



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΛΓΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ/ΠΑΡΗΓΟΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ: ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΛΕΝΗ Μ. ΑΡΝΑΟΥΤΟΓΛΟΥ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΟΣΦΥΑΛΓΙΑ: Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΜΕ ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ"

υπό

ΑΠΟΣΤΟΛΟΓΛΟΥ ΒΑΡΒΑΡΑ

Ειδικευόμενη αναισθησιολόγος

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των

απαιτήσεων για την απόκτηση του

Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Αλγολογία και Ανακουφιστική/Παρηγορική Φροντίδα»

Λάρισα, 2024

Επιβλέπουσα: Βασιλική Σιαφάκα, Ψυχολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας της Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

1. Ελένη Αρναούτογλου, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας, , Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
2. Βασιλική Σιαφάκα, Ψυχολόγος, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας της Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
3. Μαρία Νταλούκα, Επιμελήτρια Β' Αναισθησιολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Αναπληρωματικό μέλος: Μεταξία Μπαρέκα, Επίκουρη Καθηγήτρια, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

“Depression and chronic low back pain: the efficacy of cognitive behavioral therapy compared to other therapies. Scoping review”

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κυρία Βασιλική Σιαφάκα, ψυχολόγο και Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας της Υγείας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για το ενδιαφέρον, την άψογη επικοινωνία, την υποστήριξη και την πολύτιμη επιστημονική της καθοδήγηση.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά την κυρία Ελένη Αρναούτογλου, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας και διευθύντρια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Αλγολογία και Ανακουφιστική/ Παρηγορική φροντίδα» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, καθώς επίσης και όλους τους διδάσκοντες για την άρτια διεξαγωγή του συγκεκριμένου εκπαιδευτικού προγράμματος. Τόσο, οι επιστημονικές γνώσεις αλλά κυρίως η προσέγγιση του πόνου σε ανθρώπινο επίπεδο θα αποτελέσουν πολύτιμα εφόδια στην επαγγελματική μου σταδιοδρομία στην αναισθησιολογία.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύντροφο μου, Γιώργο, για την στήριξη, την αγάπη, την κατανόηση και την ανεξάντλητη υπομονή του. Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στην αδελφή μου και τους γονείς μου για την συμπαράσταση τους σε κάθε μου βήμα.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η οσφυαλγία είναι η κυριότερη αιτία αναπηρίας παγκοσμίως. Χαρακτηρίζεται ως χρόνια όταν διαρκεί 12 ή περισσότερες εβδομάδες. Πολύ συχνά επιπλέκεται και από κατάθλιψη. Για τη σωστή αντιμετώπιση αυτής της σύνθετης κατάστασης απαιτείται ταυτόχρονη θεραπεία τόσο της κατάθλιψης όσο και της οσφυαλγίας. Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας που εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης είναι να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας στην αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας και της συνυπάρχουσας κατάθλιψης, συγκριτικά με άλλες θεραπείες.

Υλικό και μέθοδος: Έγινε αναζήτηση στη διεθνή βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: Pubmed, Google Scholar, Scopus, Science Direct και Embase. Η έρευνα περιορίστηκε μόνο σε μετα- αναλύσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες που ήταν γραμμένες στην αγγλική γλώσσα και υπήρχε διαθεσιμότητα του πλήρους κειμένου. Έπειτα από τη θέσπιση επιπλέον κριτηρίων ένταξης και αποκλεισμού επιλέχθηκαν συνολικά 10 μελέτες.

Αποτελέσματα: Επτά τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες και τρεις μετα- αναλύσεις πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση. Όσον αφορά την ένταση του πόνου αμέσως μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, οι περισσότερες μελέτες καταλήγουν στο ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (ΓΣΘ) και των άλλων παρεμβάσεων. Το ίδιο ισχύει και για την κατάθλιψη, αν και υπάρχει μια μελέτη που δείχνει υπεροχή της ΓΣΘ. Κατά τη διάρκεια των επανελέγχων τόσο η κατάθλιψη όσο και η ένταση του πόνου παρουσιάζουν μεγαλύτερη βελτίωση με τη ΓΣΘ συγκριτικά με τις άλλες θεραπείες, στις περισσότερες μελέτες.

Συμπέρασμα: Η ΓΣΘ παρουσιάζει μικρή υπεροχή έναντι άλλων παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και τη μείωση της έντασης του πόνου αμέσως μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, χωρίς όμως η διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική. Κατά τη διάρκεια των επανελέγχων η ΓΣΘ φάνηκε και πάλι ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα, με στατιστική σημαντικότητα. Χρειάζονται περισσότερες και καλύτερης ποιότητας έρευνες προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Λέξεις κλειδιά: χρόνια οσφυαλγία, κατάθλιψη, καταστροφολογία για τον πόνο, γνωστική συμπεριφορική θεραπεία

Abstract

Introduction: Low back pain is the main cause of disability worldwide. It is classified as chronic when it lasts 12 or more weeks. Often, it co-exists with depression. To manage this complex condition properly, treatment of both depression and back pain needs to be delivered at the same time. Cognitive behavioral therapy (CBT) is a form of psychotherapy which is used in order to treat chronic low back pain.

Purpose: The aim of this systematic review is to evaluate the efficacy of cognitive behavioral therapy in the treatment of chronic low back pain and depression, compared to other therapies

Methods and material: The international literature was searched in the electronic databases: Pubmed, Google Scholar, Scopus, Science Direct and Embase. The search was limited to meta-analyses, systematic reviews and randomized controlled clinical trials of the last decade. Researches that were published in the English language and they had with the full text available were chosen. After establishing additional inclusion and exclusion criteria, a total of 10 studies were selected.

Results: Seven randomized controlled clinical trials and three meta-analyses met the inclusion criteria and were included in this scoping review. Regarding pain intensity immediately after completion of treatment, most studies conclude that there is no statistically significant difference between cognitive behavioral therapy (CBT) and other interventions. The same applies to depression, although there is a study that shows the superiority of CBT. At follow-up both depression and pain intensity show greater improvement with CBT compared to other treatments in most studies.

Conclusion: CBT shows a slight superiority over other interventions in the treatment of depression and the reduction of pain intensity immediately after the completion of the treatment, but that difference is not statistically significant. During the follow-ups, CBT appeared to have better results, with statistical significance. Further studies are needed to draw firm conclusions.

Key words: low back pain, lumbar pain, cognitive behavioral therapy, depression, pain catastrophizing

Πίνακας Περιεχομένων

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ορισμοί.....	σελ.11
Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή.....	σελ.12
1.1 Χρόνια οσφυαλγία.....	σελ.12
1.2 Κατάθλιψη.....	σελ.12
1.3 Χρόνιος πόνος και ψυχολογικοί παράγοντες.....	σελ.13
1.4 Σχέση χρόνιας οσφυαλγίας και κατάθλιψης.....	σελ.15
1.5 Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ).....	σελ.16
1.6 Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	σελ.17

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 2 Μεθοδολογία.....	σελ.20
2.1 Στόχος ανασκόπησης.....	σελ.20
2.2 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού.....	σελ.20
2.3 Στρατηγική αναζήτησης.....	σελ.21
Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα.....	σελ.22
3.1 Επιλογή μελετών.....	σελ.22
3.2 Σύνθεση αποτελεσμάτων.....	σελ.24
Κεφάλαιο 4 Συζήτηση.....	σελ.30

Κεφάλαιο 5 Συμπεράσματα.....σελ.33

Βιβλιογραφία.....σελ.34

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ορισμοί

Πόνος: μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με ή μοιάζει να σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή ιστική βλάβη.¹

Χρόνιος πόνος: ο πόνος που επιμένει ή υποτροπιάζει για περισσότερο από 3 μήνες.²

Οσφυαλγία: πόνος που εντοπίζεται ανάμεσα στο κατώτερο μέρος του θωρακικού κλωβού και τις πτυχές των γλουτών, αλλά μπορεί να επεκταθεί στα πόδια.³

Κατάθλιψη: η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής (έντονης και παρατεταμένης) θλίψης και συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών και οργανικών διαδικασιών.⁴

Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία: μια μορφή ψυχοθεραπείας που εστιάζει στην αλλαγή σκέψεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με συγκεκριμένα συμπτώματα στα οποία στοχεύει η θεραπεία.⁵

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή

1.1 Χρόνια οσφυαλγία

Ο πόνος σύμφωνα με την IASP (International Association for the Study of Pain) ορίζεται ως μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με πραγματική ή πιθανή ιστική βλάβη ή περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης. Ο πόνος μπορεί να έχει προστατευτικό ρόλο, καθώς αποτελεί ειδοποίηση για κάποιον τραυματισμό ή για μια υποκείμενη πάθηση. Όμως, όταν πρόκειται για χρόνια πόνο υπάρχει σημαντικός περιορισμός στην φυσική και κοινωνική δραστηριότητα του ατόμου που τον βιώνει με δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχολογία και τη ζωή του. Χρόνιος ορίζεται ο πόνος που διαρκεί περισσότερο από 3 μήνες.

Περίπου το 70-85% των ανθρώπων υποφέρουν από οσφυαλγία κατά τη διάρκεια της ζωής τους και στο 20% ο πόνος γίνεται επίμονος.⁶ Είναι η κυριότερη αιτία απώλειας χρόνων λόγω αναπηρίας.³ Κάποιες φορές υπάρχει σαφής αιτία που δικαιολογεί αυτόν τον πόνο. Στις περισσότερες όμως περιπτώσεις ο πόνος χαρακτηρίζεται ως μη ειδικός, διότι δεν υπάρχει κάποιο γνωστό αίτιο που τον προκαλεί.

