

ΔΙΕΘΝΕΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΠΡΩΗΝ ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΙ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**« Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ –
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ »**

Φοιτήτρια :

ΤΣΙΓΑΡΑ ΝΙΚΟΛΕΤΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ: ΚΑΛΛΙΣΤΡΑΤΟΣ ΗΛΙΑΣ, ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2020

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Θέμα: «Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΙΑΚΗΣ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ –
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ »**

Φοιτήτρια :

ΤΣΙΓΑΡΑ ΝΙΚΟΛΕΤΑ

A.M.: 4625/15

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Ηλίας Καλλίστρατος, Καθηγητής

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

- 1. Καλλίστρατος Ηλίας, Καθηγητής**
- 2. Κοτταράς Σταύρος, Αν. Καθηγητής**
- 3. Ιακωβίδης Πάρης, Επ. Καθηγητής**

Ευχαριστίες...

Θα ήθελα να ευχαριστήσω πολύ τον Καθηγητή μου, Κύριο Καλλίστρατο Ηλία που δέχτηκε να αναλάβει την εποπτεία της εργασίας και μου έδωσε την ευκαιρία να διερευνήσω ένα θέμα που με ενδιαφέρει πολύ. Επιπλέον, θα ήθελα να τον ευχαριστήσω για την βοήθεια και την καθοδήγηση που μου προσέφερε.

Τέλος, θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω τη μητέρα μου , τις αδερφές και τους φίλους μου, που σε κάθε βήμα αυτής της προσπάθειας ήταν κοντά μου, μοιράστηκαν την αγωνία μου και με στήριξαν. Αισθάνομαι πραγματικά ευγνωμοσύνη προς όλους αυτούς τους ανθρώπους, που η παρουσία και η βοήθεια τους υπήρξαν σημαντικές και πολύτιμες.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
1.2 ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ.....	7
1.2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	8
1.2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	10
1.2.3 ΑΙΤΙΑ.....	13
1.2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	15
1.2.5 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	16
1.3 Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	19
1.3.1 Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ.....	22
1.4 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	26
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	27
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	29
3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ.....	32
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	37
4.1 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	38
4.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ.....	39
5. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	39
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	43

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή

Η οστεοαρθρίτιδα αποτελεί μια πολύπλοκη πάθηση, με ετερογένεια, όσον αφορά τα συμπτώματά της. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής- συμπεριφορικής θεραπείας (ΓΣΘ) σε αυτήν.

Μεθοδολογία

Έγινε έρευνα στις βάσεις δεδομένων Medline (μέσω PubMed), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL, the Cochrane Library), Pedro (Physiotherapy Evidence Database) και Science Direct, με χρήση λέξεων - κλειδιά, οστεοαρθρίτιδα, φυσικοθεραπεία, γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία, κατάθλιψη, αυπνία, διαταραχή ύπνου, χρόνιας πόνος, για να βρεθούν όλες οι δημοσιευμένες τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, που είχαν ως τύπο θεραπείας την ΓΣΘ και οι ασθενείς ήταν ενήλικοι, διαγνωσμένοι με οστεοαρθρίτιδα.

Αποτελέσματα

Τέσσερις έρευνες πληρούσαν τα κριτήρια εισόδου στην έρευνα, οι οποίες έδειξαν ότι η ΓΣΘ είναι περισσότερο αποτελεσματική από τις άλλες παρεμβατικές ομάδες, όσον αφορά τον πόνο, την γενική υγεία και λειτουργικότητα, τα σημεία ευαισθησίας, την συναισθηματική κατάσταση, την κατάθλιψη, τις διαταραχές ύπνου και την αίσθηση αυτό- αποτελεσματικότητας.

Συμπεράσματα

Από τις έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν αποδείχθηκε ότι η ΓΣΘ φαίνεται να έχει πολύ καλή επίδραση σε όλα τα συμπτώματα της οστεοαρθρίτιδας. Περισσότερες και πιο ομοιογενείς έρευνες είναι απαραίτητες για το μέλλον.

Λέξεις- κλειδιά

οστεοαρθρίτιδα, γνωσιακή- συμπεριφοριστική θεραπεία, τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες, συστηματική ανασκόπηση, κατάθλιψη, χρόνιας πόνος, αυπνία.

ABSTRACT

Introduction

Osteoarthritis is a complex, heterogeneous condition with regard to its symptoms. The purpose of the present study is to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) on it.

Method

Medline databases (via PubMed), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL, the Cochrane Library), Pedro (Physiotherapy Evidence Database) and Science Direct were searched using keywords, osteoarthritis, physiotherapy, cognitive behavioral therapy, depression, insomnia, sleep disorder, chronic pain, to find all published randomized clinical trials that had the type of CBT treatment and patients were adults diagnosed with osteoarthritis.

Results

4 studies met the criteria for entry into the study, which showed that the CBT is more effective than other intervention groups in terms of pain, general health and functionality, sensitivity, emotional state, depression, sleep disorders, and the sense of self-efficacy.

Conclusions

Studies have shown that CBT appears to have a very good effect on all symptoms of osteoarthritis. More and more homogenous surveys are needed for the future.

Keywords

Osteoarthritis, cognitive-behavioral therapy, randomized clinical trials, systematic review, depression, chronic pain, insomnia.

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα ρευματικά νοσήματα ορίζονται ως παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού, με σύνηθες κλινικές εκδηλώσεις τον πόνο ή/ και την δυσκαμψία. Τα ρευματικά νοσήματα θεωρούνται από τα συχνότερα νοσήματα καθώς και η κυριότερη αιτία σωματικής ανικανότητας σε άτομα από 15 ετών και άνω (Badley, Rasooly & Webster, 1994 Yelin & Callahan,1995).

Στις ρευματικές παθήσεις συγκαταλέγονται η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η πολυμυαλγία, η αγκυλωτική σπονδυλαρθρίτιδα, η ψωριασική αρθρίτιδα, η ουρική αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα, η οσφυαλγία, η αυχεναλγία, η οστεοπόρωση, η νόσος του Paget, η αντιδραστική αρθρίτιδα, η εντεροπαθητική αρθρίτιδα, οι κρυσταλλογενείς αρθρίτιδες, η ινομυαλγία και οι παθήσεις περιαρθρικών μαλακών μορίων του ώμου, αγκώνα, καρπού, άκρας χειρός, ισχίου, γόνατος, ποδοκνημικής άρθρωσης και άκρου ποδός, όπως τενοντοελυτρίτιδα, ασβεστοποιός τενοντίτιδα, συμφυτική αρθροθυλακίτιδα του ώμου, ενθεσοπάθεια, ορογονοθυλακίτιδα, παλαμιαία ή πελματιαία απονευρωσίτιδα και σύνδρομο καρπιαίου ή ταρσιαίου σωλήνα (Ανδριανάκος, Τρόντζας, Χριστογιάννης, Ντάντης, και συν., 2003).

1.2 ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η οστεοαρθρίτιδα είναι μια χρόνια και προοδευτικά εξελισσόμενη πάθηση των αρθρώσεων και της σπονδυλικής στήλης που χαρακτηρίζεται από προοδευτική καταστροφή του αρθρικού χόνδρου και τη δημιουργία νέου οστού (οστεόφυτα). Είναι μια χρόνια πάθηση που εντοπίζεται στις περιφερικές αρθρώσεις, δηλαδή στις αρθρώσεις των άνω και κάτω άκρων, αλλά και σε αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης. Συνήθως αφορά μία άρθρωση (π.χ. γόνατο ή ισχίο) και μερικές φορές δύο ή περισσότερες αρθρώσεις, ενώ στα χέρια και στη σπονδυλική στήλη είναι συνήθης η εντόπιση σε πολλές αρθρώσεις. Όταν η οστεοαρθρίτιδα εντοπίζεται στη σπονδυλική στήλη είναι γνωστή και ως εκφυλιστική σπονδυλαρθροπάθεια.

Η οστεοαρθρίτιδα χαρακτηρίζεται, πρώτον, από φθορά του αρθρικού χόνδρου, που καλύπτει την επιφάνεια των οστών μέσα στην άρθρωση, και δεύτερον, από οστική υπερπλασία στα όρια των αρθρικών επιφανειών των οστών μέσα στην άρθρωση. Έτσι, δημιουργούνται οστικές προεξοχές, που λέγονται οστεόφυτα.

Η ανομοιόμορφη δηλαδή μηχανική φόρτιση και τα μη φυσιολογικά φορτία που υπερβαίνουν τα όρια αντοχής των δομών των αρθρώσεων, προκαλούν βαθμιαία φθορά αρχικά του αρθρικού χόνδρου και έπειτα άλλων στοιχείων της άρθρωσης (Δ.Α. Κοτζαηλίας,2011).«Η μαλάκυνση και αποδιοργάνωση του αρθρικού χόνδρου συνοδεύονται από σχηματισμό υπερπλαστικού νέου οστού ,οστεοφύτων και οστική ανακατασκευή. Η κλινική και ακτινολογική εικόνα καθορίζεται από την σχετική επικράτηση κάποιου από αυτούς τους ανταγωνιζόμενους μηχανισμούς»(L.Solomon & D. Warwick & S. Nayagam,2001).

Η οστεοαρθρίτιδα είναι η συχνότερη πάθηση των αρθρώσεων και μια από τις συχνότερες παθήσεις του ανθρώπου. Η οστεοαρθρίτιδα είναι σημαντικά συχνότερη στις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ η συχνότητά της αυξάνει με την πρόοδο της ηλικίας ,έτσι ώστε μετά τα 65 χρόνια, 3 στα 4 άτομα πάσχουν από οστεοαρθρίτιδα ενώ περισσότερο από το 85% των ατόμων αυτών έχουν ευρήματα στις ακτινογραφίες των αρθρώσεων τους ακόμη και όταν δεν έχουν συμπτώματα. «Η οστεοαρθρίτιδα είναι σε τελική ανάλυση ,μια αλληλουχία μηχανισμών που ενεργοποιείται σε περίπτωση διαταραχής της ικανότητας του αρθρικού χόνδρου να αντέχει φορτία.» (L.Solomon & D. Warwick & S. Nayagam,2001)

1.2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η οστεοαρθρίτιδα συνήθως αναπτύσσεται με βραδείς ρυθμούς. Ορισμένες φορές τα συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζουν υφέσεις και εξάρσεις ενώ μπορούν να εκλείψουν για διάστημα αρκετών μηνών (L.Solomon & D. Warwick & S. Nayagam,2001).

Ο ακτινολογικός έλεγχος αποτελεί έναν από τους τρόπους διάγνωσης της οστεοαρθρίτιδας. Τα βασικότερα ακτινολογικά ευρήματα που οδηγούν σε ύπαρξη οστεοαρθρίτιδας είναι τα οστεόφυτα στα χείλη της άρθρωσης, η ασύμμετρη στένωση του μεσάρθριου διαστήματος, εναποθέσεις ασβεστίου μέσα στην άρθρωση, κύστες κοντά στην αρθρική επιφάνεια και σκλήρυνση του υποχόνδριου οστού κάτω από τις περιοχές που έχει εκφυλιστεί ο χόνδρος.

Οι απλές ακτινογραφίες είναι αρκετά χαρακτηριστικές έτσι ώστε σπάνια να απαιτούνται πιο ειδικές εξετάσεις. Ειδικά στα τελικά στάδια της πάθησης, η

διαταραχή του μηχανικού άξονα της άρθρωσης και η οστική διάβρωση μπορεί να είναι σοβαρή.

Η οστεοαρθρίτιδα έχει ως χαρακτηριστικό της την περιοδικότητα ,δηλαδή υπάρχουν περίοδοι εξάρσεων και υφέσεων που χαρακτηρίζουν την εξέλιξη της πάθησης .Τα ακτινολογικά ευρήματα δεν παρουσιάζουν τέτοιες διακυμάνσεις αλλά υπάρχει σημαντική ποικιλία ανάμεσα στους διάφορους ασθενείς.

Παρόλο που η διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας είναι εύκολα πραγματοποιήσιμη μέσω του ακτινολογικού ελέγχου ,η βλάβη του χόνδρου μπορεί να διαγνωστεί με μια αρθροσκόπηση πολύ πριν τις ακτινολογικές αλλοιώσεις. Βέβαια, πολλές φορές η ανεύρεση των βλαβών του χόνδρου αποδίδει τα συμπτώματα του ασθενή στην οστεοαρθρίτιδα ενώ αυτά ίσως οφείλονται σε κάποια άλλη υποκείμενη νόσο.

Τέλος, σημαντικά για τη διάγνωση είναι το ιστορικό, η κλινική εικόνα του ασθενή και η κλινική εξέταση που πραγματοποιείται. Αυτά αποτελούν προδιαγνωστικούς παράγοντες που σε συνδυασμό με τον ακτινολογικό έλεγχο οδηγούν στο συμπέρασμα και στην πλήρη διάγνωση την πάθησης της οστεοαρθρίτιδας.

Η εξέταση του αρθρικού υγρού είναι ένας ακόμη διαγνωστικός τρόπος κατά τον οποίο ,τα ευρήματα στο αρθρικό υγρό στην οστεοαρθρίτιδα συνήθως δείχνουν ελάχιστη φλεγμονώδη (WBC <2000/mm³) ή μη φλεγμονώδη διαδικασία. Στην εξέταση με μικροσκόπιο με πολωμένο φως ,κρύσταλλοι απουσιάζουν.

Καταλήγοντας, η οστεοαρθρίτιδα είναι δυνατόν να διαγνωστεί αξιολογώντας είτε τη δομή της άρθρωσης χρησιμοποιώντας ραδιογραφική απεικόνιση, είτε τα κλινικά συμπτώματα, είτε συνδυάζοντας τα προαναφερθέντα.

Η διάγνωση μπορεί να γίνει χρησιμοποιώντας ακτίνες X. Μία λεπτομερής καταγραφή ιστορικού του ασθενούς και η φυσική εξέταση μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν για τη διάγνωση της πάθησης.

