμηλωμένο φωτισμό. Ο ασθενής είναι ξαπλωμένος σ' ένα εξεταστικό κρεβάτι, έχοντας βγάλει τα παπούτσια του, φορώντας χαλαρά και άνετα ρούχα. Ο θεραπευτής μπορεί κατά διαστήματα να κάθεται ή να βρίσκεται όρθιος κοντά στο κεφάλι, στον κορμό ή τα πόδια του ασθενή. Οι εμπειρίες κατά την διάρκεια της συνεδρίας είναι τόσο μοναδικές, όσο μοναδικός είναι ο κάθε ασθενής αλλά και ο κάθε θεραπευτής. Μπορεί επίσης να διαφέρουν από συνεδρία σε συνεδρία. Κάποιες φορές ο ασθενής μπορεί απλά να χαλαρώσει ή ακόμα να αποκοιμηθεί, άλλες φορές μπορεί να αρχίσει να μιλάει υπερβολικά, ανακαλώντας κρυμμένες μνήμες ή απελευθερώνοντας κρυμμένα συναισθήματα. Άλλοι παραμένουν σιωπηλοί καθ' όλη τη διάρκεια της συνεδρίας, παρατηρώντας τη διαδικασία της αξιολόγησης ή την ίδια τη θεραπεία, ενώ άλλοι βιώνουν αισθήματα ή αισθήσεις στο σώμα τους.



ΤΙ ΑΚΡΙΒΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΕΙ;

Η μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών που ανταποκρίνονται θετικά σε αυτή τη θεραπεία είναι αυτοί των οποίων τα συμπτώματα δεν έχουν αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά από άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Με την Κρανιοϊερή θεραπεία δεν αντιμετωπίζουμε παθήσεις, αλλά βελτιώνοντας την λειτουργικότητα του νευρικού συστήματος, ενισχύουμε τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, έτσι ώστε να του δώσουμε την δυνατότητα να αυτοδιορθωθεί. Μέσω αυτή της προσέγγισης συμπτώματα που επιμένουν, όπως για παράδειγμα είναι οι ημικρανίες, ο πονοκέφαλος, ο χρόνιος πόνος, οι αϋπνίες, οι αισθητικές διαταραχές, προβλήματα κροταφογναθικής άρθρωσης, ινομυαλγία, σπαστικό ραιβόκρανο, ορμονικές διαταραχές, κατάθλιψη, συναισθηματικές διαταραχές και άλλα που σχετίζονται με την δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος, μπορούν να αντιμετωπισθούν με αποτελεσματικότητα.



ΤΙ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΕΡΙΜΕΝΕΙ Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΙΑ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ;

Όπως το κάθε άτομο βιώνει τη κάθε συνεδρία της Κρανιοϊερής Θεραπείας με ένα μοναδικό τρόπο, έτσι τα άμεσα αποτελέσματα μπορούν επίσης να διαφέρουν. Ο ασθενής μπορεί να χαλαρώσει τόσο ώστε να κοιμάται αρκετές ώρες μετά το τέλος της θεραπείας. Σε άλλους αυξάνεται η ενεργητικότητα τους. Ελάττωση του πόνου ή αύξηση της λειτουργικότητας μπορεί να προκληθεί αμέσως μετά τη θεραπεία ή μπορεί να επιτευχθεί σταδιακά τις αμέσως επόμενες ημέρες. Καθώς η Κρανιοϊερή θεραπεία ενισχύει το φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού δεν είναι καθόλου αφύσικο η βελτίωση να συνεχιστεί εβδομάδες μετά τη θεραπεία.



ΕΧΕΙ ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ;

Δεν έχει παρενέργειες. Κάποιες φορές στη διάρκεια της θεραπείας, ο θεραπευτής θα υποστηρίξει περιοχές του σώματος του ασθενή, διευκολύνοντας την απελευθέρωση της συσσωρευμένης έντασης.