Η θεραπεία της οσφυαλγίας μπορεί να είναι είτε συντηρητική με φαρμακευτική αγωγή και συμπληρωματικές θεραπείες είτε επεμβατική, ανάλογα με την αιτιολογία, τη διάρκεια και την ανταπόκριση στην εκάστοτε θεραπεία. Στη χρόνια οσφυαλγία προτείνεται μια πολυεπιστημονική προσέγγιση που περιλαμβάνει ψυχολογικές θεραπείες και άσκηση καθώς και χειρουργική θεραπεία σε πολύ συγκεκριμένες περιπτώσεις.³

1.2 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μια συχνή ψυχική διαταραχή. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περίπου το 5% των ενηλίκων σε όλο τον κόσμο πάσχουν από κατάθλιψη. Οι γυναίκες είναι 3 φορές πιο πιθανό να υποφέρουν από κατάθλιψη συγκριτικά με τους άντρες.⁷ Η κατάθλιψη οφείλεται σε ένα συνδυασμό γενετικών, ορμονικών, βιολογικών, περιβαλλοντικών και ψυχολογικών παραγόντων.

Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση ή απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για οποιαδήποτε δραστηριότητα για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Άλλα συμπτώματα περιλαμβάνουν αλλαγές στην όρεξη και το σωματικό βάρος, διαταραχές του ύπνου, δυσκολία στη συγκέντρωση καθώς επίσης και σκέψεις θανάτου. Η διάγνωση τίθεται όταν τα συμπτώματα διαρκούν περίπου όλη μέρα, σχεδόν κάθε μέρα για τουλάχιστον 2 εβδομάδες. Διαταράσσει σημαντικά τη ζωή ενός ατόμου, επηρεάζοντας την καθημερινότητα, τον ύπνο, την όρεξη, τις σκέψεις καθώς και τις προσωπικές και επαγγελματικές σχέσεις.

Η θεραπεία της κατάθλιψης μπορεί να περιλαμβάνει ψυχολογικές θεραπείες, όπως η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) ή φαρμακευτική αγωγή ή και συνδυασμό αυτών. Στην ήπια κατάθλιψη η φαρμακευτική αγωγή δεν είναι απαραίτητη σε αντίθεση με τη μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη. Επιπρόσθετο όφελος προκύπτει από αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπως είναι η υγιεινή διατροφή, η άσκηση και η επάρκεια του ύπνου. Επίσης σημαντικό είναι και το υποστηρικτικό περιβάλλον.

1.3 Χρόνιος πόνος και ψυχολογικοί παράγοντες

Ο πόνος εξ' ορισμού περιέχει τόσο αισθητική όσο και συναισθηματική συνιστώσα. Τα συναισθήματα επηρεάζονται από γνωσιακά σχήματα, δηλαδή τις αντιλήψεις του ατόμου για τον εαυτό του, τους άλλους και τον κόσμο, καθώς και από την τρέχουσα κατάσταση του ατόμου (π.χ. ψυχοπιεστικά γεγονότα, βιολογική κατάσταση του οργανισμού κ.ά.). Έτσι η αντίληψη του πόνου είναι μια προσωπική εμπειρία. Η αντίληψη του πόνου και η αντιμετώπιση του μαθαίνεται από τα παιδικά χρόνια, μέσω παρατήρησης του οικογενειακού και κοινωνικού περιβάλλοντος.

Συγκεκριμένα για τον χρόνιο πόνο πολλοί είναι οι παράγοντες που εμπλέκονται στην εμφάνιση του αλλά και στη δυσκολία διαχείρισης του. Οι παράγοντες αυτοί είναι φυσικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί. Υπάρχει ισχυρή σύνδεση μεταξύ του χρόνιου πόνου και των τραυματικών εμπειριών στα πρώτα χρόνια της ζωής.⁸ Θύματα ψυχολογικής, σεξουαλικής ή φυσικής κακοποίησης κατά την παιδική ηλικία μπορούν να οδηγήσουν σε εμφάνιση κάποιου συνδρόμου χρόνιου πόνου κατά την ενήλικη ζωή. Επίσης, η έκθεση σε έναν ισχυρό στρεσογόνο παράγοντα, όπως για παράδειγμα ένας πόλεμος, είτε αυτό συμβεί στην παιδική ηλικία είτε στην ενήλικη ζωή, αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης χρόνιου πόνου.

Η κατάθλιψη, όπως θα αναλυθεί εκτενέστερα στην επόμενη ενότητα, σχετίζεται άμεσα με τον χρόνιο πόνο, όπως επίσης και το στρες. Οδηγούν στην ανάπτυξη χρόνιου πόνου αλλά και στη χειρότερη έκβαση αυτού.⁹ Το στρες οδηγεί σε μείωση της δράσης των ενδογενών

οπιοειδών.¹⁰ Ο εγκέφαλος των ασθενών με χρόνια πόνο φέρει αλλοιώσεις σε περιοχές που σχετίζονται με τη γνωστική και τη συναισθηματική ρύθμιση του πόνου.¹¹ Αυτό εξηγεί την ήδη γνωστή αμφίδρομη σχέση του πόνου με την κατάθλιψη και το στρες. Επίσης, οι ασθενείς με αγχώδη διαταραχή τείνουν να υπερεκτιμούν τις καταστάσεις και να υποεκτιμούν τη δυνατότητα τους να τις αντιμετωπίσουν.²⁵ Αυτό οδηγεί στην υιοθέτηση της αντίληψης ότι δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στον πόνο, με αποτέλεσμα να κάνουν δυσμενή την έκβαση του.

Οι αρνητικές αντιλήψεις και τα λανθασμένα πρότυπα συμπεριφοράς σχετικά με τον πόνο έχουν γενικά αρνητική επίδραση. Η καταστροφολογία είναι ένας όρος που περιγράφει την αντίδραση στον πόνο, η οποία περιλαμβάνει τη μεγέθυνση της αίσθησης του πόνου, την αναμάσηση ανησυχιών σχετικά με τον πόνο και την ανικανότητα σχετικά με τη διαχείριση του πόνου. Αυτή αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση χρόνιου πόνου, ανικανότητας που σχετίζεται με τον πόνο και αυξημένη ευαισθησία στον πόνο. Επίσης, επηρεάζει αρνητικά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την επιστροφή του ατόμου στην εργασία του.⁸

Σε αντίθεση με τις αρνητικές αντιλήψεις που σχετίζονται με μεγαλύτερη ένταση πόνου και ανικανότητα, οι θετικές αντιλήψεις οδηγούν σε καλύτερη έκβαση του πόνου. Η αισιοδοξία καταπολεμά την καταστροφολογία και οδηγεί σε μικρότερη ευαισθησία στον πόνο και μικρότερη ένταση πόνου. Τα θετικά συναισθήματα οδηγούν στην αύξηση της ανθεκτικότητας στον πόνο. Επίσης, μειώνουν τις δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές που σχετίζονται με τον πόνο, όπως η αποφυγή της κίνησης λόγω φόβου επακόλουθου πόνου.⁸

Ο κοινωνικός περίγυρος παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην έκβαση του πόνου. Από τη μια η στήριξη από το περιβάλλον επιδρά θετικά, οδηγώντας σε λιγότερο πόνο και καλύτερη συνολική λειτουργικότητα. Από την άλλη όμως η υιοθέτηση λανθασμένων προτύπων συμπεριφοράς από τους σημαντικούς άλλους του ασθενή, είτε αυτοί είναι οι γονείς αν πρόκειται για παιδί, είτε ο/η σύζυγος αν πρόκειται για ενήλικα, αλλά και οποιοσδήποτε άλλος στον στενό κύκλο του ατόμου που υποφέρει από χρόνια πόνο, μπορούν να έχουν αρνητικά αποτελέσματα. Αν για παράδειγμα, ένας γονέας στρέφει συνεχώς την προσοχή στον πόνο του παιδιού, καταστροφολογεί και του προτείνει να αποφεύγει τις δραστηριότητες προκειμένου να το προφυλάξει από τον πόνο, το πιθανότερο είναι το παιδί να αναπτύξει επίμονο πόνο και μειωμένη ανοχή σε αυτόν.

Εξαιτίας της αμφίδρομης σχέσης των ψυχολογικών προβλημάτων προτείνεται οι ασθενείς με χρόνια πόνο να ελέγχονται για ψυχολογικά προβλήματα και το αντίστροφο.⁹

1.4 Σχέση χρόνιας οσφυαλγίας και κατάθλιψης

Ο πόνος στη χρόνια οσφυαλγία είναι πολυπαραγοντικός και εμπεριέχει και ψυχολογικά στοιχεία. Κατάθλιψη μπορεί να συνυπάρχει σε περισσότερους από τους μισούς ασθενείς που πάσχουν από χρόνια οσφυαλγία.¹² Είναι γνωστό ότι η σχέση κατάθλιψης και χρόνιας οσφυαλγίας είναι αμφίδρομη. Η χρόνια οσφυαλγία μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση κατάθλιψης, αλλά και η κατάθλιψη μπορεί να εκδηλωθεί με οσφυαλγία.