Η προσεκτική εξέταση των συμπτωμάτων, όπως της εξέλιξη του πόνου με την πάροδο του χρόνου, των παραγόντων που τον επιδεινώνουν, καθώς και αυτών που τον απαλύνουν, μπορούν να βοηθήσουν στη διάγνωση.

1.2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Η οστεοαρθρίτιδα εμφανίζει αρκετά συμπτώματα που επικεντρώνονται κυρίως στις προσβεβλημένες αρθρώσεις και στην γύρω περιοχή τους. Τα συμπτώματα αυτά έχουν ένα χαρακτηριστικά διαλείποντα χαρακτήρα με περιόδους ύφεσης που μπορεί ορισμένες φορές να διαρκέσουν μήνες.

Ο πόνος είναι το κύριο και πρώτο σύμπτωμα της πάθησης. Μπορεί να είναι διάχυτος σε έκταση ή να αντανακλά σε κάποια άλλη περιοχή. Αρχικά ο πόνος είναι ήπιος αλλά επιδεινώνεται διαρκώς σε διάστημα μηνών ή χρόνων και προκαλείται από την καταπόνηση της άρθρωσης. Ο πόνος εμφανίζεται μετά από βάδιση μεγάλης απόστασης που ακολουθείται από ακινησία, γνωστός ως πόνος κόπωσης αλλά και μετά την πρωινή έγερση και την παραμονή στο κάθισμα για αρκετή ώρα. Στα αρχικά στάδια ο πόνος μπορεί να υποχωρήσει με την ανάπαυση όμως με την πάροδο του χρόνου η ύφεση δεν είναι πλήρης (L.Solomon & D. Warwick & S. Nayagam,2001).

Σε πιο προχωρημένα στάδια ο πόνος καταλήγει να είναι συνεχής και να εμφανίζεται ακόμη και στην ανάπαυση, γνωστός ως πόνος ηρεμίας. Τελικά ο πόνος εμφανίζεται ακόμη και τη νύχτα, γνωστός ως νυχτερινός πόνος, και συχνά ξυπνάει τον ασθενή. Παρά την εξέλιξη της πάθησης υπάρχουν περιόδοι χωρίς πόνο που μπορεί να διαρκέσουν μέρες ή και μήνες (L.Solomon & D. Warwick & S. Nayagam,2001).

Η δυσκαμψία είναι ένα σύνηθες κλινικό σημείο της νόσου. Αρχικά εκδηλώνεται μετά από ανάπαυση και περιόδους ακινησίας ενώ προοδευτικά επιδεινώνεται και γίνεται μόνιμη και συνεχής περιορίζοντας τις κινήσεις των αρθρώσεων (L.Solomon & D. Warwick & S. Nayagam,2001).

Η παραμόρφωση των αρθρώσεων αποτελεί την τελική κατάληξη της πάθησης που ακολουθείται από τοπική ευαισθησία στις επιφανειακές αρθρώσεις, ατροφία, περιορισμό της κίνησης της άρθρωσης και διόγκωση της άρθρωσης που οφείλεται σε ύδραρθρο ή είναι αποτέλεσμα της πάχυνσης του θυλάκου και της ανάπτυξης οστεοφύτων. Αυτή οφείλεται κυρίως στην αστάθεια της άρθρωσης και στην ρίκνωση του θυλάκου και είναι τυπική για κάθε άρθρωση. Για παράδειγμα το γόνατο παίρνει θέση ραιβότητας και κάμψης, το ισχίο θέση προσαγωγής, κάμψης και έξω στροφής ενώ στα χέρια προσβάλλονται κυρίως οι τελικές φαλαγγοφαλαγγικές αρθρώσεις στη

ραχιαία επιφάνεια στην οποία δημιουργούνται οι χαρακτηριστικοί όζοι. Τέλος ,στα τελικά στάδια της νόσου η άρθρωση αποσταθεροποιείται ως αποτέλεσμα της διάβρωσης του χόνδρου και του υποχόνδριου οστού , της ασύμμετρης ρίκνωσης του θυλάκου και της μυϊκής αδυναμίας.

Αν και η παραμόρφωση θεωρείται αποτέλεσμα της οστεοαρθρίτιδας πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν η περίπτωση να προϋπήρχε παραμόρφωση και να συνέβαλλε στη δημιουργία οστεοαρθρίτιδας. Ταυτόχρονα παλιές ουλές ή συρίγγια μπορεί να σχετίζονται με προηγούμενες παθήσεις της άρθρωσης που οδήγησαν στην οστεοαρθρίτιδα.

Άλλα συμπτώματα είναι το οίδημα και η περιορισμένη κινητικότητα μιας άρθρωσης που μπορεί να συνοδεύεται από κριγμό αλλά και η γενικότερη διαταραχή της λειτουργικότητας της άρθρωσης που αποτελεί το κύριο ενόχλημα του ασθενή και περιλαμβάνει την προοδευτική ανικανότητα για εκπλήρωση των καθημερινών δραστηριοτήτων ,τη χωλότητα ,τη δυσκολία με τις σκάλες, τον περιορισμό της απόστασης βάδισης και τέλος την μυϊκή ατροφία. Η οστεοαρθρίτιδα συνήθως αναπτύσσεται με βραδείς ρυθμούς και τα συμπτώματα μπορεί να παρουσιάζουν εξάρσεις και υφέσεις ενώ μπορεί να εκλείψουν για διάστημα αρκετών μηνών.

Ένα επιπλέον σύμπτωμα αλλά ταυτόχρονα και αίτια της οστεοαρθρίτιδας φαίνεται να αποτελεί η κατάθλιψη. Αλληλεξαρτώμενη έχει αποδειχθεί ότι είναι η σχέση μεταξύ οποιασδήποτε μορφής αρθρίτιδας και κατάθλιψης. Μελέτες δείχνουν ότι η ρευματοειδής, η ψωριασική και η ουρική αρθρίτιδα, η οστεοαρθρίτιδα και τόσες άλλες μορφές της προκαλούν κατάθλιψη και άγχος στους πάσχοντες. Παρόλο που τα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους στους πάσχοντες ποικίλλουν, τα δεδομένα δείχνουν ότι μπορεί να είναι από δύο έως και δέκα φορές υψηλότερα από εκείνα στο γενικό πληθυσμό.

Η σχέση, ωστόσο, λειτουργεί και αντίστροφα, καθώς τα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να επιδεινώσουν την πάθηση. Σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε φάνηκε ότι η συχνότητα εμφάνισης της αρθρίτιδας στους συμμετέχοντες με ήπια, μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη ήταν 55,0%, 62,9% και 67,8% αντίστοιχα.

Ο χρόνιος πόνος, όταν βιώνεται καθημερινά είναι σωματικά και συναισθηματικά στρεσογόνος παράγοντας και με τη σειρά του επιδεινώνει το άγχος και την κατάθλιψη. Το χρόνιο άγχος με τη σειρά του, αλλάζει τα επίπεδα των χημικών ουσιών του οργανισμού ,πραγματοποιεί ορμονικές αλλαγές, όπως της κορτιζόλης, της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης που επηρεάζουν τη διάθεση, τη σκέψη και τη συμπεριφορά και η διατάραξη της ισορροπίας τους δύναται να οδηγήσει σε κατάθλιψη.

Πολύ συχνά πραγματοποιείται χορήγηση ντουλοξετίνης, μια ουσία που έχει αναλγητικές αλλά και αντικαταθλιπτικές ιδιότητες καθώς φαίνεται ότι ο χρόνιος πόνος και η κατάθλιψη συνδέονται αμφίδρομα.

Οι πάσχοντες αντιμετωπίζουν δυσκολίες εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως το να εργάζονται, αισθάνονται σωματικά καταβεβλημένοι κατά ποσοστό τουλάχιστον διπλάσιο από εκείνους χωρίς αρθρίτιδα, και δηλώνουν κακοδιάθετοι (άγχος, κατάθλιψη ή συναισθηματικά προβλήματα) περισσότερες μέρες το μήνα, συγκριτικά με τα άτομα χωρίς αρθρίτιδα. Ο πιθανότερος λόγος ανάπτυξης της είναι ο περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας, οι λιγότερες κοινωνικές επαφές, που οδηγούν συχνά σε μελαγχολία και κατάθλιψη.

Πολλοί από τους ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα διαμαρτύρονται λόγω πόνου τη νύχτα , ο οποίος ταραξίζει τον ύπνο τους. Κατά την πραγματοποίηση μιας έρευνας(University of Alabama and University of Florida με επικεφαλής την Megan Petron) ,οι επιστήμονες απέδειξαν ότι η αϋπνία και ο ταραγμένος ύπνος προκαλούσαν ευαισθησία στον πόνο σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα ,εκτιμώντας ότι όσοι είχαν την χειρότερη αϋπνία θα πονούσαν περισσότερο και θα άντεχαν λιγότερο τον πόνο.

Τα ευρήματα επιβεβαίωσαν ότι η σοβαρή διαταραχή του ύπνου άλλαζε τον τρόπο επεξεργασίας του αισθήματος του πόνου και οι άρρωστοι έμοιαζαν να μην τον αντέχουν , ένα εύρημα που επιβεβαιώνει την κοινή αντίληψη πως όταν ήμαστε κουρασμένοι, οι αντοχές μας για το οτιδήποτε, ακόμα και για τον πόνο, είναι μειωμένες.

Αν και η έρευνα δείχνει μόνο πως ο ύπνος και ο πόνος συνδέονται, οι ερευνητές λένε πως οι θεραπείες που έχουν σχεδιαστεί για βελτίωση του ύπνου μπορεί να μειώσουν τον πόνο της οστεοαρθρίτιδας.

Οι διαταραχές ύπνου αποτελούν ένα προειδοποιητικό σημάδι για πιθανότητα οστεοαρθρίτιδας. Η προσπάθεια για διαχείριση της κατάθλιψης σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες επηρεάζει άμεσα τον ύπνο. Υπολογίζεται πως οι πλειοψηφία των ασθενών με οστεοαρθρίτιδα δυσκολεύονται να κοιμηθούν. Ειδικά όσοι υποφέρουν από την πάθηση στο ισχίο και στα γόνατα. Η έλλειψη ύπνου έχει πολύ σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία μας, μία από τις οποίες είναι και η μεγαλύτερη ευαισθησία στον πόνο. Με λίγα λόγια, είναι ένας φαύλος κύκλος που κάνει τα συμπτώματα της οστεοαρθρίτιδας ακόμα πιο επίπονα. Βέβαια, παρόλο που η αρθρίτιδα δεν μπορεί να αντιστραφεί, τα συμπτώματα μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά.

1.2.3 ΑΙΤΙΑ

Η οστεοαρθρίτιδα διαφέρει από την απλή φθορά καθώς έχει ασύμμετρη κατανομή και συχνά εντοπίζεται μόνο σε ένα διαμέρισμα μιας άρθρωσης. Στην πλειοψηφία της σχετίζεται με παθολογικά φορτία παρά σε φθορά από τριβή. Παρά το γεγονός ότι μπορεί να παρατηρηθούν σημεία φλεγμονής τοπικά, η ίδια η πάθηση δεν είναι φλεγμονώδους αιτιολογίας αλλά μια δυναμική πάθηση που παρουσιάζει ταυτόχρονα τόσο χαρακτηριστικά καταστροφής όσο και επιδιόρθωσης. (L.Solomon & D. Warwick & S. Nayagam,2001)

Η αιτία εμφάνισης της οστεοαρθρίτιδας είναι η αύξηση των μηχανικών φορτίων σε κάποιο τμήμα της αρθρικής επιφάνειας που μπορεί να οφείλεται σε αυξημένο φορτίο ή στην ελάττωση της επιφάνειας επαφής των αρθρικών επιφανειών (L.Solomon & D. Warwick & S. Nayagam,2001). Έτσι καταλήγουμε σε κάποια αίτια που προκαλούν την οστεοαρθρίτιδα όπως τα ραιβά ή βλαισά γόνατα, το συγγενές εξάρθημα ισχίου, η πώρωση ενός κατάγματος σε πλημμελή θέση μιας περιοχής κοντά σε άρθρωση (γόνατο, ισχίο, καρπός, ποδοκνημική, ώμος, αγκώνα), η ανομοιόμορφη φόρτιση των αρθρώσεων, η αλλοίωση του αρθρικού χόνδρου της άρθρωσης (Δ.Α. Κοτζαηλίας, 2011).

Επαναλαμβανόμενες μικρές κακώσεις που δημιουργούνται από υπέρχρηση μιας περιοχής και επαναλαμβανόμενες κινήσεις αυτής είτε εξαιτίας ορισμένων επαγγελματιών είτε από διάφορες αθλητικές δραστηριότητες υποστηρίζεται ότι σχετίζονται με την ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας.

Το οικογενειακό ιστορικό και η παχυσαρκία θεωρούνται πιθανά αίτια πρόκλησης οστεοαρθρίτιδας κυρίως στις γυναίκες που όμως η εμφάνισή της μπορεί να είναι αποτέλεσμα άλλων μηχανισμών (ενδοκρινών ,μεταβολικών ή γενετικών).

Παράλληλα, ένα τραύμα όπως ένα ενδαρθρικό κάταγμα ή κάποια κάκωση μικρότερης βαρύτητας που έχει όμως ως αποτέλεσμα την αστάθεια της άρθρωσης θεωρείται προδιαθεσικός παράγοντας εμφάνισης της οστεοαρθρίτιδας.

Παρόλο που η συχνότητα εμφάνισης της οστεοαρθρίτιδας αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας δεν πρέπει να οδηγεί στο συμπέρασμα ότι είναι απλά μια εμφάνιση του γήρατος καθώς αυτή εκδηλώνεται μόνο σε κάποιες αρθρώσεις και σε τμήματα αυτών ενώ σε άλλα σημεία οι επιπτώσεις αυτού είναι ελάχιστες.