Αυτή η διαδικασία ονομάζεται «Απελευθέρωση Κύστης Ενέργειας» ή «Απελευθέρωση των ιστών της περιοχής». Στη διάρκεια αυτής της απελευθέρωσης ο ασθενής μπορεί να ανακαλέσει στη μνήμη του περιστατικά που αφορούν ένα προηγούμενο shock, τραύμα σωματικό ή ψυχικό / συναισθηματικό. Ανακαλώντας και βιώνοντας ξανά, σε περιορισμένη ένταση και διάρκεια, προηγούμενες τραυματικές εμπειρίες βοηθιέται το σώμα να αναστρέψει την δυσλειτουργία, αποκαθιστώντας την προηγούμενη "αρμονία". Για κάποιους υπάρχει η φάση της αναδιοργάνωσης καθώς το σώμα προσαρμόζεται στις αλλαγές που γίνονται στο Νευρικό σύστημα, διορθώνοντας απ' εαυτού προηγούμενες δυσλειτουργίες.



ΕΠΙΒΑΛΛΕΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΤΡΟΠΟ ΖΩΗΣ;

Όχι ο ασθενής συνεχίζει την ζωή του κανονικά χωρίς περιορισμούς.

Τελικά αυτό που μας ενδιαφέρει είναι να προσφέρουμε στον ασθενή λειτουργικότητα απαλλαγμένη από συμπτώματα.

ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΚΛΑΣΣΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ;

Φυσικά συνδυάζεται με άλλες μορφές θεραπείας.

Ενισχύοντας τον φυσικό αμυντικό μηχανισμό του οργανισμού, διευκολύνουμε την αποτελεσματικότητα άλλων θεραπευτικών προσεγγίσεων.

ΠΟΥ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΘΕΡΑΠΕΙΑ; ΜΕ ΠΟΙΑ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ;

Η θεραπεία αυτή εφαρμόζεται αποκλειστικά από θεραπευτές εκπαιδευμένους από το Ινστιτούτο Upledger, που ίδρυσε ο εμπνευστής αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης Dr. John Upledger.

Η συχνότητα καθορίζεται από τον θεραπευτή ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Συνήθως πραγματοποιούνται 3 συνεδρίες την πρώτη εβδομάδα, 2 τη δεύτερη και 1 συνεδρία την τρίτη εβδομάδα. Μετά από 15 μέρες, γίνεται άλλη μία συνεδρία και στη συνέχεια μία φορά το μήνα για 6 μήνες. Η κάθε συνεδρία διαρκεί περίπου μία ώρα.



ΚΡΑΝΙΟΪΕΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Άρθρο του **Φυσικοθεραπευτή Χαράλαμπου Τιγγινάγκα, ΜΤ, CST, MNT**

www.craniosacral.gr: Όσοι επιθυμείτε αξιόπιστη ενημέρωση σχετικά με αυτή τη θεραπεία, επισκεφτείτε την ανανεωμένη, φιλική στο χρήστη, Ελληνική ιστοσελίδα για την Κρανιοϊερή Θεραπεία, που επιμελείται ο Φυσικοθεραπευτής Χαρ. Τιγγινάγκας.



cra·ni·o·sa·cral ther·a·py

1: a light-touch, whole-body treatment technique developed by John E. Upledger, DO, OMM; works with the body's craniosacral system to support and nourish the central nervous system – improving overall health and well-being.

2: a complementary method of hands-on bodywork; works with the natural and unique rhythms of the different body systems to pinpoint and address problem sources.

3: helps to alleviate the aches, pains and strains of life; improves coping mechanisms to allow for better management of stress.

4: improves the body's ability to self-care; can produce profound, positive changes.