Η κατάθλιψη προκαλεί μια φλεγμονώδη αντίδραση στον εγκέφαλο μέσω φλεγμονωδών κυτοκινών, οι οποίες μπορούν να πυροδοτήσουν πόνο. Έτσι, με την έναρξη των συμπτωμάτων της κατάθλιψης μπορεί να μειωθεί η ανοχή στον πόνο.¹³ Σημαντικό ρόλο στη σύνδεση κατάθλιψης και χρόνιου πόνου, σε βιοχημικό επίπεδο, παίζουν η σεροτονίνη και η νορεπινεφρίνη. Στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ENY) ασθενών με κατάθλιψη βρέθηκαν μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης και 5- υδροξυινδολοξικού οξέος (5 -HIAA), ενός μεταβολίτη της σεροτονίνης.¹⁴ Σε καταθλιπτικούς ασθενείς που δεν λαμβάνουν αγωγή, παρατηρήθηκαν μειωμένα επίπεδα νορεπινεφρίνης στο ENY και μειωμένα επίπεδα βανιλυλμανδελικού οξέος (VMA), του βασικού μεταβολίτη της νορεπινεφρίνης, στα ούρα και στο πλάσμα.¹⁴ Η σεροτονίνη και η νορεπινεφρίνη δρουν ως νευροδιαβιβαστές στο νωτιαίο μυελό και επάγουν την αναστολή του πόνου στο επίπεδο των οπίσθιων κεράτων. Υπάρχουν έρευνες που υποστηρίζουν ότι ο πόνος ίσως αυξάνει την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στην κατάθλιψη.¹⁴ Συνεπώς, μείωση των επιπέδων της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης φαίνεται να υπάρχει τόσο στον πόνο όσο και στην κατάθλιψη.

Η συνύπαρξη κατάθλιψης και χρόνιου πόνου οδηγεί σε χειρότερη έκβαση από ότι η κάθε κατάσταση ξεχωριστά.¹⁵ Ακόμη και αν η κατάθλιψη έχει βελτιωθεί, οι ασθενείς με ιστορικό κατάθλιψης είναι σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιου πόνου.⁹ Σε μια μελέτη σε ασθενείς με χρόνια πόνο, φάνηκε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με συνοδό κατάθλιψη ήταν χειρότερη συγκριτικά με εκείνους που δεν είχαν κατάθλιψη.¹³ Επίσης, η λειτουργικότητα των ασθενών με συνύπαρξη οσφυαλγίας και κατάθλιψης είναι χειρότερη συγκριτικά με τις περιπτώσεις ασθενών που έπασχαν μόνο από χρόνια οσφυαλγία ή μόνο από κατάθλιψη. Ακόμα, έχει φανεί ότι οι ασθενείς με χρόνια πόνο διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν αυτοκτονικό ιδεασμό, να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας ή και να επιτύχουν αυτοκτονία. Μάλιστα έχουν μεγαλύτερα ποσοστά ολοκληρωμένων αυτοκτονιών συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό.¹⁴

Η ύπαρξη πόνου μπορεί να κάνει τη διάγνωση της κατάθλιψης δυσκολότερη. Υπάρχει η τάση η κατάθλιψη να θεωρείται ως φυσικό επακόλουθο του πόνου. Έτσι, πολλές φορές είτε

μένει αδιάγνωστη είτε υποθεραπεύεται. Ωστόσο, η σωστή αξιολόγηση και θεραπεία τόσο της κατάθλιψης όσο και του πόνου συγχρόνως οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα.¹⁵

1.5 Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ)

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) είναι μια μορφή ψυχοθεραπείας που εφαρμόζεται σε ένα πλήθος παθολογικών καταστάσεων, όπως οι διατροφικές διαταραχές, οι διαταραχές ύπνου, η κατάθλιψη, ο χρόνιος πόνος, η αγχώδης διαταραχή, οι σοβαρές ψυχικές ασθένειες και πλήθος άλλων προβλημάτων.

Χαρακτηρίζεται ως «γνωστική» γιατί πρέπει ο θεραπευόμενος να αναγνωρίσει και να συνειδητοποιήσει τις ίδιες του τις σκέψεις, στάσεις και προσδοκίες.²² Στόχος αυτής της αναγνώρισης είναι η αλλαγή των λανθασμένων και δυσάρεστων πεποιθήσεων και η υιοθέτηση πιο ρεαλιστικών και λιγότερο επιβλαβών σκέψεων. Ο όρος «συμπεριφορική» αναφέρεται στο κομμάτι της θεραπείας που στοχεύει στο να αναγνωρίσει κατά πόσο κάποια πρότυπα συμπεριφοράς δυσκολεύουν τη ζωή του ασθενή και επιδεινώνουν τα προβλήματα του και στη συνέχεια προσπαθεί να τα αλλάξει.²²

Η ΓΣΘ στηρίζεται στο γεγονός ότι τα ψυχολογικά προβλήματα και η συναισθηματική δυσφορία προκύπτουν κυρίως από τον τρόπο που αντιμετωπίζει το άτομο τις στρεσογόνες καταστάσεις και όχι από τις καταστάσεις αυτές καθαυτές. Για παράδειγμα, αν δύο άτομα υποφέρουν από ίδιας έντασης οσφυαλγία και το ένα κάνει σκέψεις όπως: «Δεν θα καταφέρω να αντέξω τον πόνο γιατί είμαι αδύναμος», «γιατί συμβαίνουν σε μένα όλα τα άσχημα πράγματα;», «σίγουρα θα υποφέρω για μια ζωή», ενώ το δεύτερο αντιμετωπίζει τον πόνο με σκέψεις όπως: «πιστεύω ότι με την αγωγή που μου δόθηκε θα βελτιωθώ», «ευτυχώς που δεν έπαθα κάτι πιο σοβαρό», το πρώτο άτομο είναι πιθανότερο να έχει χειρότερη έκβαση.

Η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου είναι πολύ σημαντική για να οδηγήσει σε μια αποτελεσματική θεραπεία. Από κοινού εντοπίζουν τα προβλήματα του ασθενή και αναζητούν το πώς αυτά επηρεάζουν την συνολική λειτουργικότητα, τις πεποιθήσεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του και αντιστρόφως πώς όλα αυτά οδηγούν στα προβλήματα του. Κατόπιν θέτουν στόχους και αποφασίζουν μαζί το θεραπευτικό πλάνο.

Αντίθετα με άλλης μορφής θεραπείες, η ΓΣΘ εστιάζει στο να αντιμετωπίσει τα προβλήματα(ή να δώσει λύσεις σε αυτά) που υπάρχουν στο παρόν και όχι στη βαθύτερη αιτία

τους που μπορεί να βρίσκεται στο παρελθόν. Μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε σε ατομικές είτε σε ομαδικές συνεδρίες ή ακόμη και ως αυτοχορηγούμενη θεραπεία, διαβάζοντας για παράδειγμα βιβλία ή βρίσκοντας σχετικές πληροφορίες στο διαδίκτυο. Και οι 3 τρόποι έχουν οφέλη. Εφόσον εγκατασταθεί καλή σχέση μεταξύ του ασθενή και του επαγγελματία ψυχικής υγείας, η ατομική ΓΣΘ αποτελεί ιδανική επιλογή. Δυστυχώς, είναι μια κοστοβόρα θεραπεία και ως εκ τούτου δύσκολο να έχουν πρόσβαση όλοι όσοι την χρειάζονται. Η ομαδική ΓΣΘ προσφέρει το επιπλέον όφελος της επαφής με άλλους ανθρώπους που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα. Με αυτό τον τρόπο τα άτομα που πάσχουν από χρόνιο πόνο δεν απομονώνονται από το κοινωνικό σύνολο, κάτι που συμβαίνει συχνά ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει κατάθλιψη. Έχει βρεθεί ότι η κοινωνική απομόνωση ενεργοποιεί τις ίδιες περιοχές του εγκεφάλου με τον φυσικό πόνο σε μαγνητική τομογραφία εγκεφάλου.²³ Τέλος, η αυτοχορηγούμενη ΓΣΘ αποτελεί μια οικονομική επιλογή που φαίνεται ότι είναι αποτελεσματική στην αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης.²³

Όσον αφορά τη διάρκεια της θεραπείας, αυτή είναι σύντομη. Ο ακριβής αριθμός συνεδριών καθορίζεται με βάση το είδος του προβλήματος και τη σοβαρότητα του. Ιδανικά οι συνεδρίες πραγματοποιούνται κάθε εβδομάδα. Όταν ολοκληρωθεί ο συνολικός αριθμός τους, ασθενής και ψυχοθεραπευτής συμφωνούν για το αν θα συνεχιστούν κάποιες συνεδρίες σε μεγαλύτερα πλέον χρονικά διαστήματα προκειμένου να διατηρηθεί το αποτέλεσμα.