Τέλος ,πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο διαχωρισμός της οστεοαρθρίτιδας σε πρωτοπαθή και δευτεροπαθή είναι τεχνητός και δεν καθορίζεται από την αιτία της οστεοαρθρίτιδας καθαυτή. Ειδικότερα , το αν θα αναπτύξει κάποιος οστεοαρθρίτιδα σχετίζεται με τις φυσικές ιδιότητες του χόνδρου που τροποποιούνται από γενετικούς ,μεταβολικούς ή ενδοκρινείς παράγοντες ενώ οι δευτεροπαθείς παράγοντες όπως το τραύμα και οι ανατομικές διαταραχές καθορίζουν την πιθανότητα του πότε και πού θα μπορούσε να εμφανιστεί οστεοαρθρίτιδα. Για παράδειγμα ένας ασθενής που έπειτα από μηνισκεκτομή εμφάνισε δευτεροπαθή οστεοαρθρίτιδα γόνατος ,βρέθηκε ότι είχε και μια υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης πρωτοπαθούς οστεοαρθρίτιδας σε άλλες αρθρώσεις.

Έτσι καταλήγουμε στο γεγονός ότι η οστεοαρθρίτιδα είναι μια αλληλουχία μηχανισμών που ενεργοποιείται σε περίπτωση διαταραχής της ικανότητας του χόνδρου να αντέχει φορτία αλλά και του μηχανικού περιβάλλοντος στο οποίο αυτός υπάγεται. (L.Solomon & D. Warwick & S. Nayagam,2001)

1.2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας και ο σχεδιασμός της θεραπείας είναι κατά βάση εξατομικευμένα και ποικίλλει σε κάθε περίπτωση ασθενούς. Κρίνεται κυρίως από την κατάσταση του ασθενούς και από το στάδιο της πάθησης στο οποίο αυτός βρίσκεται ,από την ένταση των συμπτωμάτων, την ηλικία, τις λειτουργικές του ανάγκες και την άρθρωση που πάσχει.

Η θεραπεία διαχωρίζεται σε τρία στάδια. Αρχικά ,η θεραπεία του πρώτου σταδίου οστεοαρθρίτιδας είναι ανακουφιστική και συμπτωματική. Συνίσταται η συντηρητική θεραπεία με χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων ,περιορισμό των δραστηριοτήτων του ασθενή και φυσικοθεραπεία (L.Solomon & D. Warwick & S. Nayagam,2001).

Σκοπός είναι η προστασία της άρθρωσης και η αποφόρτισή της που θα επιβραδύνει τον ρυθμό της αρθρικής καταστροφής και θα ανακουφίσει από τον πόνο. Η μείωση του σωματικού βάρους ,η χρήση υποδημάτων με πέλμα απορρόφησης κρούσεων, η αποφυγή σκάλας και η χρήση βακτηρίας ,περπατούρας ή μπαστουνιού για την βάρδιση στοχεύουν στην αναλγησία και στην μείωση υπερφόρτισης και αποσυμφόρηση της άρθρωσης και θεωρούνται πολύ αποτελεσματικά .

Αν και μέχρι σήμερα η ύπαρξη κάποιου φαρμάκου που να τροποποιεί την πορεία της οστεοαρθρίτιδας δεν είναι υπαρκτή, η φαρμακευτική αγωγή που συνίσταται αποτελείται κυρίως από απλά αναλγητικά φάρμακα για την ανακούφιση του πόνου ή κάποιο μη στεροειδές αντιφλεγμονώδες (S. B. Brotzman, & R. C. Manske 2015) .

Η θεραπεία του ενδιάμεσου σταδίου περιλαμβάνει την αρθροσκοπική έκπλυση της άρθρωσης δηλαδή τον χειρουργικό καθαρισμό της άρθρωσης, την αφαίρεση οστεοφύτων ,κρημών του χόνδρου και ελεύθερων σωμάτων με σκοπό τη βελτίωση των συμπτωμάτων. Στην περίπτωση που η άρθρωση είναι σταθερή ,το εύρος κίνησης ικανοποιητικό και το μεσάρθριο διάστημα έχει διατηρηθεί, πραγματοποιούνται επιτυχείς οστεοτομίες διόρθωσης του άξονα φόρτισης που αποσυμφορίζουν το υποχόνδριο οστό και γίνεται η ανακατανομή των φορτίων σε μη κατεστραμμένα τμήματα της άρθρωσης (L.Solomon & D. Warwick & S. Nayagam,2001).

Τέλος, στη θεραπεία του τελικού σταδίου,σε περίπτωση που έχουν πραγματοποιηθεί ολοκληρωτικές οστεοαρθρικές αλλοιώσεις και η ηλικία του ασθενούς είναι προχωρημένη ενδείκνυται η χειρουργική αντιμετώπιση. Η αστάθεια ,ο έντονος πόνος και οι παραμορφώσεις απαιτούν μια επανορθωτική χειρουργική επέμβαση ολικής αρθροπλαστικής. Η ολική αρθροπλαστική που αποτελεί σίγουρη επιλογή θεραπείας του πόνου αποτρέπει τις μυϊκές ατροφίες, τις έντονες παραμορφώσεις ,την δυσκαμψία και τις ολικές οστικές καταστροφές που συνοδεύουν την οστεοαρθρίτιδα στο τελικό της στάδιο.

1.2.5 ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος πραγματοποιείται εκμάθηση του ασθενούς τόσο για την προστασία της άρθρωσης ,την άσκηση και την αυτοσυντήρηση (comprehensive management).

Η ύπαρξη ενός εξειδικευμένου και πειθαρχημένου προγράμματος μέσω του οποίου επιτυγχάνεται ο στόχος της πρόληψης και της αποκατάστασης όσο και η θεραπευτική αντιμετώπιση ,αλλά και ο συνδυασμός ενός προγράμματος ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και άσκησης που καλύπτουν εξατομικευμένα τις ανάγκες του ασθενή αποτελούν τον ιδανικό τρόπο αντιμετώπισης.

Ο βασικότερος θεραπευτικός στόχος κατά τη θεραπεία βέβαια, είναι ο έλεγχος της καταστροφικής για την άρθρωση εκφυλιστικής διαδικασίας. Παράλληλα ,η μείωση της ανικανότητας ,η διατήρηση ή η επανάκτηση της λειτουργικότητας των αρθρώσεων και η προστασία τους από περαιτέρω βλάβη αλλά και η διατήρηση της φυσικής δραστηριότητας σε υγιή επίπεδα είναι οι στόχοι της θεραπείας για την αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας.

Για την σωστή φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση θα πρέπει αρχικά να γίνει λήψη ενός ιστορικού καθώς και να δοθεί στον φυσικοθεραπευτή ιατρικός φάκελος που να περιλαμβάνει ότι σχετίζεται με την πάθηση του ασθενούς αλλά και με προηγούμενες παθήσεις του. Κατόπιν , θα πρέπει να γίνει αξιολόγηση σύμφωνα με την οποία θα σχηματιστεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα θεραπείας για έναν ασθενή προσαρμοσμένο στις δικές του ανάγκες και δυσκολίες .

Η φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση είναι κυρίως λειτουργική. Περιλαμβάνει αρχικά έλεγχο των αρθρώσεων με παρατήρηση και ψηλάφηση για διαπίστωση και εντοπισμό οιδήματος, παραμόρφωσης, μυϊκής ατροφίας και οζιδίων . Παράλληλα, με ψηλάφηση της άρθρωσης ελέγχεται πιθανότητα ευαισθησίας στην πίεση, διαφορά θερμοκρασίας, παρουσία μυϊκής αδυναμίας, ύδραρθρου και τοπικών σκληρύνσεων των μυών (Δ.Α. Κοτζαηλίας ,2011).

Η αξιολόγηση αφορά την ικανότητα του ασθενούς να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες. Έτσι ,γίνεται επίσης κινητικός και μυϊκός έλεγχος για να εξασφαλιστεί η ασφάλεια και η άνεση κατά την εκτέλεση των δραστηριοτήτων (Δ.Α. Κοτζαηλίας ,2011).

Στα αρχικά στάδια της οστεοαρθρίτιδας η φυσικοθεραπεία αποτελεί τον βασικό άξονα θεραπείας. Σκοπός είναι η διατήρηση της κινητικότητας της άρθρωσης και η βελτίωση της μυϊκής ισχύος. Επίσης αποσκοπεί στην βελτίωση της τοπικής κυκλοφορίας, στην υποχώρηση τυχόν φλεγμονής και στην ελάττωση του πόνου. Τέλος, η άρθρωση θα πρέπει να προστατεύεται από αυξημένη φόρτιση .

Προτού γίνει η σύνταξη ενός προγράμματος θεραπευτικών ασκήσεων αρκετά απαραίτητη κρίνεται η επίτευξη κάποιων δοκιμασιών άσκησης. Βέβαια, ακόμη και σε ασθενείς με έντονο αρθρικό πόνο και δυσλειτουργία της άρθρωσης μπορούν να πραγματοποιηθούν ασφαλείς ασκήσεις.

Δοκιμασίες υπομέγιστης και υποκειμενικής άσκησης ως τα όρια του πόνου και δοκιμασίες που ελέγχουν το καρδιακό και αναπνευστικό σύστημα πραγματοποιούνται για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με την αερόβια ικανότητα το ασθενή. Επίσης ,σε ασθενείς με δυσκαμψίες που απαιτούν κινησιοθεραπεία πραγματοποιούνται και δοκιμασίες μέτρησης του εύρους κίνησης των αρθρώσεων με γωνιόμετρο.

Τέλος, δοκιμασίες ανάλυσης της βάδισης που δίνουν πληροφορίες για τις εμβιομηχανικές διαταραχές είναι χρήσιμες και απαραίτητες για να κριθεί η αναγκαιότητα χρήσης ορθοτικών συσκευών .

Στο οξύ στάδιο βασικός στόχος της φυσικοθεραπείας είναι η επανάκτηση του εύρους κίνησης και ακολούθως η μυϊκή ενδυνάμωση. Ένας ακόμη βασικός στόχος είναι η πρόληψη των συμφύσεων και η επίτευξη του πλήρους εύρους της έκτασης, που αποτελεί τη λειτουργική κίνηση στο κάτω άκρο, και της κάμψης που αποτελεί

την λειτουργική κίνηση στο άνω άκρο. Η επιτυχία αυτού γίνεται με ασκήσεις που δίνει ο φυσικοθεραπευτής στον ασθενή ,αρχικά υποβοηθούμενες από τον ίδιο ή την βαρύτητα , έπειτα ενεργητικές από τον ίδιο τον ασθενή και τέλος αν η κατάσταση του ασθενούς το επιτρέπει η άσκηση με αντίσταση και η εκτέλεση ισομετρικών συσπάσεων όλων των μυών των γειτονικών αρθρώσεων (Δ.Α. Κοτζαηλίας ,2011).

Τα φυσιοθεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιούνται είναι η κινησιοθεραπεία και η κρυοθεραπεία (αν ο ασθενής τη δέχεται) ,ήπια αερόβια άσκηση με προσοχή για αποφυγή αυξημένης φόρτισης της άρθρωσης, μαλάξεις και θερμά επιθέματα τα οποία μπορεί να βελτιώνουν τον πόνο αλλά η ανακούφιση είναι προσωρινή και η θεραπεία θα πρέπει να επαναλαμβάνεται.

Στο υποξύ στάδιο ο κύριος στόχος της φυσικοθεραπείας είναι η ελάττωση του πόνου, η επιβράδυνση εκφύλισης της άρθρωσης και η διατήρηση της μυϊκής ισχύος και του εύρους κίνησης της άρθρωσης.

Τα μέσα που χρησιμοποιούνται κυρίως είναι η κινησιοθεραπεία ,υπέρηχα κύματα, LASER, T.E.N.S, BIOFEEDBACK, διαδυναμικά ρεύματα ,ιοντοφόρηση και κρυοθεραπεία ,αν ο ασθενής το δέχεται (Δ.Α. Κοτζαηλίας ,2011).

Βέβαια πέρα από το πρόγραμμα ασκήσεων που εκτελεί ο ασθενής με τον φυσικοθεραπευτή και την κινησιοθεραπεία που του παρέχεται, ο ίδιος ο ασθενής θα πρέπει να εκτελεί και μόνος του ασκήσεις. Ο φυσικοθεραπευτής παρέχει στον ασθενή ένα πρόγραμμα ασκήσεων για το σπίτι καθώς ένα μεγάλο μέρος της βελτίωσής του ανήκει αποκλειστικά στην ατομική άσκηση που εκτελεί ο ασθενής από μόνος του.

Στο χρόνιο στάδιο ,στόχος της φυσικοθεραπείας είναι η αύξηση και η διατήρηση του λειτουργικού εύρους κίνησης αλλά και η ισχυροποίηση των μυών των προσβεβλημένων αρθρώσεων.

Τα φυσιοθεραπευτικά μέσα που χρησιμοποιούνται είναι η διαθερμία βραχέων κυμάτων και η διαθερμία μικροκυμάτων, τα υπέρηχα κύματα ,η κινησιοθεραπεία και η μάλαξη, η υδρομάλαξη και υδροθεραπεία , τα διαδυναμικά και διασταυρούμενα ρεύματα, κρυοθεραπεία (αν ο ασθενής το δέχεται), θερμοθεραπεία μέσω υπέρυθρης ακτινοβολίας, φωτόλουτρων ,παραφάγκο, παραφινόλουτρων και θερμών επιθεμάτων. Επίσης , χρησιμοποιούνται τα LASER, BIOFEEDBACK και T.E.N.S.

Ο ενεργητικός έλεγχος πριν την έναρξη εκτέλεσης των ασκήσεων από τον φυσικοθεραπευτή επιβάλλεται για την διαπίστωση της κατάστασης του ασθενούς. Έπειτα εκτελούνται ασκήσεις όπως ,προσαγωγή και απαγωγή , κάμψη και έκταση ,ραχιαία και παλαμιαία κάμψη του καρπού και των δακτύλων ,ανύψωση άκρων .οι ασκήσεις γίνονται από ύπτια ,πρηνή ,καθιστή και όρθια θέση αναλόγως με τις απαιτήσεις του ασθενή και τις ικανότητές του (Δ.Α. Κοτζαηλίας ,2011).