CranioSacral Therapy: [Origin:1970s.] Coined by John E. Upledger, DO, OMM to describe the treatment modality that he developed during his research at Michigan State University

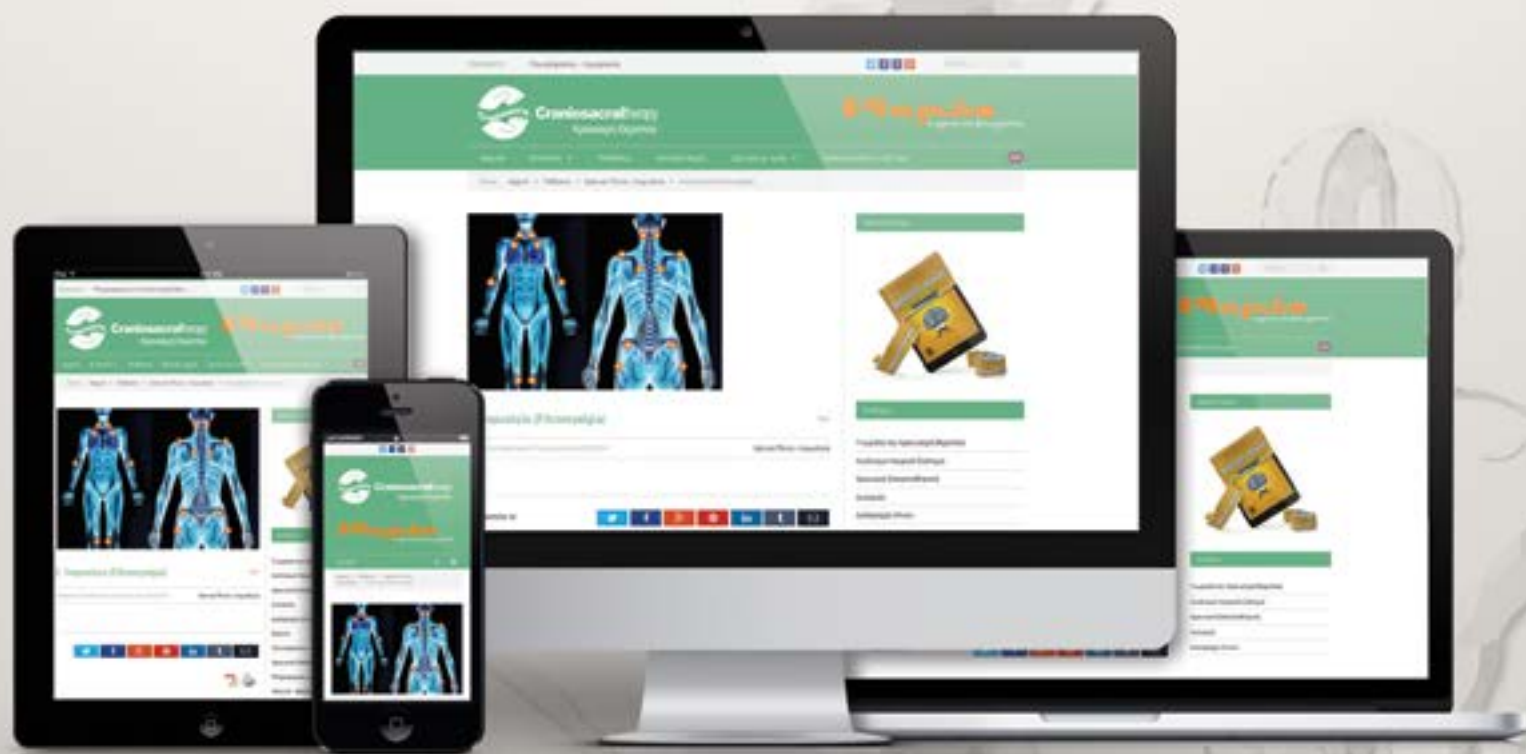


craniosacraltherapy

Κρανιοϊερή Θεραπεία

Κάντε μια «επανεκκίνηση» στο νευρικό σας σύστημα

Μάθετε περισσότερα στο
www.craniosacral.gr



ΑΛΚΙΜΑΧΟΥ 3 - 5 / 11634 / ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ: +30 2107220562 - 6932261521

www.craniosacral.gr
Email: tiqis@physio.gr