1.6 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Υπάρχει πλήθος ανασκοπήσεων και μετα-αναλύσεων για την εφαρμογή της ΓΣΘ στον χρόνιο πόνο. Οι Bae και συν.²⁶ μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ στην ημικρανία. Βρήκαν ότι η ΓΣΘ μείωσε την ένταση του πόνου, τη συχνότητα των κρίσεων και το MIDAS (Migraine disability assessment) score. Στη μετα- ανάλυση των Selvanathan και συν.²⁷ που αφορούσε την ΓΣΘ για την αντιμετώπιση της αϋπνίας σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, βρέθηκε ότι η ΓΣΘ εκτός από τη βελτίωση του ύπνου, οδήγησε σε βραχυπρόθεσμη βελτίωση του πόνου και της κατάθλιψης. Σύμφωνα με τους Monticone και συν.²⁸ η ΓΣΘ ήταν πιο αποτελεσματική συγκριτικά με την μη πραγματοποίηση θεραπείας στη χρόνια αυχεναλγία. Η διαφορά αυτή ήταν στατιστικά σημαντική αλλά δεν φάνηκε να είναι κλινικά σημαντική. Σε παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με τη χρόνια αυχεναλγία κατέληξαν και οι Ploutarchou και συν.²⁹ οι οποίοι όμως βρήκαν κλινικά σημαντική τη βελτίωση του πόνου. Όσον αφορά την κατάθλιψη βρήκαν επίσης κλινικά σημαντική βελτίωση με ΓΣΘ, αλλά όταν αποτελούσε κομμάτι μιας

πολυπαραγοντικής θεραπείας. Η ΓΣΘ βελτιώνει τα συμπτώματα της κατάθλιψης αλλά όχι την ένταση του πόνου, σύμφωνα με τη μελέτη των Sanabria-Mazo και συν.³⁰ σχετικά με την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου με ΓΣΘ και άλλες ψυχολογικές θεραπείες που βασίζονται σε αυτήν. Η ΓΣΘ βελτιώνει τον πόνο και την κατάθλιψη σε ασθενείς με ενδομητρίωση και συνοδό χρόνια πυελικό πόνο, σύμφωνα με τους Donatti και συν.³¹ Για την αντιμετώπιση του χρόνιου πυελικού άλγους και οι Urits και συν.³² προτείνουν τη ΓΣΘ. Σε αυτή την περίπτωση η ΓΣΘ στοχεύει στη μείωση του στρες και των συναισθηματικών αντιδράσεων, καθώς και στην εκμάθηση τεχνικών για να αυξηθεί η ανοχή στον πόνο. Η ΓΣΘ είναι αποτελεσματική και στον χρόνια πόνο στους εφήβους σύμφωνα με τον Zagustin και συν. Οι έφηβοι είχαν καλύτερο έλεγχο του πόνου τους, καθώς και βελτίωση της έντασης του πόνου και της ποιότητας ζωής τους.³³ Επίσης υπήρξε όφελος από τη συμμετοχή και της οικογένειας στη ΓΣΘ. Οι γονείς ήταν σε θέση να βοηθήσουν τους εφήβους να αναπτύξουν δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, το οποίο οδήγησε στη βελτίωση των συμπτωμάτων του πόνου των εφήβων και ακολούθως στη μείωση του στρες των γονέων.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 2 Μεθοδολογία

2.1 Στόχος ανασκόπησης

Στόχος αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας στην αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας και της συνυπάρχουσας κατάθλιψης, συγκριτικά με άλλες θεραπείες, σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας.

2.2 Κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού

Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες, οι οποίες εξέταζαν την αποτελεσματικότητα της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας στους ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και συνυπάρχουσα κατάθλιψη. Η αναζήτηση και η επιλογή των μελετών έγινε σύμφωνα με τα κριτήρια PICO

Population (πληθυσμός): Ενήλικες ασθενείς με κατάθλιψη και χρόνια οσφυαλγία

Intervention (παρέμβαση): Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία

Comparison (σύγκριση): Φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις

Outcome (έκβαση): Βελτίωση συμπτωμάτων κατάθλιψης και μείωση της έντασης του πόνου

Συνεπώς, όλες οι μελέτες που εντάχθηκαν στην ανασκόπηση έπρεπε να πληρούν τα εξής κριτήρια: (1) ασθενείς 18 ετών και άνω, (2) συνύπαρξη χρόνιας οσφυαλγίας και κατάθλιψης, (3) συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες που (4) δημοσιεύτηκαν κατά το διάστημα 2014-2024 στην (5) αγγλική γλώσσα και είναι (6) διαθέσιμο το πλήρες κείμενο.

Οι μελέτες που δεν πληρούσαν αυτά τα κριτήρια αποκλείστηκαν. Επιπλέον αποκλείστηκαν μελέτες που το δείγμα τους περιλάμβανε ασθενείς : (1) που είχαν υποβληθεί σε επέμβαση στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης, (2) που υποβλήθηκαν σε ομαδική γνωστική

συμπεριφορική θεραπεία, καθώς και μελέτες που αξιολογούσαν (3) ταυτόχρονα με την οσφυαλγία και άλγος σε άλλες περιοχές του σώματος, (4) οξεία ή υποξεία οσφυαλγία.

2.3 Στρατηγική αναζήτησης

Η στρατηγική αναζήτησης ήταν σύμφωνη με τις οδηγίες καθοδήγησης PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyzes).

Έγινε μια λεπτομερής αναζήτηση στη διεθνή βιβλιογραφία με στόχο να βρεθούν όλες οι μέχρι σήμερα δημοσιευμένες συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες που εξετάζουν την συμβολή της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας σε ασθενείς με κατάθλιψη και χρόνια οσφυαλγία. Η αναζήτηση περιορίστηκε στο χρονικό διάστημα 2014-2024 στις ακόλουθες ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων: Pubmed, Google Scholar, Scopus, Science Direct και Embase. Από αυτές επιλέχθηκαν μόνο όσες ήταν δημοσιευμένες στα αγγλικά. Η τελευταία επαναληπτική αναζήτηση έγινε στις 10 Απριλίου 2024.

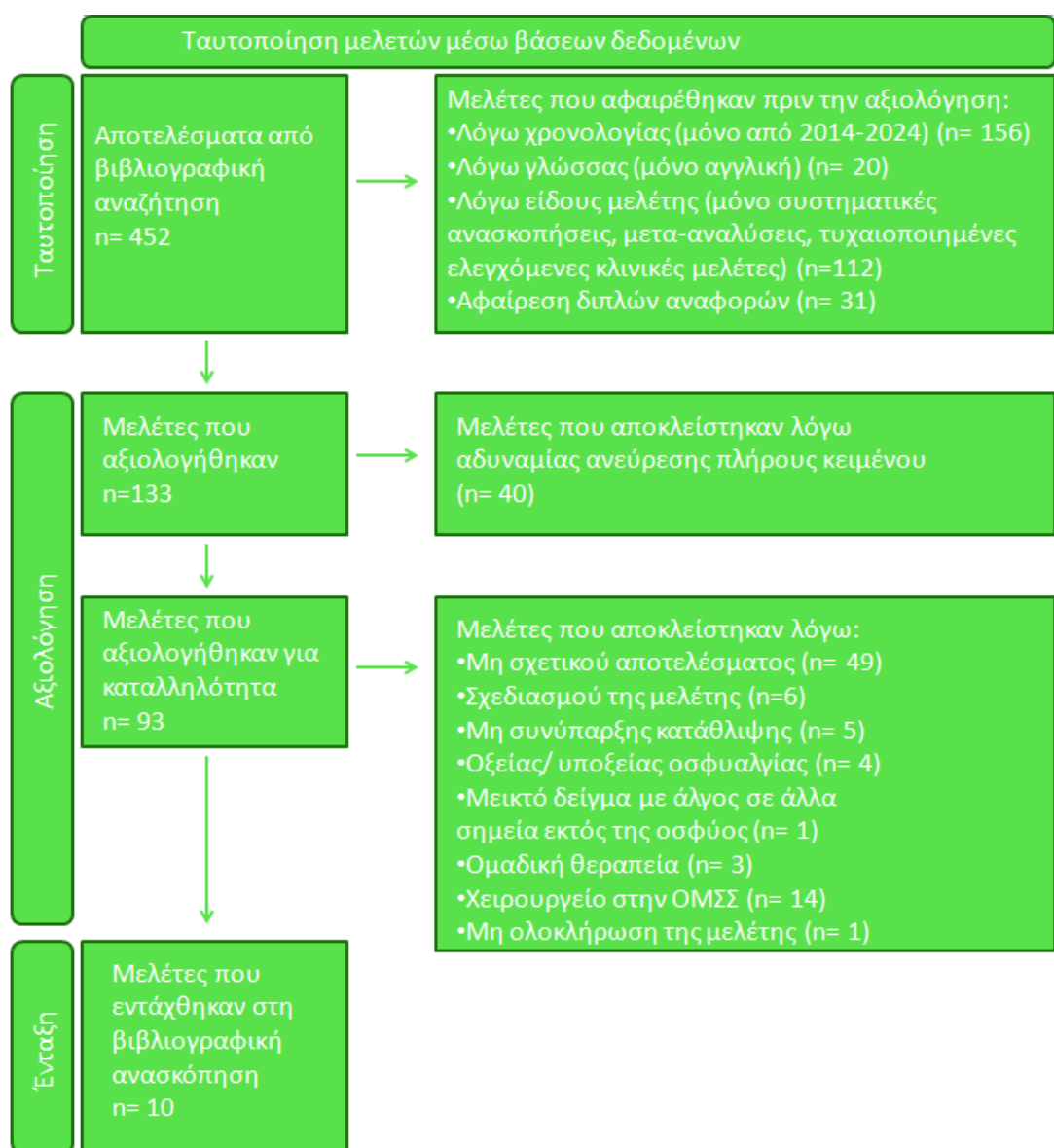
Κεφάλαιο 3 Αποτελέσματα

3.1 Επιλογή μελετών

Η αρχική αναζήτηση της βιβλιογραφίας κατέληξε σε 452 συνολικά αποτελέσματα, από τα οποία τα 296 είχαν δημοσιευτεί την τελευταία δεκαετία και από αυτά τα 276 είχαν γραφτεί στην αγγλική γλώσσα. Αποφασίστηκε να συμπεριληφθούν μόνο συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις και τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες. Έτσι, τα αποτελέσματα περιορίστηκαν σε 164. Κατόπιν αφαιρέθηκαν 31 διπλές αναφορές, αφήνοντας διαθέσιμες για αξιολόγηση 133 μελέτες. Στο αρχικό στάδιο της αξιολόγησης αποκλείστηκαν 40 επιπλέον μελέτες διότι δεν κατέστη δυνατή η ανεύρεση του πλήρους κειμένου. Κατά την περαιτέρω αξιολόγηση αποκλείστηκαν όσες μελέτες δεν πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης ή αντιστρόφως πληρούσαν κάποιο κριτήριο αποκλεισμού. Ο συνολικός τους αριθμός ήταν 83. Πιο αναλυτικά, αποκλείστηκαν ως εξής:

- 49 μελέτες δεν κατέληγαν σε σχετικό με την συγκεκριμένη ανασκόπηση θέμα
- 6 μελέτες λόγω σχεδιασμού. Δεν εξέταζαν τη συμπεριφορική γνωστική θεραπεία ως ξεχωριστή παρέμβαση αλλά πάντα σε συνδυασμό με άλλη παρέμβαση.
- σε 5 μελέτες δεν συνυπήρχε κατάθλιψη στο υπό εξέταση δείγμα
- 4 μελέτες αφορούσαν περιπτώσεις είτε οξείας είτε υποξείας οσφυαλγίας είτε οξεία, υποξεία και χρόνια μαζί
- σε 14 μελέτες η οσφυαλγία ήταν επακόλουθο χειρουργικής επέμβασης στην οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης ή η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία εφαρμόστηκε πριν από το χειρουργείο ως μέτρο προαποκατάστασης
- 1 μελέτη επρόκειτο να ολοκληρωθεί 1 χρόνο μετά τη δημοσίευση της οπότε δεν υπήρχαν τα τελικά συμπεράσματα
- σε 1 μελέτη το δείγμα αποτελούταν από ασθενείς με οσφυαλγία, ασθενείς με αυχεναλγία και ασθενείς με γοναλγία
- σε 3 μελέτες η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία δεν πραγματοποιούνταν ατομικά αλλά ομαδικά.

Συνεπώς, μόνο 10 μελέτες πληρούσαν τα κριτήρια για να συμπεριληφθούν στη βιβλιογραφική ανασκόπηση.



Εικόνα 1. Διάγραμμα ροής PRISMA

3.2 Σύνθεση αποτελεσμάτων

Τα βασικά χαρακτηριστικά των μελετών που συμπεριλήφθηκαν φαίνονται στον πίνακα 1. Από τις 10 μελέτες που συμπεριλήφθηκαν οι 7 είναι τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες (RCT's) και οι 3 είναι μετα- αναλύσεις. Ο αριθμός του δείγματος στις RCT's κυμαίνεται από 30 έως 297 ασθενείς. Στις 2 μετα- αναλύσεις έχουν συμπεριληφθεί 16 μελέτες, ενώ η τρίτη μετα-ανάλυση εξετάζει συνολικά 22 μελέτες. Οι θεραπείες με τις οποίες συγκρίνεται η ΓΣΘ στις διάφορες μελέτες είναι οι εξής: υποστηρικτική θεραπεία, μείωση του στρες με βάση την ενσυνειδητότητα (MBSR), συνήθης φροντίδα (UC), βελτιστοποίηση της ήδη χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής (MED), ανακούφιση του πόνου μέσω ψυχικής ενδυνάμωσης (Empowered relief (ER)), εκπαίδευση σε θέματα υγείας (health education), σταδιακή έκθεση σε δραστηριότητες και κινήσεις (Graded exposure treatment (GET)) που ο ασθενής αποφεύγει με τον φόβο του πόνου, φυσιοθεραπεία και άλλες θεραπείες. Οι άλλες θεραπείες περιλαμβάνουν: εκπαίδευση σχετικά με τον πόνο, καμία θεραπεία (αναμονή), άσκηση, χειρουργική επέμβαση, ηλεκτρομυογραφική βιοανάδραση, placebo, ενώ σε μια από τις μετα- αναλύσεις δεν προσδιορίζονται ακριβώς οι άλλες θεραπείες.

Από τις 7 RCT's οι 5 συνέκριναν την ΓΣΘ με άλλες θεραπείες σχετικά με τη μείωση της έντασης του πόνου και την κατάθλιψη, μια αξιολόγησε μόνο την ένταση του πόνου και μια μόνο την κατάθλιψη. Τα χρονικά διαστήματα στα οποία γινόταν η αξιολόγηση διέφεραν. Στις 4 από αυτές η αξιολόγηση έγινε αμέσως μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, χωρίς την πραγματοποίηση επανελέγχου, ενώ στη μια από αυτές υπήρξε επανέλεγχος στους 6 μήνες. Συνέχεια αυτής της μελέτης αποτελεί μια από τις υπόλοιπες μελέτες η οποία αξιολόγησε την ένταση του πόνου 8 χρόνια μετά. Από τις εναπομείνουσες RCT's η μια αξιολόγησε την ένταση του πόνου στους 3 μήνες, και η άλλη στους 6 μήνες και 12 μήνες.

Η μετα- ανάλυση των Petrucci και συν.⁴⁹ συγκρίνει την ΓΣΘ με τη μείωση του στρες με βάση την ενσυνειδητότητα (MBSR) και με τη συνήθη φροντίδα (UC), σχετικά με την μείωση της έντασης του πόνου και την κατάθλιψη. Η μετα- ανάλυση των Yang και συν.⁵⁰ αξιολογεί μόνο τη μείωση της έντασης του πόνου, ενώ αυτή των Zhang και συν.⁵¹ αξιολογεί μόνο την κατάθλιψη.

Πιο αναλυτικά, όπως φαίνεται και στον πίνακα 2, οι Rutledge και συν.⁴² καταλήγουν στο ότι η ΓΣΘ ήταν εξίσου αποτελεσματική με την υποστηρικτική θεραπεία όσον αφορά στη

μείωση της έντασης του πόνου. Η συνολική βελτίωση ήταν 31% στη ΓΣΘ έναντι 18,5% στην υποστηρικτική θεραπεία, όμως η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Οι Chen και συν.⁴³ βρήκαν, σχετικά με την ένταση του πόνου, ότι η ΓΣΘ είχε μεγαλύτερο όφελος από τη συνήθη φροντίδα (UC) σε αυτούς που είχαν μέτρια ή μείζονα καταθλιπτικά συμπτώματα, αλλά όχι σε αυτούς με ήπια ή ελάχιστα καταθλιπτικά συμπτώματα. Η ΓΣΘ είχε επίσης καλύτερα αποτελέσματα συγκριτικά με την MBSR σε αυτούς με μείζονα καταθλιπτικά συμπτώματα. Όμως, οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Επίσης, αυτοί που είχαν σοβαρότερα καταθλιπτικά συμπτώματα ως baseline βελτιώθηκαν περισσότερο, όσον αφορά την κατάθλιψη, με ΓΣΘ συγκριτικά με MBSR και συγκριτικά με UC, αλλά και πάλι η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

Οι Bushey και συν.⁴⁴ μελέτησαν τη χρόνια οσφυαλγία με συνοδό κατάθλιψη σε βετεράνους που τους είχαν ήδη συνταγογραφηθεί οποιοειδή πάνω από 3 φορές για περισσότερο από 28 μέρες τους τελευταίους 12 μήνες. Στην ομάδα που πραγματοποιούνταν βελτιστοποίηση της ήδη χορηγούμενης φαρμακευτικής αγωγής (MED), η ένταση του πόνου βελτιώθηκε σημαντικά στους 6 και στους 12 μήνες, συγκριτικά με την ομάδα της ΓΣΘ. Οι ασθενείς της ομάδας MED ήταν πιο πιθανό να έχουν ανταπόκριση στον πόνο (μείωση της επίδρασης του πόνου πάνω από 30% μέσα σε 12 μήνες) συγκριτικά με την ομάδα ΓΣΘ. Δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την κατάθλιψη. Με βάση αυτά κατέληξαν στο ότι και οι δυο προσεγγίσεις είναι λογικές επιλογές για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου.

Οι Darnall και συν.⁴⁵ συμπεραίνουν ότι η ER δεν είναι κατώτερη από τη ΓΣΘ όσον αφορά την ένταση του πόνου και την κατάθλιψη 3 μήνες μετά τη θεραπεία. Όμως, η ΓΣΘ υπερέχει συγκριτικά με την εκπαίδευση σε θέματα υγείας (health education) τόσο ως προς τη μείωση της έντασης του πόνου όσο και ως προς την κατάθλιψη, 3 μήνες μετά την θεραπεία.