Η υδροθεραπεία και υδροκινησιοθεραπεία, δηλαδή η κινησιοθεραπευτικές ασκήσεις σε θερμαινόμενη πισίνα βοηθούν σημαντικά στην ενίσχυση της γενικής φυσικής κατάστασης .Ο φυσικοθεραπευτής υποδεικνύει ένα πρόγραμμα ασκήσεων στον ασθενή ,το οποίο εκτελεί δυο με τρεις φορές την εβδομάδα το οποίο περιλαμβάνει και ελεύθερη κολύμβηση χρησιμοποιώντας ανάλογα την άρθρωση που πάσχει.

Τέλος προτείνονται διατάσεις ,πάντα με την καθοδήγηση του φυσικοθεραπευτή ,που γίνονται αμφοτερόπλευρα μετά την θερμοθεραπεία και την κινησιοθεραπεία , στο υποξύ και στο χρόνιο στάδιο (Δ.Α. Κοτζαηλίας ,2011).

1.3 Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σύμφωνα με τους Roth, Eng και Heimberg από την Encyclopedia of Psychotherapy (Hersen & Sledge, 2002), η Γνωστική Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία (ΓΣΨ) είναι μια απαρτιωτική θεραπευτική προσέγγιση που υποθέτει ότι οι σκέψεις μας, το σώμα μας και οι συμπεριφορές μας αλληλοσυνδέονται με έναν λειτουργικό τρόπο. Η συναισθηματική και συμπεριφορική δυσφορία των ασθενών επηρεάζεται από τον τρόπο με τον οποίο αντιλαμβάνονται , χειραγωγούν και ανταποκρίνονται σε πληροφορίες μέσα στο πλαίσιο του γνωστικού τους συστήματος.

Γνωσιακή προσέγγιση είναι κάθε ψυχολογική προσέγγιση που παραδέχεται την άποψη ότι η νοητική αναπαράσταση του εξωτερικού κόσμου ασκεί αποφασιστικό ρόλο στην ανθρώπινη συμπεριφορά και πως η κατανόηση και τροποποίηση της συμπεριφοράς επιτυγχάνεται μέσα από την κατανόηση της νοητικής αναπαράστασης.

Ο δρ. Beck ήταν ένας πλήρως εκπαιδευμένος και εν ενεργεία ψυχαναλυτής. Πίστευε πως προκειμένου να γίνει αποδεκτή η ψυχανάλυση από την ιατρική κοινότητα, οι θεωρίες της έπρεπε να αποδειχθούν εμπειρικά. Στα τέλη της δεκαετίας

του 1950 και στις αρχές της δεκαετίας του 1960 ξεκίνησε μια σειρά πειραμάτων για τα οποία ανέμενε να αποδείξουν αυτήν την εγκυρότητα. Αντ' αυτού, συνέβη το αντίθετο. Τα αποτελέσματα των πειραμάτων του δρ. Beck τον οδήγησαν στην αναζήτηση νέων εξηγήσεων για την κατάθλιψη. Προσδιόρισε μια σειρά διαστρεβλωμένων, αρνητικών γνωσιών (κυρίως σκέψεων και πεποιθήσεων) ως κύριο χαρακτηριστικό της κατάθλιψης και ανέπτυξε μια βραχεία θεραπεία, ένας από τους βασικούς στόχους της οποίας ήταν η ρεαλιστική αξιολόγηση των καταθλιπτικών σκέψεων των ασθενών. Την θεραπεία αυτή αρχικά την ονόμασε «γνωστική θεραπεία». Η «γνωστική θεραπεία» είναι σήμερα συνώνυμη με τη «γνωστική συμπεριφορική θεραπεία» η οποία έχει προσαρμοστεί με επιτυχία σε έναν εξαιρετικά μεγάλο αριθμό ψυχιατρικών διαταραχών και πληθυσμών.

Η θεραπεία βασίζεται στη γνωστική διατύπωση, τις πεποιθήσεις, καθώς και τις συμπεριφορικές στρατηγικές που χαρακτηρίζουν μια συγκεκριμένη διαταραχή (Alford και Beck 1997) καθώς επίσης στον τρόπο αντίληψης ή κατανόησης του κάθε ασθενή (τις συγκεκριμένες πεποιθήσεις και πρότυπα συμπεριφοράς).

Οι κύριες επιρροές του γνωσιακού -συμπεριφοριστικού μοντέλου ,βασίζονται στην γνωσιακή θεωρία του Beck (1963) και στην λογικοσυναισθηματική θεωρία του Ellis (1962).

Η λογικοσυναισθηματική θεραπεία αναπτύχθηκε στην δεκαετία του 1950 και υποστηρίζει πως ο άνθρωπος διαφέρει από το υπόλοιπο ζωικό βασίλειο γιατί σκέφτεται ,έχει αξίες και μπορεί να αναπτύξει γνωστικές δομές. Ο άνθρωπος αν και είναι λογικό ον διακατέχεται από παράλογες σκέψεις. Όταν σκέφτεται λογικά είναι ευτυχισμένος και επαρκής ενώ όταν σκέφτεται παράλογα είναι δυστυχής καθώς οι παράλογες σκέψεις προκαλούν ψυχολογικές διαταραχές και συναισθηματικά προβλήματα όπως άγχος ,κατάθλιψη, θυμό και ενοχές.

Ανάλογα δηλαδή ,αν το άτομο κάνει λογικές ή παράλογες σκέψεις, δημιουργούνται ανάλογες συναισθηματικές αντιδράσεις. Εάν το άτομο κάνει παράλογες σκέψεις τότε ο ψυχοθεραπευτής τον βοηθά να τις αμφισβητήσει ,αντικαθιστώντας αυτές με πιο λογικές πεποιθήσεις.

Τα ψυχολογικά προβλήματα θεωρείται ότι πηγάζουν από λανθασμένη μάθηση και λανθασμένα συμπεράσματα στα οποία έχει καταλήξει το άτομο. Έτσι δημιουργούνται σχήματα, δομές παγιωμένες στη σκέψη του ατόμου ,τα οποία σύμφωνα με τον Beck

λειτουργούν ως ο πυρήνας από όπου πηγάζουν δυσλειτουργικές πεποιθήσεις και πλήθος αρνητικών αυτόματων σκέψεων που περιέχουν γνωσιακά λάθη.

Η ΓΣΨ είναι η περισσότερο μελετημένη μορφή ψυχοθεραπείας και η πλέον πιο βασισμένη σε αποδείξεις προσέγγιση σε μια πολύ μεγάλη ποικιλία ψυχικών και σωματικών διαταραχών. Ταυτόχρονα η ΓΣΨ, έχει ενσωματώσει τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, βιωματικές τεχνικές, τεχνικές ενσυνειδητότητας, ρύθμισης του συναισθήματος, αποδοχής και συμπόνιας.

Η αποτελεσματικότητα της ΓΣΨ καλύπτει ένα ευρύ φάσμα διαταραχών όπως, η μονοπολική κατάθλιψη, η διαταραχή γενικευμένου άγχους, η διαταραχή πανικού με και χωρίς αγοραφοβία, η διαταραχή κοινωνικού άγχους, η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες, η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή, η κατάθλιψη και οι διαταραχές άγχους σε παιδιά και εφήβους, η ψυχογενής βουλιμία, η σχιζοφρένεια, τα συζυγικά προβλήματα, ο χρόνιος πόνος και η αϋπνία.

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η γηριατρική κατάθλιψη, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, το γηριατρικό άγχος, η αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία, η σωματοδυσμορφική διαταραχή, το περιπεπλεγμένο πένθος, το άγχος του φροντιστή, ο θυμός και η εχθρότητα είναι κάποιες επιπλέον διαταραχές στις οποίες η ΓΣΨ φαίνεται να έχει θετικά αποτελέσματα.

Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα της ΓΣΨ είναι αρκετά εμφανής στην χρόνια οσφυαλγία, στον πόνο της δρεπανοκυτταρικής αναιμίας, στην ημικρανία, στις εμβοές, στον πόνο καρκίνου, στον πόνο ρευματικής νόσου, στη στυτική δυσλειτουργία, στην παχυσαρκία, στην υπέρταση και στο σύνδρομο του πολέμου του κόλπου (Gulf War syndrome).

Ταυτόχρονα, η ΓΣΨ φαίνεται να αποδίδει και σε άλλα προβλήματα της παιδικής ηλικίας, όπως οι διαταραχές του φάσματος του αυτισμού, η ΔΕΠΥ, η διαταραχή διαγωγής ή προβλήματα της ενήλικης ζωής, όπως το άγχος υγείας ή το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης.

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία διδάσκει τους ασθενείς να αναγνωρίζουν, να αξιολογούν και να απαντούν στις δυσλειτουργικές σκέψεις και πεποιθήσεις τους. Οι ασθενείς μπορεί να έχουν δεκάδες ή ακόμη και εκατοντάδες αυτόματες σκέψεις μέσα στην ημέρα που επηρεάζουν τη διάθεση, τη συμπεριφορά τους, και τις

σωματικές τους αντιδράσεις . Οι θεραπευτές βοηθούν τους ασθενείς τους να αναγνωρίσουν τις βασικές δυσλειτουργικές τους σκέψεις και να υιοθετήσουν μια πιο ρεαλιστική και προσαρμοστική προοπτική, η οποία θα κάνει τους ασθενείς να αισθάνονται καλύτερα, να συμπεριφέρονται πιο λειτουργικά και να μειωθεί η σωματική τους διέγερση. Αυτή η διαδικασία επιτυγχάνεται από τους θεραπευτές μέσω της καθοδηγούμενης ανακάλυψης , χρησιμοποιώντας μια σειρά ερωτήσεων για να αξιολογήσουν τον τρόπο σκέψης των ασθενών τους . Επιπλέον, οι θεραπευτές δημιουργούν εμπειρίες, που ονομάζονται συμπεριφορικά πειράματα, προκειμένου οι ασθενείς να ελέγξουν άμεσα τη σκέψη τους.

Η θεραπεία, ποικίλλει σημαντικά ανάλογα με τον κάθε ασθενή, τη φύση των προβλημάτων του και το στάδιο της ζωής του, αλλά και το αναπτυξιακό και πνευματικό του επίπεδο, το φύλο και το πολιτισμικό του υπόβαθρο. Επίσης, ποικίλλει ανάλογα με τους στόχους του ασθενή, την ικανότητά του να δημιουργεί έναν ισχυρό θεραπευτικό δεσμό, την κινητοποίησή του για αλλαγή και την προηγούμενη εμπειρία του με τη θεραπεία.

1.3.1 Η ΓΝΩΣΙΑΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ

Σύμφωνα με την γνωσιακή – συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία, οι γνωσίες οι οποίες αναφέρονται σε ένα γενικότερο τρόπο αντίληψης, αναγνώρισης, κρίσης, κατανόησης, αίσθησης, συλλογισμού και φαντασίας, παίζουν σημαντικό ρόλο στην προσαρμογή των ασθενών με χρόνια πόνο (Weisenberg, 1998), ενώ έρευνες έχουν δείξει ότι οι γνωσίες που σχετίζονται με τον πόνο, όπως η αντίληψη ελέγχου του πόνου, η πεποίθηση της αναπηρίας, οι καταστροφικές γνωσίες και οι στρατηγικές αντιμετώπισης που έχει το άτομο για τον πόνο, σχετίζονται με την ένταση του πόνου, την ψυχοκοινωνική προσαρμογή και τη σωματική λειτουργικότητα (Geisser, Robinson, & Riley, 1999 Morley, Eccleston, & Williams, 1999).

Ο χρόνιος πόνος αποτελεί μία από τις πιο διαδεδομένες καταστάσεις που απασχολούν την ιατρική κοινότητα τα τελευταία χρόνια. Με την άνθιση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στην αντιμετώπιση των ασθενών οι ψυχολογικές

θεραπείες που σχετίζονται με την αποκατάσταση του χρόνιου πόνου βρέθηκαν και πάλι στο προσκήνιο.

Στην Ελλάδα μόλις τα τελευταία χρόνια άρχισε η ανάπτυξη και ενασχόληση με τον χρόνιο πόνο μέσα από μονάδες πόνου που έχουν διεπιστημονικό χαρακτήρα και απαρτίζονται από μία ομάδα ειδικών στην οποία συμπεριλαμβάνονται και οι ψυχολόγοι.

Ο εγκέφαλος είναι συντονισμένος να παρατηρεί τον πόνο. Ο πόνος έχει ως αποτέλεσμα να σταματήσει το άτομο άλλες δραστηριότητες και να επικεντρωθεί στον πόνο του. Η απαίτηση αυτή του εγκεφάλου για να σταματήσει και να δώσει προσοχή δεν υποχωρεί όταν μειώνεται ο πόνος. Λόγω της πλαστικότητας στο νευρικό σύστημα, συνεχίζει να στέλνει μηνύματα πόνου ακόμη και αφού το αρχικό ερέθισμα του πόνου έχει επιλυθεί (Meyer, Ringkamp, Campbell, et al. 2006; Fields, Basbaum, & Heinricher 2006).

Ο ορισμός του πόνου, ο οποίος δίνεται από την IASP (International Association for the Study of Pain), εμπεριέχει την έννοια των γνωστικών και συναισθηματικών μεταβλητών, τις οποίες αξιολογεί και κατόπιν, διαχειρίζεται η ΓΣΘ. Η IASP (International Association for the Study of Pain) ορίζει τον πόνο ως μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με πραγματική ή δυνητική βλάβη ιστών, ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης, καθώς επίσης επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, περιλαμβάνοντας τους γνωστικούς, συναισθηματικούς και περιβαλλοντικούς (Merskey & Bogduk, 1994, IASP 1997).

Ο παραπάνω ορισμός του πόνου έχει απόλυτη συνάφεια και συσχέτιση με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του πόνου, το οποίο τονίζει τις σημαντικές αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στις βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβλητές σε ό,τι αφορά την ασθένεια και τον πόνο.