Οι Glombiewski και συν.⁴⁶ συνέκριναν τη ΓΣΘ με την GET όσον αφορά την αποτελεσματικότητα τους στην ένταση του πόνου και την κατάθλιψη σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία με συνοδό κατάθλιψη. Χώρισαν τους ασθενείς σε 3 ομάδες. Στη μια έγιναν 15 συνεδρίες ΓΣΘ, στη δεύτερη (exposure long) έγιναν 15 συνεδρίες GET και στην τρίτη (exposure short) έγιναν 10 συνεδρίες GET. Η ομάδα της ΓΣΘ εμφάνισε υπεροχή στους 6 μήνες όσον αφορά την ένταση του πόνου συγκριτικά με τις άλλες δυο ομάδες όπως επίσης και για την κατάθλιψη συγκριτικά με την exposure long, αλλά η exposure short υπερείχε στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους 6 μήνες. Η ομάδα ΓΣΘ είχε τα ίδια αποτελέσματα στη μείωση της έντασης του πόνου αμέσως μετά τη θεραπεία με αυτή της exposure long και ίδια

αποτελέσματα με την exposure short στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Αμέσως μετά τη θεραπεία η exposure short είχε καλύτερα αποτελέσματα στην μείωση της έντασης του πόνου, όπως και η exposure long είχε καλύτερα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης συγκριτικά με την ομάδα της ΓΣΘ. Οι Riecke και συν.⁴⁷ συνέχισαν τη μελέτη των Glombiewski και συν. αξιολογώντας τα αποτελέσματα 8 χρόνια μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τόσο η έκθεση όσο και η ΓΣΘ διατήρησαν μακροπρόθεσμα τα περισσότερα από τα οφέλη τους. Η ΓΣΘ είχε λίγο καλύτερα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα σχετικά με την ένταση του πόνου, αλλά αυτή η διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Είχε επίσης καλύτερα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Οι Sheykhangafshe και συν.⁴⁸ μελέτησαν εργαζόμενους ιδιωτικών γραφείων της Τεχεράνης που έπασχαν από χρόνια οσφυαλγία και κατάθλιψη. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δυο ομάδες. Η μια ομάδα έλαβε 8 συνεδρίες ΓΣΘ, ενώ η άλλη ομάδα έκανε μόνο φυσιοθεραπείες. Φάνηκε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μειώθηκαν σημαντικά στην ομάδα της ΓΣΘ συγκριτικά με την ομάδα της φυσιοθεραπείας.

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των μετα- αναλύσεων. Αυτή των Petrucci και συν.⁴⁹ συνέκρινε μελέτες στις οποίες οι παρεμβάσεις ήταν ΓΣΘ ή/και MBSR ή/και συνήθης φροντίδα (UC). Υπήρξε σημαντική μείωση της έντασης του πόνου τόσο με ΓΣΘ όσο και με MBSR συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Όσον αφορά την κατάθλιψη δεν υπήρξε σημαντική διαφορά μεταξύ των παρεμβάσεων.

Οι Yang και συν.⁵⁰ ανέλυσαν μελέτες που αξιολογούσαν τα αποτελέσματα της ΓΣΘ συγκριτικά με άλλες παρεμβάσεις όπως: συνήθης φροντίδα (UC), εκπαίδευση σχετικά με τον πόνο, αναμονή, MBSR, placebo, φυσικοθεραπείες, χειρουργείο, ηλεκτρομυογραφική βιοανάδραση και άσκηση. Το συμπέρασμα αυτής της μετα- ανάλυσης ήταν ότι η ΓΣΘ ίσως έχει μια μικρή υπεροχή στη μείωση του πόνου κατά τη στιγμή της παρέμβασης αλλά δεν υφίσταται διαφορά στους επανελέγχους σε 3, 6 και 12 μήνες μετά. Η ΓΣΘ σε συνδυασμό με άλλες θεραπείες είναι πιο αποδοτική στη μείωση της έντασης του πόνου συγκριτικά με την πραγματοποίηση κάθε θεραπείας μεμονωμένα.

Τέλος, οι Zhang και συν.⁵¹ εκτίμησαν την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ σε σύγκριση με άλλες θεραπείες, τις οποίες δεν προσδιορίζουν επακριβώς, στη θεραπεία της κατάθλιψης στη χρόνια οσφυαλγία. Κατέληξαν στο ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική υπεροχή της ΓΣΘ συγκριτικά με άλλες θεραπείες.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά μελετών

α/α	Πρώτος συγγραφέας (έτος)	Τύπος μελέτης	Αριθμός ασθενών/ μελετών	Συγκριτική παρέμβαση
1	T Rutledge (2017)	RCT	66	Υποστηρικτική θεραπεία
2	JA Chen (2023)	RCT	297	MBSR/UC
3	MA Bushey (2022)	RCT	261	MED
4	BD Darnall (2022)	RCT	263	Empowered relief/ health education
5	JA Glombiewski (2018)	RCT	88	Exposure short/ long
6	J Riecke (2022)	RCT	64	Exposure
7	FB Sheykhangaftshe (2023)	RCT	30	Φυσιοθεραπεία
8	G Petrucci (2021)	MA	16	MBSR/ UC
9	J Yang (2022)	MA	22	Άλλες παρεμβάσεις*
10	Q Zhang (2023)	MA	16	Άλλες θεραπείες**

RCT: Randomized control trial, SR: Systematic review, MA: meta-analysis, MBSR: Mindfulness- based stress reduction, UC: Usual care, MED: manager-delivered medication optimization, * (άλλες θεραπείες: Usual care, pain education, αναμονή, mindfulness- based stress reduction, placebo, φυσικοθεραπείες, χειρουργείο, electromyographic biofeedback, άσκηση), **δεν αναφέρονται ακριβώς ποιες θεραπείες

Πίνακας 2. Αποτελέσματα τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων κλινικών μελετών

Στοιχεία RCT's			Έκβαση							
α/α	Πρώτος συγγραφέας (έτος)	Σύγκριση με	Κατάθλιψη άμεσα	Ένταση πόνου άμεσα	Κατάθλιψη 3 μήνες	Ένταση πόνου 3 μήνες	Κατάθλιψη 6 μήνες	Ένταση πόνου 6 μήνες	Κατάθλιψη 12 μήνες	Ένταση πόνου 12 μήνες
1	T. Rutledge (2017)	Υποστηρικτική θεραπεία	δ/α	=[+]	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α
2	JA. Chen (2023)	MBSR/UC	=[+]/=[+]	=[+]/=[+]	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α
3	MA. Bushey (2022)	MED	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α	=	-	=	-
4	BD. Darnall (2022)	Empowered relief/ health education	δ/α	δ/α	=/ +	=/+	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α
5	JA Glombiewski (2018)	Exposure short/ long	=/-	-/=	δ/α	δ/α	-/+	+/+	δ/α	δ/α
6	J.Riecke (2022)	Exposure	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α	+ (8 χρόνια μετά)	=[+] (8 χρόνια μετά)
7	FB Sheykhangafshe (2023)	Μόνο φυσιοθεραπεία	+	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α	δ/α

= : το ίδιο αποτελεσματικές και οι 2 παρεμβάσεις, + : η CBT είχε καλύτερα αποτελέσματα, =[+]: η CBT είχε καλύτερα αποτελέσματα, αλλά χωρίς στατιστική σημαντικότητα, - : η συγκριτική παρέμβαση είχε καλύτερα αποτελέσματα, δ/α : δεν αναφέρεται, RCT's : Randomized control trials, MBSR: Mindfulness- based stress reduction, UC: Usual care, Exposure short:10 συνεδρίες , Exposure long: 15 συνεδρίες, MED: manager-delivered medication optimization

Πίνακας 3. Αποτελέσματα μετα- αναλύσεων

Στοιχεία μετα-αναλύσεων			Έκβαση	
α/α	Πρώτος συγγραφέας (έτος)	Σύγκριση με	Κατάθλιψη	Ένταση πόνου
1	G Petrucci (2021)	MBSR/ UC	=/=	=/+
2	J Yang (2022)	Άλλες παρεμβάσεις*	δ/α	+**
3	Q Zhang (2023)	Άλλες θεραπείες***	=	δ/α

MBSR: Mindfulness- based stress reduction, UC: Usual care, * (άλλες θεραπείες: Usual care, pain education, αναμιογή, mindfulness- based stress reduction, placebo, φυσικοθεραπείες, χειρουργείο, electromyographic biofeedback, άσκηση) , δ/α : δεν αναφέρεται, **Κατά τη στιγμή της παρέμβασης αλλά όχι στον επανέλεγχο, ***δεν αναφέρονται ακριβώς ποιες θεραπείες

Κεφάλαιο 4 Συζήτηση

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση αξιολόγησε τη βιβλιογραφία της τελευταίας δεκαετίας που σχετίζεται με την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ, συγκριτικά με άλλες παρεμβάσεις, στην αντιμετώπιση του πόνου και της κατάθλιψης στη χρόνια οσφυαλγία. Η ΓΣΘ φαίνεται να παρουσιάζει μια μικρή υπεροχή έναντι των άλλων παρεμβάσεων αμέσως μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, όμως η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Αντίθετα, η υπεροχή της έναντι των άλλων παρεμβάσεων στους επανελέγχους είναι στατιστικά σημαντική.

Αναφορικά με την μείωση της έντασης του πόνου, οι μελέτες των Darnall και συν.⁴⁵ και Petrucci και συν.⁴⁹ υποστηρίζουν ότι τα αποτελέσματα της ΓΣΘ δεν διαφέρουν από αυτά των συγκριτικών παρεμβάσεων, ενώ οι περισσότερες μελέτες υποστηρίζουν ότι η ΓΣΘ εμφανίζει υπεροχή συγκριτικά με άλλες παρεμβάσεις. Ωστόσο, αυτή η υπεροχή δεν βρέθηκε να έχει στατιστική σημαντικότητα σύμφωνα με τους Rutledge, Chen και Riecke. Κάτι που αξίζει να αναφερθεί σχετικά με την μελέτη της Darnall και συν. για την ανακούφιση του πόνου μέσω ψυχικής ενδυνάμωσης (ER), είναι ότι η ER έχει μελετηθεί μόνο από την συγκεκριμένη ερευνητική ομάδα, συνεπώς η αποτελεσματικότητα της γενικά, αλλά και συγκριτικά με τη ΓΣΘ αξιολογούνται με επιφυλακτικότητα. Αντίθετα με τις προηγούμενες μελέτες, στη μελέτη του Bushey και συν.⁴⁴ η ΓΣΘ είχε κατώτερα αποτελέσματα. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός ότι είναι η μοναδική, από τις μελέτες που συμπεριλήφθηκαν, η οποία συγκρίνει τη ΓΣΘ με φαρμακευτική θεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, αυτή η μελέτη συνέκρινε δυο ομάδες στις οποίες χορηγούνταν ήδη οπιοειδή για μεγάλο χρονικό διάστημα αλλά εξακολουθούσαν να έχουν πόνο. Στη μια ομάδα πραγματοποιήθηκε επιπρόσθετα και ΓΣΘ, ενώ στην άλλη έγινε τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής. Η κατάλληλη τροποποίηση της αναλγητικής αγωγής φάνηκε να αποδίδει περισσότερο όσον αφορά μόνο την ένταση του πόνου. Επίσης, αυτή η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε βετεράνους στρατιωτικούς, οπότε τα συμπεράσματα της δεν μπορούν με ασφάλεια να γενικευθούν σε όλο τον πληθυσμό.

Αξιολογώντας την έκβαση της κατάθλιψης, οι μισές περίπου μελέτες έδειξαν υπεροχή της ΓΣΘ, ενώ οι υπόλοιπες έδειξαν ίδια αποτελεσματικότητα με τις συγκρινόμενες παρεμβάσεις. Η μελέτη του Sheykhangaftshe και συν. αφορά μόνο τους εργαζόμενους σε ιδιωτικές εταιρείες της Τεχεράνης, κάτι που κάνει το δείγμα πιθανά μη αντιπροσωπευτικό του γενικού πληθυσμού. Το δείγμα στην μετα- ανάλυση του Zhang και συν. περιλαμβάνει εκτός από ατομική ΓΣΘ και κάποιες μελέτες που αφορούν σε ομαδική ΓΣΘ. Ωστόσο αποφασίστηκε να συμπεριληφθεί διότι είναι μια από τις ελάχιστες μελέτες που συγκρίνει τη ΓΣΘ με πλήθος άλλων παρεμβάσεων, τις

οποίες όμως δεν προσδιορίζει επακριβώς, και όχι μόνο με μια ή δυο άλλες. Επίσης οι περισσότερες μελέτες αφορούσαν είτε ατομική ΓΣΘ μόνο είτε συνδυασμό ατομικής με ομαδική. Ερμηνεύοντας αυτά τα αποτελέσματα, φαίνεται ότι το βασικότερο στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι μάλλον η διάγνωση της και δευτερευόντως η επιλογή μιας συγκεκριμένης ψυχολογικής θεραπείας. Επίσης, η ΓΣΘ είναι η καλύτερα μελετημένη παρέμβαση.

Οι παρεμβάσεις με τις οποίες συγκρίνεται η ΓΣΘ παίζουν σημαντικό ρόλο στην εξαγωγή συμπερασμάτων, τα οποία διαφέρουν μεταξύ των ανασκοπήσεων που υπάρχουν διαθέσιμες στην βιβλιογραφία. Για παράδειγμα, οι Robert και συν.⁵² κατέληξαν στο ότι η ΓΣΘ είναι σημαντική στην αντιμετώπιση της χρόνιας οσφυαλγίας. Ωστόσο, δεν την προτείνουν ως μονοθεραπεία, όπως και καμία άλλη παρέμβαση, αλλά ως κομμάτι μιας πολυπαραγοντικής θεραπείας. Οι Hajihasaní και συν.⁶ μελέτησαν τα αποτελέσματα της ΓΣΘ σε συνδυασμό με φυσιοθεραπεία συγκριτικά με σκέτη φυσιοθεραπεία. Η ένταση του πόνου μειώθηκε περισσότερο στην ομάδα που είχε και ΓΣΘ. Παραδόξως σε αυτή την ομάδα τα συμπτώματα της κατάθλιψης όχι μόνο δεν βελτιώθηκαν, αλλά αντιθέτως οξύνθηκαν. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα της ανασκόπησης των Sveinsdottir και συν.⁵³ η ΓΣΘ εμφανίζει υπεροχή έναντι της συνήθους θεραπείας και της αναμονής. Όμως, συγκρινόμενη με άλλες παρεμβάσεις καταλήγει σε αντικρουόμενα αποτελέσματα.

Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση είναι ότι αν και η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε για το χρονικό διάστημα 2014-2024, οι 8 από τις 10 μελέτες που επιλέχθηκαν αφορούσαν το διάστημα μετά το 2020. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι μετά την πανδημία Covid-19 έχουν αυξηθεί τα ποσοστά χρόνιας οσφυαλγίας με συνοδό κατάθλιψη, γεγονός που κάνει την ανάγκη προσδιορισμού της βέλτιστης θεραπείας ακόμα πιο επιτακτική. Αυτό όμως αποτελεί απλά μια υπόθεση. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η ανασκόπηση έγινε με βάση συγκεκριμένα κριτήρια, χωρίς τα οποία η παρατήρηση αυτή μπορεί να μην ίσχυε. Χρειάζεται περισσότερη και στοχευμένη σε αυτή την υπόθεση έρευνα προκειμένου να αποδειχθεί μια τέτοια σχέση.

Η παρούσα ανασκόπηση υπόκειται σε αρκετούς περιορισμούς. Ένας μεγάλος αριθμός μελετών (n=40) δεν συμπεριλήφθηκε λόγω αδυναμίας ανεύρεσης του πλήρους κειμένου. Επίσης, η αναζήτηση αφορούσε το χρονικό διάστημα 2014-2024, αποκλείοντας έτσι έναν μεγάλο αριθμό μελετών πριν από αυτό το διάστημα. Οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση δεν παρουσιάζουν ομοιογένεια ως προς τους επανέλεγχους και ως προς την συγκριτική παρέμβαση. Σε κάποιες δεν πραγματοποιήθηκαν καθόλου επανέλεγχοι, ενώ σε αυτές που είχαν επανέλεγχο έγινε σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα. Επιπλέον το δείγμα των

περισσότερων μελετών είναι μικρό. Κάτι ακόμα που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι στην παρούσα μελέτη αξιολογήθηκαν μόνο η ένταση του πόνου και η κατάθλιψη. Για να κριθεί συνολικά η αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ θα έπρεπε να ληφθούν υπόψιν και άλλες παράμετροι, όπως για παράδειγμα η λειτουργικότητα, η ποιότητα ζωής, η ανικανότητα, η διακοπή του ύπνου κ. ά. Έτσι, η παρούσα μελέτη δεν αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ συνολικά αλλά μόνο ως προς την ένταση του πόνου και την κατάθλιψη. Συνεπώς, τα συμπεράσματα που προκύπτουν θα πρέπει να ερμηνεύονται λαμβάνοντας υπόψιν όλους αυτούς τους περιορισμούς.

Κεφάλαιο 5 Συμπεράσματα

Στην εμφάνιση του χρόνιου πόνου εμπλέκονται φυσικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες, ανάμεσα στους οποίους είναι και η κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, η χρόνια οσφυαλγία και η κατάθλιψη είναι δύο παθολογικές οντότητες με στενή συσχέτιση και πολύ συχνά συνύπαρξη. Αυτή η συνύπαρξη κάνει τη θεραπεία δυσκολότερη και την έκβαση δυσμενέστερη, συγκριτικά με περιπτώσεις που κάθε κατάσταση υπάρχει ξεχωριστά.

Συχνά η κατάθλιψη είτε θεωρείται φυσικό επακόλουθο του πόνου είτε παραμένει αδιάγνωστη στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια οσφυαλγία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα είτε να μην εντάσσεται καν στο θεραπευτικό πλάνο ή να υποθεραπεύεται. Θα ήταν ωφέλιμο να γίνεται ψυχιατρική εκτίμηση και για κατάθλιψη σε κάθε ασθενή με χρόνια οσφυαλγία, καθώς το πιο σημαντικό βήμα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι η διάγνωση της και ακολούθως η επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

Σε αυτή τη συστηματική ανασκόπηση εξετάστηκε η αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ, σε ασθενείς με χρόνια οσφυαλγία και συνοδό κατάθλιψη, σχετικά με την μείωση της έντασης του πόνου και τη βελτίωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Βρέθηκε ότι η ΓΣΘ παρουσιάζει μικρή υπεροχή έναντι άλλων παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης και τη μείωση της έντασης του πόνου αμέσως μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας, χωρίς όμως η διαφορά αυτή να είναι στατιστικά σημαντική. Αντιθέτως, στους επανελέγχους η υπεροχή της ΓΣΘ ήταν στατιστικά σημαντική. Εκτός από τις δύο αυτές παραμέτρους που εξετάστηκαν στην παρούσα ανασκόπηση, πρέπει να συνυπολογίζονται και άλλες παράμετροι, όπως για παράδειγμα η λειτουργικότητα, που είναι πολύ σημαντικές στην καθημερινότητα των ασθενών. Για το λόγο αυτό χρειάζονται περισσότερες και καλύτερης ποιότητας έρευνες προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με τη συνολική αποτελεσματικότητα της ΓΣΘ στη χρόνια οσφυαλγία με συνοδό κατάθλιψη.