Ο σωματικός πόνος διακρίνεται στον οξύ και το χρόνιο. Ο χρόνιος πόνος καθορίζεται από την IASP (1986) ως ο πόνος ο οποίος εμμένει πέρα από τον κανονικό χρόνο της θεραπείας, για περισσότερο από έξι μήνες (με ή χωρίς προφανή παθολογία. Υπολογίζοντας ότι ο οξύς πόνος είναι λειτουργικός και μπορεί να θεωρηθεί κυρίως η φυσιολογική απάντηση στη ζημία ιστού, ο χρόνιος πόνος περιλαμβάνει ψυχολογικούς και συμπεριφοριστικούς μηχανισμούς εκτός από τους

φυσιολογικούς μηχανισμούς. Για παράδειγμα, οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια καλοήγη πόνο αντιλαμβάνονται την εμπειρία του πόνου με τέτοιο τρόπο που δεν μπορεί να εξηγηθεί μέσα από τον ορισμό του φυσικού τραυματισμού ή της φυσιολογικής δυσλειτουργίας (Verhaaka, et al.,1998).

Ο πόνος σήμερα είναι ευρέως αποδεκτός ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, στο οποίο βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες, φαίνονται να εμπλέκονται στη δυναμική του (Nicassio et al., 1997, Truchon, 2001).

Μέσα από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, ο άνθρωπος πια αντιμετωπίζεται ολιστικά. Η υγεία ορίζεται ως μια ολότητα όπου η σωματική, διανοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου λειτουργούν συνολικά, αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα βρίσκονται σε δυναμική. Το Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για να εξετάσει μια ασθένεια, (έναρξη, εξέλιξη και έκβαση), χρησιμοποιεί τρεις διαστάσεις, την βιολογική (γενετικό υλικό, κύτταρα, όργανα, συστήματα) την ψυχολογική (διαδικασία σκέψης, συμπεριφοράς, οι γνώσεις, τα συναισθήματα, τα κίνητρα) και την κοινωνική (επιδράσεις από την οικογένεια, την κοινότητα, και την κοινωνία). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, όλες οι ασθένειες θεωρούνται «ψυχοσωματικές», καθώς συμμετέχουν στην αέναη αλληλουχία της ψυχής και του σώματος, επομένως η εκδήλωση μιας δυσλειτουργίας δεν είναι αποτέλεσμα μιας μόνο διάστασης αλλά η αιτία βρίσκεται στον τρόπο που αλληλεπιδρούν όλα τα συστήματα μεταξύ τους (Παπαδάτου,Δ.,Αναγνωστόπουλος,Φ.,2008).

Στο ψυχοκοινωνικό μοντέλο περιγράφονται οι υποκειμενικές απόψεις του ατόμου που νοσεί και ο τρόπος με τον οποίο άνθρωποι και καταστάσεις αλληλεπιδρούν και διαμορφώνουν αυτές τις απόψεις.

Τα σχήματα που έχει διαμορφώσει το άτομο ,τα οποία διαρκώς αναδιαμορφώνονται μέσα από τη προσωπική του εμπειρία και την αλληλεπίδραση με τους άλλους, διαμορφώνουν με τη σειρά τους τις προσδοκίες και τις πεποιθήσεις αναφορικά με το πόνο, την ασθένεια και τη θεραπεία. Στη δημιουργία αυτών των πεποιθήσεων, σημαντικό ρόλο παίζει η προσωπική επιθυμία και το κίνητρο του ατόμου να κατανοήσει θέματα σχετικά με τη διάγνωση και την αντιμετώπιση του προβλήματος του.

Η επικοινωνία με τους άλλους (οικογένεια, φίλους, επαγγελματίες υγείας) επηρεάζει τις αναπαραστάσεις και τις ερμηνείες του ατόμου σχετικά με τη φύση της

ασθένειας και του πόνου, την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και την αποτελεσματικότητα του ίδιου, επιδρώντας στα συναισθήματα, τις σκέψεις, τα κίνητρα και τις συμπεριφορές του ατόμου.

Οι απόψεις και οι συμπεριφορές που υιοθετεί το άτομο απέναντι στο πόνο και η ποιότητα της φροντίδας που δέχεται, επηρεάζονται από τις ομαδικές σχέσεις που συνάπτει. Οι συλλογικές αναπαραστάσεις και πεποιθήσεις που έχουν διαμορφωθεί από τις εμπειρίες των άλλων, σχετικά με τον πόνο, την ασθένεια και τη δυσλειτουργικότητα, αλληλεπιδρώντας το άτομο μαζί τους επηρεάζει και τους δικούς του τρόπους αντιμετώπισης.

Στην ψυχοπαθολογία, τα σχήματα αποδίδουν τον τρόπο με τον οποίο ο άνθρωπος νοεί τον εαυτό του, ως προϊόντα των εμπειριών του και του τρόπου με τον οποίο επεξεργάζεται πληροφορίες που σχετίζονται με τον ίδιο και το κοινωνικό του περιβάλλον.

Η έμφαση στρέφεται στα σχήματα που δημιουργούν προβλήματα στη σκέψη, τη συμπεριφορά και το συναισθήμα, και είναι γνωστά ως δυσλειτουργικά σχήματα ή δυσλειτουργικά πυρηνικά πιστεύω (Καλπάκογλου, 1997, 1999).

Η γνωσιακή θεραπεία δίνει έμφαση στο ρόλο του συλλογισμού στη μάθηση, δηλαδή στο ρόλο των γνωσιακών και συμβολικών διαδικασιών που επιδρούν στη συμπεριφορά. Οι διαδικασίες αυτές περιλαμβάνουν αντίληψη και επεξεργασία των γεγονότων που συμβαίνουν στο περιβάλλον, συστήματα αξιών και αντιλήψεων, σκέψεις, σχεδιασμό, λύση προβλημάτων. Εάν γίνει κατανόηση των γεγονότων που συνέβησαν στο περιβάλλον του ασθενή, χωρίς να ληφθεί υπόψη η αλληλεπίδραση ανάμεσα στις γνωσιακές διαδικασίες και το περιβάλλον, τότε δεν θα μπορούμε να επεξηγήσουμε επαρκώς τη συμπεριφορά του ατόμου (Χαρίλα, 1995, σελ. 113-114). Η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, αποτελεί ένα συγκεκριμένο συμπεριφοριστικών και γνωσιακών στρατηγικών, οι οποίες στοχεύουν στην καταγραφή και τροποποίηση των νοητικών (γνωσιακών) συστημάτων του ασθενή έτσι ώστε να επιτευχθεί η γνωσιακή και συμπεριφοριστική αλλαγή.

Έρευνα των Chambless & Ollendick (2001), έδειξε ότι η ΓΣΨ έχει πολύ καλά αποτελέσματα, τις πιο πολλές φορές ως συμπληρωματική της ιατρικής θεραπείας, σε πλήθος ασθενειών που σχετίζονται με πόνο όπως την δρεπανοκυτταρική αναιμία, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, τις σωματόμορφες διαταραχές, τον χρόνιο πόνο, την

χρόνια οσφυαλγία, την παχυσαρκία, τα ρευματικά νοσήματα, τον καρκινικό πόνο, τον χρόνιο πόνο σε παιδιά και εφήβους.

Πολλές φορές η γνωσιακή - συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία είναι αποτελεσματική σε κάποια συμπτώματα που είναι συνέπειες του πόνου ή της νόσου, όπως στην αϋπνία (Chesson, Anderson, et al., 1999 Morin, Colecchi, Stone, Sood,& Brink, 1999), στις διαταραχές ύπνου, στην στυτική δυσλειτουργία (Chambless & Ollendick, 2001).

Με αυτό τον τρόπο ,η ΓΣΘ μπορεί να φανεί αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου όσον αφορά τον τρόπο διαχείρισης της συμπεριφοράς και της ψυχολογίας του ασθενή γύρω από αυτόν καθώς επιδρά τροποποιώντας τα συναισθήματα, τις σκέψεις, τα κίνητρα και τις συμπεριφορές του ατόμου.

1.4 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της γνωσιακής- συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας ως προς την αντιμετώπιση συμπτωμάτων της οστεοαρθρίτιδας όπως η αϋπνία και οι διαταραχές ύπνου ,η κατάθλιψη και ο πόνος.

Η υλοποίηση της παρούσας έρευνας είχε επίσης σκοπό :

1. τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της γνωσιακής- συμπεριφοριστικής θεραπείας στην αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας σε σύγκριση με τις εκάστοτε ομάδες ελέγχου, όπως ασθενείς σε λίστα αναμονής, placebo, σωματική άσκηση, συνηθισμένη ιατρική φροντίδα. Αναμένεται να βρεθεί ότι θα έχει μεγαλύτερο βαθμό αποτελεσματικότητας από οποιαδήποτε κατάσταση στην ομάδα ελέγχου.
2. τη διερεύνηση εάν η γνωσιακή- συμπεριφοριστική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική για συγκεκριμένα συμπτώματα της οστεοαρθρίτιδας . Αναμένεται υψηλότερη αποτελεσματικότητα να έχει η θεραπεία που εστιάζει σε κάποιο συγκεκριμένο σύμπτωμα.

2.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΠΗΓΕΣ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ

Η βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις βάσεις δεδομένων Medline (μέσω PubMed), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL, the Cochrane Library), Pedro (Physiotherapy Evidence Database) και Science Direct.

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η αναζήτηση των επιστημονικών δημοσιεύσεων βασίστηκε στη χρήση επιστημονικών όρων που σχετίζονται με το υπό μελέτη θέμα. Οι λέξεις-κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν είναι: osteoarthritis , physiotherapy , cognitive behavioral therapy, depression , insomnia ,chronic pain .

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΑΝΑΖΗΤΗΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Για την επιλογή των καταλληλότερων ερευνών της συστηματικής αναζήτησης κρίθηκε αναγκαίος ο καθορισμός όρων ευρετηριασμού. Οι όροι που χρησιμοποιήθηκαν ήταν, osteoarthritis , physiotherapy , cognitive behavioral therapy, depression , insomnia ,chronic pain . Προκειμένου να αυξηθεί το εύρος της αναζήτησης, χρησιμοποιήθηκαν και συνώνυμες φράσεις καθώς και συνδυασμός των λέξεων - κλειδιών, όπως “and”, “or”, “not”. Π.χ. CBT and physiotherapy.

Επίσης, υπήρξε γλωσσικός και χρονικός περιορισμός στην αναζήτηση, αποκλείοντας έρευνες που δεν υπάρχουν μεταφρασμένες στην αγγλική γλώσσα και που έχουν δημοσιευτεί πριν από το 2009. Οι συστηματικές ανασκοπήσεις κρίθηκε σημαντικό να συμπεριληφθούν στην αναζήτηση λόγω του ότι υπάρχει περίπτωση να περιέχουν αναφορές σε μελέτες που δεν είναι χαρακτηρισμένες στις βάσεις δεδομένων με αυτές τις λέξεις κλειδιά. Η στρατηγική αναζήτησης παρουσιάζεται αναλυτικά στο διάγραμμα ροής – επιλογής μελετών.

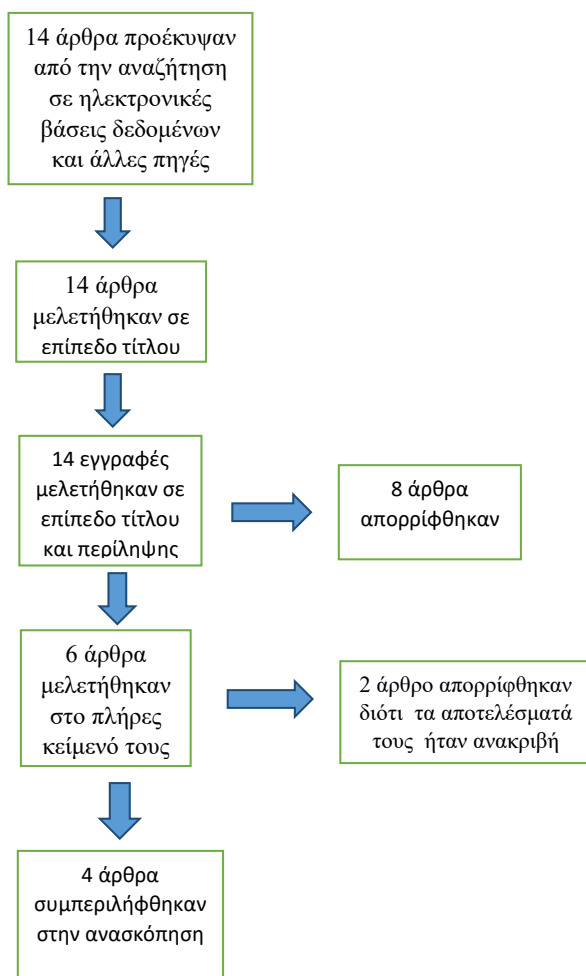
Από τα αποτελέσματα της αναζήτησης αφαιρέθηκαν οι έρευνες που βρέθηκαν διπλές εγγραφές. Όσες μελέτες δεν απορρίφθηκαν εξασφαλίστηκε και μελετήθηκε το πλήρες κείμενο τους με σκοπό τη συλλογή όσων μελετών πληρούσαν τα κριτήρια

εισαγωγής για την ανασκόπηση. Στο παρακάτω διάγραμμα απεικονίζεται η ροή επιλογής των μελετών.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Η επιλογή των επιστημονικών δημοσιεύσεων βασίστηκε σε τρία στάδια: στο πρώτο στάδιο έγινε αναζήτηση των βιβλιογραφικών αναφορών και πραγματοποιήθηκε η ανάγνωση των τίτλων που προέκυψαν. Στο δεύτερο στάδιο έγινε η επιλογή τίτλων σχετικών με το θέμα και η ανάγνωση των περιλήψεων. Στο τρίτο στάδιο έγινε η τελική επιλογή των άρθρων τα οποία απεικονίζονται στο παρακάτω διάγραμμα ροής που ακολουθεί.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΡΟΗΣ



ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

Η επιλογή των επιστημονικών δημοσιεύσεων βασίστηκε σε τρία στάδια: στο πρώτο στάδιο έγινε αναζήτηση των βιβλιογραφικών αναφορών και πραγματοποιήθηκε η ανάγνωση των τίτλων που προέκυψαν. Στο δεύτερο στάδιο έγινε η επιλογή τίτλων σχετικών με το θέμα και η ανάγνωση των περιλήψεων. Στο τρίτο στάδιο έγινε η τελική επιλογή των άρθρων τα οποία απεικονίζονται στο παρακάτω διάγραμμα ροής που ακολουθεί.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για την παρούσα έρευνα επιλέχθηκε η συστηματική ανασκόπηση δημοσιευμένων τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών , επειδή έχει αποδειχθεί ως από τις πιο αξιόπιστες μεθόδους , για την διερεύνηση της αποτελεσματικότητας διάφορων μεθόδων και θεραπειών σε μια νόσο, ασθένεια ή διαταραχή. Γενικά, ο βασικός σκοπός των μεταanalύσεων είναι να παράγει και να διαδώσει υψηλής ποιότητας συστηματικές ανασκοπήσεις, ενώ τα αποτελέσματα και των δύο αυτών μεθόδων βοηθούν τους επιστήμονες να πάρουν κλινικές αποφάσεις και να αξιολογήσουν καλύτερα το κόστος και το όφελος μιας θεραπείας σε πολλούς τομείς, από τον οικονομικό τομέα έως το θεραπευτικό .

ΕΡΕΥΝΑ	ΦΥΛΟ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ
▲ Vitiello, M. V. & Rybarczyk, B. & Von Korff, M., & Stepanski, E. J. (2009)▲	Γυναίκες και άντρες Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	69 ετών	23 ασθενείς	Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν τη μακροπρόθεσμη ανθεκτικότητα των αποτελεσμάτων της ΓΣΘ στην αϋπνία, τη βελτίωση του ύπνου και τη μείωση του πόνου σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα.
▲ Vitiello, M. V. & McCurry, S. M., & Shortreed, S. M. & Balderson, B. H., & Baker, L. D., & Keefe, F. J., & Rybarczyk, B. D., & Von Korff, M. (2013)	Γυναίκες και άντρες Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	Άνω των 60 ετών	367 ασθενείς	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η CBT-PI μείωσε τη σοβαρότητα της αϋπνίας όπως και η CBT-P έδειξε βελτιωμένη απόδοση στον ύπνο. Επίσης, η ΓΣΘ της αϋπνίας ήταν αποτελεσματικότερη σε ηλικιωμένους ενήλικες με ΟΑ πόνο και αϋπνία. Η προσθήκη της ΓΣΘ για την αϋπνία στην ΓΣΘ μόνο για τον πόνο βελτίωσε τα αποτελέσματα.
▲ Vitiello, M. V. & Rybarczyk, B. & Von Korff, M., & Stepanski, E. J. (2009).	Γυναίκες και άντρες Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή	59 ετών	100 ασθενείς	Σε σύγκριση με το ενεργό εικονικό φάρμακο, το CBT-I ήταν αποτελεσματικό στη μείωση της αϋπνίας και τη διατήρηση του ύπνου. Η θεραπεία μείωσε τον κλινικό πόνο, αλλά όχι τη διαφοροποίηση του πόνου, υποδηλώνοντας ότι το CBT-I έχει τη δυνατότητα να αυξήσει τη διαχείριση του πόνου στην ΟΑ του γόνατος. Διαπιστώθηκε ότι το CBT-I συσχετίστηκε με σημαντικές βελτιώσεις στη συνέχεια του ύπνου. Οι ερευνητές υποστηρίζουν έντονα την αποτελεσματικότητα του CBT-I για τη θεραπεία της αϋπνίας στην ΟΑ

Μορφοποίηση: Γραμματοσειρά: 10 στ.

Μορφοποίηση: Γραμματοσειρά: 8 στ.

Μορφοποίηση: Γραμματοσειρά: 10 στ.

Μορφοποίηση: Γραμματοσειρά: 10 στ.

<p>Karp, J.F., & Dew, M.A. & Wahed, A.S., & Fitzgerald, K., & Bolon, C.A., & Weiner, D. K., & Morse, J.Q., & Albert, S., & Butters, M., & Gildengers, A., & Reynolds, C.F. (2016).</p>	<p>Γυναίκες και άντρες Τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή</p>	<p>71 ετών</p>	<p>99 ασθενείς</p>	<p>Διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι ενήλικες με αρθρίτιδα γόνατος και υποσυνδρομική κατάθλιψη ενδιαφέρονται να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους και να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία. Η δέσμευση των ασθενών σε μια παρέμβαση που μπορεί να αντιμετωπίσει μια κατάσταση ενόχλησης (όπως ο πόνος), αλλά και τις ιδιότητες που προάγουν την ψυχική υγεία (όπως CBT και EXERCISE) φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση για τη βελτιστοποίηση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας.</p>
--	--	----------------	--------------------	---

Μορφοποίηση: Γραμματοσειρά: 10 στ.

3.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Έρευνα 1

Vitiello, M. V. & Rybarczyk, B. & Von Korff, M. & Stepanski, E. J. (2009). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Improves Sleep and Decreases Pain in Older Adults with Co-Morbid Insomnia and Osteoarthritis . JCSM JOURNAL OF CLINICAL SLEEP MEDICINE

Στην έρευνα των Michael V. Vitiello, Bruce Rybarczyk, Michael Von Korff, Edward J. Stepanski, σχετικά με το πώς η γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία επιδρά στη βελτίωση του ύπνου και στην μείωση του πόνου σε ασθενείς της τρίτης ηλικίας με οστεοαρθρίτιδα και διαταραχές ύπνου, έλαβαν μέρος είκοσι τρεις ασθενείς (ΜΟ ηλικίας 69 χρονών) . Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στα άτομα που πραγματοποιήθηκε η ΓΣΘ ανέφεραν σημαντικά βελτιωμένο ύπνο και σημαντικά μειωμένο πόνο μετά τη θεραπεία. Η μονοετής παρακολούθηση διαπίστωσε τη διατήρηση βελτιωμένου ύπνου και μειωμένου πόνου, βελτίωσε τόσο τον άμεσο όσο και τον μακροπρόθεσμο ύπνο και πόνο σε ηλικιωμένους ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα και αϋπνία. Αυτά τα αποτελέσματα είναι μοναδικά υποδεικνύοντας τη μακροπρόθεσμη ανθεκτικότητα των αποτελεσμάτων της ΓΣΘ στην αϋπνία. Υποδεικνύουν επίσης ότι η βελτίωση του ύπνου, σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένο πόνο. Οι τεχνικές βελτίωσης του ύπνου μπορεί να είναι χρήσιμες προσθήκες στα προγράμματα διαχείρισης πόνου στην οστεοαρθρίτιδα και πιθανώς και σε άλλες καταστάσεις χρόνιου πόνου.

Έρευνα 2

Vitiello, M. V.,& McCurry, S. M.,& Shortreed, S. M. & Balderson, B. H., & Baker, L. D.,& Keefe, F. J.,& Rybarczyk, B. D.,& Von Korff, M. (2013) .Cognitive-Behavioral Treatment for Comorbid Insomnia and Osteoarthritis Pain in Primary Care: The Lifestyles Randomized Controlled Trial. NIH National Institutes of Health, J Am Geriatr Soc .

Σύμφωνα με την έρευνα των Michael V. Vitiello, Susan M. McCurry, Susan M. Shortreed, και συν., που πραγματοποιήθηκε για να εκτιμηθεί αν οι ηλικιωμένοι με οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ), πόνο και αϋπνία που λαμβάνουν θεραπεία γνωσιακή

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

συμπεριφοράς για τον πόνο και την αϋπνία (CBT-PI), ή λαμβάνουν γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία για την αντιμετώπιση του πόνου (CBT-P) ,διέφερε όσον αφορά τα αποτελέσματά της στον ύπνο και στον πόνο. Έγινε τυχαία ελεγχόμενη δοκιμή σε ομάδες παρακολούθησης 9 μηνών ,σε τριακόσιους εξήντα επτά ηλικιωμένους ασθενείς με πόνο και αϋπνία λόγω ΟΑ. Έγιναν έξι εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδρίες CBT-PI, CBT-P σε κλινικές πρωτοβάθμιας φροντίδας των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η CBT-PI μείωσε τη σοβαρότητα της αϋπνίας όπως και η CBT-P έδειξε βελτιωμένη απόδοση στον ύπνο. Επίσης, για περισσότερο από 9 μήνες, η ΓΣΘ της αϋπνίας ήταν αποτελεσματικότερη σε ηλικιωμένους ενήλικες με ΟΑ πόνο και αϋπνία. Η προσθήκη της ΓΣΘ για την αϋπνία στην ΓΣΘ μόνο για τον πόνο βελτίωσε τα αποτελέσματα.

Η σοβαρότητα της αϋπνίας μειώθηκε για όλους τους συμμετέχοντες. Η σοβαρότητα του πόνου μειώθηκε ελαφρά για όλους τους συμμετέχοντες. Η αποδοτικότητα του ύπνου αυξήθηκε για τους συμμετέχοντες CBT-P και CBT-PI . Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες συμπτωμάτων αρθρίτιδας, γεγονός που υποδεικνύει υψηλότερη λειτουργία και λιγότερο πόνο από ό, τι στην αρχική τιμή. Η αποτελεσματικότητα του ύπνου ήταν παρόμοια μεταξύ των συμμετεχόντων CBT-PI και CBT-P.

Η προσθήκη θεραπείας της αϋπνίας στη θεραπεία συμπεριφορικού πόνου βελτίωσε τα αποτελέσματα. Το CBT-PI συσχετίστηκε με πιο ευνοϊκά αποτελέσματα για την σοβαρότητα της αϋπνίας σε μια περίοδο αξιολόγησης 9 μηνών από CBT-P. Το CBT-PI και το CBT-P οδήγησαν σε καλύτερη απόδοση στον ύπνο . Στην ανάλυση της υποομάδας των ατόμων με περισσότερο σοβαρό πόνο λόγω της ΟΑ κατά την έναρξη της μελέτης, παρατηρήθηκε παρόμοιο πρότυπο σύγκρισης των ομάδων παρέμβασης. Αυτά τα ευρήματα υποστηρίζουν προηγούμενες μικρότερες δοκιμές με λιγότερο αυστηρές ομάδες ελέγχου που ανέφεραν ότι το CBT-I αποφέρει βελτιωμένα αποτελέσματα ύπνου σε άτομα με χρόνια πόνο. Αν και ο βελτιωμένος ύπνος δεν συσχετίστηκε με σημαντικά βελτιωμένο πόνο, το μη προσαρμοσμένο μέγεθος επίδρασης για βελτιωμένο πόνο στην ομάδα CBT-PI με έντονο πόνο ήταν παρόμοια με τα αποτελέσματα που είχαν αναφερθεί προηγουμένως για το CBT-I σε άτομα με ΟΑ.

Το CBT-P περιείχε συστατικά θεραπείας που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την αϋπνία, συμπεριλαμβανομένης της ενεργοποίησης της συμπεριφοράς (περισσότερη ημερήσια δραστηριότητα) και της εκπαίδευσης χαλάρωσης (λιγότερη διέγερση).

Έρευνα 3

Smith, M. T. &, Finan, P. H. &, Buenaver, L. H. &, Robinson, M. &, Haque, U. &, Quain, A. &, McInrue, E. &, Han, D. &, Leoutsakis, J. &, Haythornthwaite, J. A. (2015). Cognitive-behavior Therapy for Insomnia in Knee Osteoarthritis: A Double-Blind, Randomized, Active Placebo Controlled Clinical Trial. HHS DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Arthritis Rheumatol

Σύμφωνα με την έρευνα των Michael T. Smith, Patrick H. Finan, Luis F. Buenaver, Mercedes Robinson, και συν., οι οποίοι αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα της Θεραπείας Γνώσης-Συμπεριφοράς για την αϋπνία στην ΟΑ γόνατος, καθόρισαν αν οι βελτιώσεις στον ύπνο προβλέπουν μειωμένο πόνο και αν οι αλλοιώσεις στη ρύθμιση του πόνου προκαλούν βελτιώσεις στον κλινικό πόνο, αποδείχτηκε ότι και οι δύο ομάδες έδωσαν ουσιαστικές βελτιώσεις στον ύπνο.

Πραγματοποιήθηκε τυχαιοποιημένη, ενεργή ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική δοκιμή του CBT-I σε 100 ασθενείς με ΟΑ γόνατος και με αϋπνία (Μέση ηλικία ασθενών 59 ετών). Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε 8 συνεδρίες του CBT-I ή της συμπεριφορικής απευαισθητοποίησης-εικονικού φαρμάκου.

Πραγματοποιήθηκαν καταγραφές στο σπίτι, αξιολόγηση ημερολογίου και αισθητικές δοκιμές της διαμόρφωσης του πόνου κατά την έναρξη της θεραπείας, μετά από θεραπεία, 3 και 6 μηνών. Και οι δύο ομάδες ανέφεραν σημαντικές και συγκρίσιμες μειώσεις στον πόνο κατά τη διάρκεια 6 μηνών.

Σε σύγκριση με το ενεργό εικονικό φάρμακο, το CBT-I ήταν αποτελεσματικό στη μείωση της αϋπνίας και τη διατήρηση του ύπνου. Η θεραπεία μείωσε τον κλινικό πόνο, αλλά όχι τη διαφοροποίηση του πόνου, υποδηλώνοντας ότι το CBT-I έχει τη δυνατότητα να αυξήσει τη διαχείριση του πόνου στην ΟΑ του γόνατος.

Διαπιστώθηκε ότι το CBT-I έδωσε σημαντικές βελτιώσεις σε αντικειμενικά και υποκειμενικά μέτρα ύπνου και αϋπνίας. Ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών που τυχαιοποιήθηκαν στο CBT-I (80%) πέτυχαν κανονικές κλινικές τιμές για το ημερολόγιο WASO. Η συνολική διαφορική βελτίωση σε WASO σε όλες τις περιόδους αξιολόγησης μετά και παρακολούθησης ήταν 12-14 λεπτά μεγαλύτερη κατά μέσο όρο ανά νύχτα για τη CBT-I. Όσον αφορά τις αλλαγές στον πόνο, και οι δύο ομάδες ανέφεραν σημαντικές και συγκρίσιμες μειώσεις του κλινικού πόνου σε διάστημα 6 μηνών, με το ένα τρίτο των ασθενών να παρουσιάζει μια κλινικά σημαντική μείωση της σοβαρότητας του κλινικού πόνου (30%). Οι μειώσεις από την έναρξη έως τη μετεπεξεργασία προέβλεψαν μειωμένο κλινικό πόνο μετά από τη θεραπεία και την παρακολούθηση 3 και 6 μηνών. Αξιολογήθηκε η αποτελεσματικότητα του CBT-I ως μοναδική παρέμβαση για την αϋπνία στον χρόνιο πόνο.

Υποστηρίζεται επιπλέον το πιθανό όφελος της στοχοποίησης του ύπνου μέσω ψυχολογικών μεθόδων για τη βελτίωση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων του πόνου στην ΟΑ και αναφέρετε επίσης στο γεγονός ότι αρκετές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η διακοπή του ύπνου σχετίζεται με μειωμένη ικανότητα αναστολής πόνου.

Τέλος, σε αυτή την τυχαιοποιημένη, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο δοκιμή CBT-I σε ασθενείς με ΟΑ γόνατος, διαπιστώθηκε ότι το CBT-I συσχετίστηκε με σημαντικές βελτιώσεις στη συνέχεια του ύπνου. Το CBT-I έδωσε κλινικά σημαντικές βελτιώσεις σε πολλαπλές μετρήσεις ύπνου και συσχετίστηκε με μέτριες βελτιώσεις στον πόνο μετά από 6 μήνες παρακολούθησης. Οι ερευνητές υποστηρίζουν έντονα την αποτελεσματικότητα του CBT-I για τη θεραπεία της αϋπνίας στην ΟΑ, όμως υπογραμμίζουν ότι χρειάζεται μελλοντική εργασία για τον εντοπισμό των μηχανισμών με τους οποίους οι βελτιώσεις στον ύπνο βελτιώνουν τον κλινικό πόνο.

Ερευνα 4

Karp, J.F., & Dew, M.A., & Wahed, A.S., & Fitzgerald, K., & Bolon, C.A., & Weiner, D. K., & Morse, J.Q., & Albert, S., & Butters, M., & Gildengers, A., & Reynolds, C.F. (2016). Challenges and Solutions for Depression Prevention Research: Methodology for a Depression Prevention Trial for Older Adults with Knee Arthritis

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

and Emotional Distress. HHS DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Am J Geriatr Psychiatry

Σύμφωνα με την έρευνα των Jordan F. Karp, Mary Amanda Dew, Abdus S. Wahed, Kelley Fitzgerald, και συν. , η οποία περιγράφει τη μεθοδολογία, τις προκλήσεις και τα βασικά χαρακτηριστικά μιας δοκιμής ανάπτυξης πρόληψης με τίτλο "Μείωση του πόνου, πρόληψη της κατάθλιψης", η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν ικανοποιημένη από τις παρεμβάσεις και τις διαδικασίες μελέτης. Στην έρευνα έγινε τυχαιοποιημένη δοκιμή (SMART) που συγκρίνει τις ακολουθίες της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT) και της φυσικής θεραπείας για τον πόνο στο γόνατο και την πρόληψη της κατάθλιψης και του άγχους. Οι 99 συμμετέχοντες παρακολούθηθηκαν για 12 μήνες για νέο επεισόδιο κατάθλιψη ή άγχους. Συμμετέχοντες ήταν άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω με οστεοαρθρίτιδα στο γόνατο και υποσυνδρομική κατάθλιψη, η μέση ηλικία ήταν 71 ετών . Η απάντηση ορίστηκε ως τουλάχιστον "Πολύ Καλύτερη" σε Παγκόσμια Παρουσία Αλλαγής από τον παθολόγο.

Σε μια σύντομη έρευνα ικανοποίησης που πραγματοποιήθηκε στους συμμετέχοντες, η μέση βαθμολογία κυμαίνεται μεταξύ ικανοποιημένων και εξαιρετικά ικανοποιημένων.

Όλοι οι συμμετέχοντες παρακολούθηθηκαν για 12 μήνες μετά το πέρας της τελικής τους παρέμβασης για νέα επεισόδια κατάθλιψης και διαταραχές άγχους. Οι κύριοι στόχοι είναι να αναπτυχθεί μια κλινική παρέμβαση για την κατάθλιψη και την πρόληψη του άγχους για τους ηλικιωμένους ενήλικες που ζουν με οστεοαρθρίτιδα γόνατος (CBT) , να εξερευνήσουν εάν η βελτίωση του πόνου και της αναπηρίας εμποδίζει την εμφάνιση νέων επεισοδίων κατάθλιψης και διαταραχών άγχους κατά τη διάρκεια ενός έτους - μεταξύ των ηλικιωμένων υψηλού κινδύνου με ΟΑ στο γόνατο, και τέλος να επιτρέπουν την εκτίμηση της σχετικής αποτελεσματικότητας της CBT, της EXERCISE και της EUC, καθώς και των επιδράσεων τάξης των ενεργών παρεμβάσεων πρόληψης.

Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν χρησιμοποιώντας μια κατανομή 2: 2: 1 (δηλ. 2 συμμετέχοντες τυχαιοποιημένοι είτε σε CBT είτε σε ΑΣΚΗΣΗ για κάθε 1 υποκείμενο τυχαιοποιημένο σε EUC). Δεδομένου ότι πρόκειται για εργασία ανάπτυξης θεραπειών, ο λόγος αυτής της διαδικασίας κατανομής είναι να αποκτήσουμε

περισσότερη κλινική εμπειρία με το CBT και την ΑΣΚΗΣΗ. Ταυτόχρονα με τη λήψη της EUC (η οποία παρέχεται για όλους τους συμμετέχοντες), οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν επίσης για να λάβουν 8 εβδομάδες CBT ή ΑΣΚΗΣΗ. Κάθε συνεδρία διαρκεί 45-60 λεπτά. Το CBT στα γραφεία του Κέντρου Πρόληψης κατάθλιψης LateLife, στο σπίτι του συμμετέχοντα ή μέσω SKYPE ή τηλεφώνου. Η θέση στην οποία παρέχεται το CBT τεκμηριώνεται, δεδομένου ότι αυτά τα στοιχεία ενημερώνουν τη σκοπιμότητα και την επεκτασιμότητα. Η ΑΣΚΗΣΗ πραγματοποιείται στο Κλινικό και Μεταφραστικό Επιστημονικό Ινστιτούτο Φυσικοθεραπείας, μια υπερσύγχρονη μονάδα αποκατάστασης που στελεχώνεται από εξειδικευμένους φυσιοθεραπευτές.

Παράλληλα, οι μη ανταποκρινόμενοι στο στάδιο 1 συμμετέχοντες ,τυχαιοποιήθηκαν σε 4 επιπλέον συνεδρίες της ίδιας παρέμβασης ή 8 συνεδρίες εναλλακτικής παρέμβασης. Αυτό επέτρεψε να διερευνηθεί εάν η μετάβαση σε μια πλήρη δόση της εναλλακτικής παρέμβασης ή η επέκταση της τρέχουσας παρέμβασης είναι πιο αποτελεσματική για την πρόληψη. Όλοι οι συμμετέχοντες, ανεξάρτητα από την κατάσταση απόκρισης, παρακολούθηθηκαν για 12 μήνες για νέα εμφάνιση MDD ή διαταραχή άγχους μετά την ολοκλήρωση των παρεμβάσεων πρόληψης στο στάδιο 1 ή στάδιο 2.

Ένα μάθημα που αποκτήθηκε σε αυτή τη δοκιμή ανάπτυξης θεραπείας είναι ότι οι ηλικιωμένοι ενήλικες με αρθρίτιδα γόνατος και υποσυνδρομική κατάθλιψη ενδιαφέρονται να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους και να βελτιώσουν την ψυχική τους υγεία. Η δέσμευση των ασθενών σε μια παρέμβαση που μπορεί να αντιμετωπίσει μια κατάσταση ενόχλησης (όπως ο πόνος), αλλά και τις ιδιότητες που προάγουν την ψυχική υγεία (όπως CBT και EXERCISE) φαίνεται να είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση για τη βελτιστοποίηση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας.

4.ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αυτή η συστηματική ανασκόπηση σχεδιάστηκε για να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής- συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας ως προς την αντιμετώπιση συμπτωμάτων της οστεοαρθρίτιδας όπως η αυπνία και οι διαταραχές

ύπνου ,η κατάθλιψη και ο πόνος. Σε γενικές γραμμές οι αρχικές υποθέσεις επιβεβαιώθηκαν και η ΓΣΘ φάνηκε να έχει από καλή έως πολύ καλή αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπισή τους ,εύρημα το οποίο συμφωνεί με συστηματικές ανασκοπήσεις που είχαν γίνει στο παρελθόν.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τα περισσότερα άρθρα που τελικά χρησιμοποιήθηκαν ήταν από την βάση δεδομένων MEDLINE, αλλά σε αυτό το σημείο πρέπει να επισημανθεί ότι κάποια από αυτά τα άρθρα είχαν βρεθεί και στις άλλες βάσεις δεδομένων, αλλά επειδή η πρώτη αναζήτηση είχε γίνει στο MEDLINE, για κάθε άρθρο κρατήθηκε αυτή, ως πρώτη εγγραφή.

Όσον αφορά τους συμμετέχοντες στις έρευνες και συγκεκριμένα την μέση ηλικία των ασθενών ,κυμάνθηκε από 59 έως 71 ετών, ο αριθμός συμμετεχόντων από 99 έως 367 συμμετέχοντες και η διάρκεια της παρακολούθησής τους από 3 έως 12 μήνες.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όσον αφορά τον πόνο, η ΓΣΘ φάνηκε ότι έχει πολύ καλύτερα αποτελέσματα από την συνηθισμένη θεραπεία τόσο στην διαχείριση του πόνου όσο και στον έλεγχο του, ενώ η αποτελεσματικότητά της κατά το πέρασμα του χρόνου, όλο και μεγαλώνει. Επίσης, η ΓΣΘ φάνηκε ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα ως προς την καλύτερευση της γενικής υγείας και λειτουργικότητας των ασθενών, αλλά και ως προς την μείωση του αριθμού των σημείων ευαισθησίας, τον πόνο, την συναισθηματική κατάσταση, την αυτό-αποτελεσματικότητα και τις διαταραχές ύπνου. Απαιτούνται βέβαια επιπλέον μελλοντικές εργασίες για τον εντοπισμό των μηχανισμών με τους οποίους ο βελτιωμένος ύπνος μειώνει τον κλινικό πόνο.

Όσον αφορά την γενική υγεία και λειτουργικότητα, η ΓΣΘ φάνηκε να έχει πολύ καλύτερη αποτελεσματικότητα τόσο στην γενική λειτουργικότητα όσο και στην γενική βελτίωση της υγείας των ασθενών. Ειδικότερα ,στην συναισθηματική κατάσταση φάνηκε να έχει πολύ καλύτερη αποτελεσματικότητα στην μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τόσο των σωματικών όσο και των γνωστικών, αλλά και στη μείωση του άγχους. Μεγαλύτερη επίδραση φαίνεται να έχει η ΓΣΘ ως προς την μείωση των διαταραχών ύπνου, αλλά και τον συνολικό χρόνο αγρύπνησης.

Τέλος, με την ΓΣΘ φαίνεται ότι οι ασθενείς αποκτούν μεγαλύτερη γνώση για την νόσο τους.

Συγκριτικά με την «ψεύτικη» θεραπεία- placebo, η ΓΣΘ φαίνεται να έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην μείωση της έντασης του πόνου σε σύγκριση με την placebo, καθώς επίσης φαίνεται να επιδρά πιο αποτελεσματικά στα σημεία ευαισθησίας και στην συναισθηματική κατάσταση των ασθενών.

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία για τον πόνο και την αϋπνία (CBT-PI), και η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία για την αντιμετώπιση του πόνου (CBT-P) συγκρίθηκαν μεταξύ τους σε μία από τις έρευνες με σκοπό να εκτιμηθεί αν οι ηλικιωμένοι με οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ), πόνο και αϋπνία που λαμβάνουν θεραπεία γνωσιακή συμπεριφοράς για τον πόνο και την αϋπνία (CBT-PI), ή λαμβάνουν γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία για την αντιμετώπιση του πόνου (CBT-P), διέφερε όσον αφορά τα αποτελέσματά της στον ύπνο και στον πόνο.

Το CBT-PI συσχετίστηκε με πιο ευνοϊκά αποτελέσματα για την σοβαρότητα της αϋπνίας σε μια περίοδο αξιολόγησης 9 μηνών από CBT-P, αλλά και το CBT-PI και το CBT-P οδήγησαν σε καλύτερη απόδοση στον ύπνο.

6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ

Όπως κάθε έρευνα, έτσι και αυτή υπόκειται σε κάποιους περιορισμούς. Οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν είχαν γενικά ένα καλό δείκτη εγκυρότητας, αλλά δεν ήταν τόσο μεγάλος ώστε να μπορεί να υποστηριχθεί ότι και αυτή η έρευνα θα έχει ένα πολύ καλό δείκτη εγκυρότητας. Όσον αφορά τις μελλοντικές έρευνες, θα πρέπει να γίνουν περισσότερες μελέτες με μεγαλύτερη εγκυρότητα και ομοιογένεια, ώστε η σύγκριση μεταξύ τους να είναι πιο αποτελεσματική και να οδηγεί σε έγκυρα αποτελέσματα.

7. ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Είναι γεγονός ότι σήμερα, αναγνωρίζεται πλέον η σημασία του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στην αξιολόγηση και τη διαχείριση χρόνιων μυοσκελετικών παθήσεων. Οι

φυσικοθεραπευτές έχουν ενθαρρυνθεί να παρακολουθήσουν πρακτική άσκηση σχετικά με την ψυχολογική ενημέρωση .Λίγα είναι βέβαια γνωστά για τη διαδικασία εκμάθησης των φυσιοθεραπευτών και την παροχή ψυχολογικών παρεμβάσεων στο πλαίσιο της πρακτικής.

Πρόσφατη έρευνα ,σχετικά με την μελέτη των αντιλήψεων και των εμπειριών των φυσικοθεραπευτών όσον αφορά τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία , οδήγησε σε πολύ θετικά αποτελέσματα. Οι συμμετέχοντες ήταν φυσιοθεραπευτές που εκπαιδεύτηκαν για την αντιμετώπιση των πόνων . Οι φυσικοθεραπευτές ανέφεραν θετικές εμπειρίες για την παράδοση του προγράμματος εκμάθησης και θεώρησαν ότι η συμμετοχή τους σε αυτό βελτίωσε τη γενική τους πρακτική.(Mandy Nielsen, Francis J. Keefe, Kim Bennell, Gwendolen A. Jull Author Notes, 2014)

Η έρευνα αυτή, είχε σκοπό να διερευνηθούν οι εμπειρίες και οι προοπτικές των φυσικοθεραπευτών για μια διαδικασία κατάρτισης , εκμάθησης και παρέμβασης γνωστικής συμπεριφοράς, ως μέρος μιας τυχαιοποιημένης ελεγχόμενης δοκιμής που περιλαμβάνει ενήλικες με οδυνηρή οστεοαρθρίτιδα γόνατος.

Σύμφωνα με την έρευνα ,οι φυσικοθεραπευτές μπορούν να εκπαιδευτούν για να παρέχουν με βεβαιότητα ένα πρόγραμμα γνωστικής- συμπεριφορικής θεραπείας για την αντιμετώπιση του πόνου . Οι φυσιοθεραπευτές σε αυτή τη μελέτη πίστευαν ότι η εκπαίδευση ενίσχυσε την κλινική πρακτική τους και ότι η ολοκληρωμένη εκπαίδευση και καθοδήγηση από τους ψυχολόγους ήταν ζωτικής σημασίας για την εξασφάλιση της πιστότητας της θεραπείας.

Η κατάρτιση, η εμπειρία που παρέχει το πρόγραμμα, το αντίκτυπο στη γενική κλινική πρακτική και οι προοπτικές του προγράμματος εκμάθησης και της φυσιοθεραπευτικής πρακτικής σχετικά με αυτό φαίνεται να προσφέρει αρκετά καλά αποτελέσματα σε μελλοντικές θεραπείες. (Mandy Nielsen, Francis J. Keefe, Kim Bennell, Gwendolen A. Jull Author Notes, 2014)

Σύμφωνα με μια άλλη έρευνα, που περιγράφει τις δραστηριότητες επανεκπαίδευσης με τη διαχείριση του πόνου, για τους πάσχοντες από χρόνιο πόνο, η πορεία προς την εργασία ή σε άλλη παραγωγική δραστηριότητα μπορεί να είναι μακρά και σύνθετη για να ξεπεραστούν τόσο τα σωματικά όσο και τα ψυχολογικά εμπόδια. Αυτά τα

εμπόδια μπορούν να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά και οι ασθενείς επέτρεψαν να επιστρέψουν στις προηγούμενες δραστηριότητές τους και να επιτύχουν αξιόλογους στόχους με τη διαχείριση του πόνου. Οι βασικές πρακτικές συνιστώσες αυτού είναι η φυσική επανεκπαίδευση, η σταθερή αύξηση της εμβέλειας και της έκτασης των εγκαταλελειμμένων και άλλων νέων δραστηριοτήτων και η υιοθέτηση ενός ρεαλιστικού μοντέλου πόνου και των επιπτώσεών του στον τρόπο ζωής. Το όλο πρόγραμμα υποστηρίζεται φυσικά από συμπεριφορικές και γνωστικές αρχές και αυτές χρησιμοποιούνται επίσης άμεσα για τη μείωση των πεποιθήσεων και των δυσχερειών. (Harding, V. R. & Williams, A. C., 1998)

Επιπλέον, πέρα από της συμβατικές θεραπείες εναντίον αρκετών ψυχολογικών παθήσεων όπως η κατάθλιψη ιδιαίτερη θέση στα θεραπευτικά πρωτόκολλα λαμβάνει η άσκηση και η φυσική δραστηριότητα. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες θεωρείται ως μια εξαιρετική θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση ,διαχείριση και πρόληψη της κατάθλιψης είτε σε συνδυασμό με άλλα μέσα είτε ακόμα και ως μοναδικό μέσο θεραπείας. Η θετική επίδραση της θεραπευτικής άσκησης στην ψυχολογική κατάσταση των νοσούντων από κατάθλιψη, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, οφείλεται σε μία σειρά από φυσιολογικούς αλλά και ψυχολογικούς μηχανισμούς. Οι θεραπευτική άσκηση και φυσικοθεραπεία έχει τις προϋποθέσεις και πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι κάθε σύγχρονου θεραπευτικού προγράμματος αντιμετώπισης της κατάθλιψης, ώστε ο ασθενής να λαμβάνει όσο το δυνατόν πιο πλήρη και αποτελεσματική θεραπεία, με στόχο την γρήγορη επανένταξη του στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή του. (Γεωργακόπουλος , Ε.,& Δελακοβία, Μ., 2013)

Οι φυσικοθεραπευτές στην ψυχική υγεία δημιουργούν μια θεραπευτική σχέση για να παρέχουν αξιολόγηση και υπηρεσίες που σχετίζονται ειδικά με την πολυπλοκότητα της ψυχικής υγείας μέσα σε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον εφαρμόζοντας ένα μοντέλο που περιλαμβάνει βιολογικές και ψυχοκοινωνικές πτυχές. Επίσης, συμβάλλει στην διατήρηση της αξιοπρέπειας των ψυχικά πασχόντων συνανθρώπων μας και έχει ουσιαστικό ρόλο στην αντιμετώπιση μιας πληθώρας ψυχικών διαταραχών τόσο στους ενήλικες, ενδεικτικά: κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, ψυχώσεις, διαταραχές προσωπικότητας, άνοια, όσο και στα παιδιά και εφήβους που πάσχουν από διαταραχές στο φάσμα του αυτισμού, ελλειμματική

προσοχή και υπερκινητικότητα, προβλήματα συμπεριφοράς, νοητική στέρηση, μαθησιακές δυσκολίες, αναπτυξιακές διαταραχές.(Λυμπερίδης Π. 2018)

Η θεραπευτική άσκηση είναι από τις πιο ελπιδοφόρες στρατηγικές βελτίωσης της γνωστικής λειτουργίας, της φυσικής κατάστασης και της λειτουργικής ανεξαρτησίας του ασθενή. Η συστηματική άσκηση μέσω μηχανισμών, προάγει την εγκεφαλική λειτουργία, διατηρώντας και βελτιώνοντας τις γνωστικές λειτουργίες του λόγου, της μνήμης και της προσοχής. (Σταθόπουλος Σ., 2018)

8. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξένη

Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). The integrative power of cognitive therapy. Guilford Press. PsycINFO

Badley, E. M., & Rasooly, I., & Webster, G. K. (1994). Relative Importance of Musculoskeletal Disorders as a Cause of Chronic Health Problems, Disability, and Health Care Utilization. The Journal of Rheumatology, Vol. 21, No. 3, pp. 505-514

Brotzman, S. B., & Manske, R. C. (2015) ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ ΜΕ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ ΜΕ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗ 3η Έκδοση , Αθήνα, Κωνσταντάρας Ιατρικές Εκδόσεις

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. Annual Review of Psychology, 52, 685-716

Chesson, A.L. Jr., Anderson, W. M., Littner, M., Davila, D., Hartse, K., Johnson, S., Wise, M. & Rafecas, J. (1999). Practice Parameters for the Nonpharmacologic Treatment of Chronic Insomnia. SLEEP, 22(8), 1128-1133

Dustine, J. L., & Moore, G. E. (2003) ACSM'S 2nd edition ΑΣΚΗΣΗ ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ, United States of America, D. Mark Robertson

Fields, H.L., & Basbaum, A.I., & Heinricher, M. M. (2006). Central nervous system mechanisms of pain modulation

Geisser, E., & Robinson, M. E., & Riley, J. L. (1999). Pain beliefs, coping, and adjustment to chronic pain: Let's focus more on the negative. Pain Forum Volume 8, Issue 4, Pages 161-168. ScienceDirect

Harding, V. R. & Williams, A. C., (1998) Activities Training: Integrating Behavioral and Cognitive Methods with Physiotherapy in Pain Management. Journal of Occupational Rehabilitation Volume 8, Issue 1, 47-60, Springer Link

Karp, J.F., & Dew, M.A. & Wahed, A.S., & Fitzgerald, K., & Bolon, C.A., & Weiner, D. K., & Morse, J.Q., & Albert, S., & Butters, M., & Gildengers, A., &

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

Μορφοποίηση: Ελληνικά

- Reynolds, C.F. (2016). Challenges and Solutions for Depression Prevention Research: Methodology for a Depression Prevention Trial for Older Adults with Knee Arthritis and Emotional Distress. HHS DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Am J Geriatr Psychiatry. 24(6): 433–443.., MEDLINE (PubMed)
- Meredith, P., & Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. Clinical Psychology Review Volume 28, Issue 3, Pages 407-429.ScienceDirect
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994) .Classification of Chronic Pain. 2nd Edition, IASP Task Force on Taxonomy. Scientific Research
- Meyer, R.A., & Ringkamp,M.,& Campbell,J.N. et al. (2006). Peripheral mechanisms of cutaneous nociception. Wall and Melzack's Textbook of Pain, pp.3-34
- Morley, S., & Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. Pain.80 (1-2):1-13. MEDLINE (PubMed)
- Nielsen, M., & Keefe, F. J., & Bennell, K., & Jull, G. A. (2014) Physical Therapist–Delivered Cognitive-Behavioral Therapy: A Qualitative Study of Physical Therapists' Perceptions and Experiences. Physical Therapy, Volume 94, Issue 2, 197–209, OXFORD ACADEMIC Journals
- Roth, D.A., Eng, W., & Heimberg, R.G. (2002). Cognitive behavior therapy. In M. Hersen & W. Sledge (Eds.), Encyclopedia of Psychotherapy (pp. 451-458). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Smith, M. T. & Finan, P. H. & Buenaver, L. H. & Robinson, M. & Haque, U. & Quain, A. & McInrue, E. & Han, D. & Leoutsakis, J. & Haythornthwaite, J. A. (2015). Cognitive-behavior Therapy for Insomnia in Knee Osteoarthritis: A Double-Blind, Randomized, and Active Placebo Controlled Clinical Trial. HHS DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Arthritis Rheumatol. 67(5): 1221–1233. , MEDLINE (PubMed)
- Solomon, L. & Warwick, D., & Nayagam, S. (2001) *Apley's System of Orthopaedics and Fractures 8Ed 8th Edition*. London, United Kingdom, Taylor & Francis Ltd

Yelin E., & Callahan L. F. (1995). The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal conditions. National Arthritis Data Work Groups. *Arthritis Rheum.* 38(10):1351-62. MEDLINE (PubMed)

Verhaak a, P. F. M., et all. (1998). Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* Volume 77, Issue 3, Pages 231-239. ScienceDirect

Vitiello, M. V. & Rybarczyk, B. & Von Korff, M., & Stepanski, E. J. (2009) Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Improves Sleep and Decreases Pain in Older Adults with Co-Morbid Insomnia and Osteoarthritis. *JCSM JOURNAL OF CLINICAL SLEEP MEDICINE*, Vol.5, No. 4, 355-362. , MEDLINE (PubMed)

Vitiello, M. V.,& McCurry, S. M.,& Shortreed, S. M. & Balderson, B. H., & Baker, L. D.,& Keefe, F. J.,& Rybarczyk, B. D.,& Von Korff, M. (2013) Cognitive-Behavioral Treatment for Comorbid Insomnia and Osteoarthritis Pain in Primary Care: The Lifestyles Randomized Controlled Trial . NIH National Institutes of Health, *J Am Geriatr Soc* .61(6): 947–956., MEDLINE (PubMed)

Weisenberg, M. (2008). Cognitive aspects of pain and pain control. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44-61

Ελληνική

Ανδριανάκος, Α.,& Τρόντζας,Π.,& Χριστογιάννης,Φ.,& Ντάντης,Π. και συν., (2003). Επιπολασμός των ρευματικών νοσημάτων στην Ελλάδα: Περιγραφική επιδημιολογική μελέτη. Η μελέτη ESORDIG. *ΙΑΤΡΙΚΗ* 84:18-206

Γεωργακόπουλος, Ε., & Δελακοβία, Μ. (2013) Εξειδικευμένη Φυσικοθεραπευτική παρέμβαση στη κατάθλιψη. *Physically*

Καλπάκογλου, Θ. (1997). *Άγχος και πανικός: γνωσιακή θεωρία και θεραπεία*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Καλπάκογλου, Θ. (1999). *Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Θεραπεία. Σύγχρονες ψυχοθεραπείες στην Ελλάδα*, Π. Ασημάκης, University of Indianapolis Athens Press.

Κοτσαηλίας, Δ.Α. (2011) ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ .ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, UNIVERSITY STUDIO PRESS AE

Λυμπερίδης ,Π. ,& Σταθόπουλος, Σ. (2018) Η φυσικοθεραπεία στην ψυχική υγεία.
HEALTH PHARMA

Παπαδάτου, Δ.,& Αναγνωστόπουλος, Φ., (2008). Η ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ, ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΠΑΖΗΣΗ

Χαρίλα, Ν. (1995). *Γνωσιακή θεραπεία της συμπεριφοράς. Θέματα γνωσιακής και
συμπεριφοριστικής θεραπείας* (Γ. Μπουλουγούρης), σελ. 113-114, Ελληνικά
Γράμματα, Αθήνα