Βιβλιογραφία

1. Raja, N Srinivasa; Carr, B Daniel; Cohen, Milton; Finnerup, B Nanna; Flor, Herta; Gibson, Stephen; Keefe, J Francis; Mogil, S Jeffrey; Ringkamp, Matthias; Sluka, A Kathleen; Song, Xue-Jun; Stevens, Bonnie; Sullivan, D Mark; Tutelman, R Perri; Ushida, Takahiro; Vader, Kyle; «The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises», Pain, 1;161(9):1976-1982, Sep 2020
2. Rolf-Detlef, Treede; «Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11)», PAIN, 160(1): p 19-27, January 2019
3. Hodges, W Paul; Costa, Nathalia; «Low back pain», Musculoskeletal pain, IASP special interest group, Fact sheet, July 2023
4. Δαουκλιώτη, Ευαγγελία; «Κοινωνικό-οικονομικοί, δημογραφικοί παράγοντες και Δείκτες Υγείας που επιδρούν στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ανθρώπων», σελ 21, 2017
5. Black, W Donald; Andreasen, C Nancy; «Εισαγωγή στην ψυχιατρική», Ανδρεουλάκης, Ηλίας; 5^η έκδοση, εκδόσεις Παρισιάνου, σελ 624, Αθήνα 2015
6. Hajihasani, Abdolhamid; «The Influence of Cognitive Behavioral Therapy on Pain, Quality of Life, and Depression in Patients Receiving Physical Therapy for Chronic Low Back Pain: A Systematic Review», PM&R, 11(2): 167-176, February 2019
7. Rakel, E Robert; «Depression», Prim Care, 26(2):211-24, Jun 1999
8. Meints, S M; Edwards, R R; «Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes», Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 20;87(Pt B):168-182, Dec 2018
9. Mills, EE Sarah; Nicolson, P Karen; Smith, H Blair; «Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies». Br J Anaesth, 123(2): e273–e283, Aug 2019
10. van Hecke, O; Torrance N; Smith, B H; «Chronic pain epidemiology and its clinical relevance», British Journal of Anaesthesia, 111 (1): 13–18, 2013
11. Crofford, J Leslie; «Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain», Trans Am Clin Climatol Assoc, 126: 167–183, 2015
12. Sullivian, JL Michael; Reesor, Kenneth; Mikail, Samuel; Fisher, Ronald; «The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations», Pain, 50(1): 5-13, July 1992
13. Ishak- Waguih, William; Wen, Y Raymond; Naghdechi, Lancer; Vanle, Brigitte; Dang, Jonathan; Knosp, Michelle; Dascal, Julieta; Marcia, Lobsang; Gohar, Yasmine; Eskander,

- Lidia; Yadegar, Justin; Hanna, Sophia; Sadek, Antonious; Aguilar-Hernandez, Leslie; Danovitch, Itai; Louy, Charles; «Pain and Depression: A Systematic Review», *Harv Rev Psychiatry*, 26(6):352-363, 2018
14. Fishbain, D A; Cutler, R; Rosomoff, H L; Rosomoff, R S; «Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review», *Clin J Pain*, 13(2):116-37, Jun 1997
 15. Bair, J Matthew; Robinson, L Rebecca; Katon, Wayne; Kroenke, Kurt; «Depression and pain comorbidity», *Arch Intern Med*, 163: 2443-2445, 2003
 16. Reis, Felipe; Guimarães, Fernanda; Calazans- Nogueira, Leandro; Meziat-Filho, Ney; Sanchez, A Tiago; Wideman, Timothy; «Association between pain drawing and psychological factors in musculoskeletal chronic pain: A systematic review», *Physiother Theory Prac*, 35(6):533-542, Jun 2019
 17. Jaracz, Jan; Gattner, Karolina; Jaracz, Krystyna; Górna, Krystyna; «Unexplained Painful Physical Symptoms in Patients with Major Depressive Disorder: Prevalence, Pathophysiology and Management», *CNS Drugs*, 30: 293–304, 2016
 18. Arnow, A Bruce; Hunkeler, M Enid; Blasey, M Christine; Lee, Janelle; Constantino, J Michael; Fireman, Bruce; Kraemer, C Helena; Dea, Robin; Robinson, Rebecca; Hayward, Chris; «Comorbid depression, chronic pain, and disability in primary care», 68(2):262-8, Mar-Apr 2006
 19. Ohayon, M Maurice; Schatzberg, F Alan; «Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population», *Arch Gen Psychiatry*, 60(1):39-47, Jan 2003
 20. Wong, J Jessica; Tricco, C Andrea; Côté, Pierre ; Liang, Y Catherine; Lewis, A Jeremy; Bouck, Zachary; Rosella, C Laura; «Association Between Depressive Symptoms or Depression and Health Outcomes for Low Back Pain: a Systematic Review and Meta-analysis», *J Gen Intern Med*, 37(5):1233-1246, Apr 2022
 21. Dickson, Cameron; Zhou, Ang; MacIntyre, Erin; Hyppönen, Elina; «Do Chronic Low Back Pain and Chronic Widespread Pain differ in their association with Depression Symptoms in the 1958 British Cohort?», *Pain Medicine*, 24(6), 644–651, 2023
 22. «In brief: Cognitive behavioral therapy (CBT)», *χ.ε.*, June 2022
 23. Hanscom, A David; Brox, Jens- Ivar; Bunnage, Ray; «Defining the Role of Cognitive Behavioral Therapy in Treating Chronic Low Back Pain: An Overview», *Global Spine*, 5:496–504, 2015
 24. Vitoula, Kristallia; Venneri, Annalena; Varrassi, Giustino; Paladini, Antonella; Sykioti, Panagiota; Adewusi, Joy; Zis, Panagiotis; «Behavioral Therapy Approaches for the Management of Low Back Pain: An Up-To-Date Systematic Review», *Pain Ther*, 7:1–12, 2018

25. Stallard, Paul; «Evidence-based practice in cognitive-behavioural therapy», Arch Dis Child, 107(2):109-113, Feb 2018
26. Bae, Ji –Yong; Sung, Hyun- Kyung; Kwon, Na- Yoen; Go, Ho- Yeon; Kim, Tae- Jeong; Shin, Seon- Mi; Lee, Sangkwan; «Cognitive Behavioral Therapy for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis», Medicina, 28;58(1):44, December 2021
27. Selvanathan, Janannii; Pham, Chi; Nagappa, Mahesh; Peng, W H Philip; Englesakis, Marina; Espie, A Colin; Morin, M Charles; Chung, Frances; «Cognitive behavioral therapy for insomnia in patients with chronic pain - A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials», Sleep Med, 60:101460, December 2021
28. Monticone, Marco; Ambrosini, Emilia; Cedraschi, Christine; Rocca, Barbara; Fiorentini, Roberta; Restelli, Maddalena; Gianola, Silvia; Ferrante, Simona; Zanolì, Gustavo; Moja, Lorenzo; «Cognitive-behavioral Treatment for Subacute and Chronic Neck Pain: A Cochrane Review», Spine, 1;40(19):1495-504, October 2015
29. Ploutarchou, George; Savva, Christos; Karagiannis, Christos; Pavlou, Kyriakos; O'Sullivan, Kieran; Korakakis, Vasilios; «The effectiveness of cognitive behavioural therapy in chronic neck pain: A systematic review with meta-analysis», Cogn Behav Ther, 52(5):523-563, Sep 2023
30. Sanabria-Mazo, P Juan; Colomer-Carbonell, Ariadna; Fernández-Vázquez, Óscar; Noboa-Rocamora, Georgina; Cardona-Ros, Gemma; McCracken, M Lance; Montes-Pérez, Antonio; Castaño-Asins, R Juan; Edo, Sílvia; Borràs, Xavier; Sanz, Antoni; Feliu-Soler, Albert; Luciano, V Juan; «A systematic review of cognitive behavioral therapy-based interventions for comorbid chronic pain and clinically relevant psychological distress», Front Psychol, 22:14:1200685, Dec 2023
31. Donatti, Lilian; Malvezzi, Helena; Cestari de Azevedo, Bruna; Chada- Baracat, Edmund; Podgaec, Sergio; «Cognitive Behavioral Therapy in Endometriosis, Psychological Based Intervention: A Systematic Review», Rev Bras Ginecol Obstet, 44(3):295-303, Mar 2022
32. Urits, Ivan; Callan, Jessica; Moore, C Warner; Fuller, C Mitchell; Renschler, S Jordan; Fisher, Paul; Jung, Jai- Won; Hason, Jamal; Eskander, Jonathan; Kaye, D Alan; Viswanath, Omar; «Cognitive behavioral therapy for the treatment of chronic pelvic pain», Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 34(3):409-426, Sep 2020
33. Zagustin, K Tamara; «The role of cognitive behavioral therapy for chronic pain in adolescents», PM R, 5(8):697-704, Aug 2013
34. Λυράκος, Ν Γεώργιος; «Η επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων στη διαχείριση του χρόνιου πόνου», χ.ε, 2023

35. Hanscom, A David; Brox, Jens- Ivar; Bunnage, Ray; «Defining the Role of Cognitive Behavioral Therapy in Treating Chronic Low Back Pain: An Overview», *Global Spine J*, 5:496–504, 2015
36. Ge, Lixia; Pereira, Michelle- Jessica; Yap, Chun- Wei; Heng, Bee- Hoon; «Chronic low back pain and its impact on physical function, mental health, and health- related quality of life: a cross sectional study in Singapore», *Sci Rep*, 21;12(1):20040, Nov 2022
37. Καλιώρα, Στυλιανή; «Πόνος: Ψυχιατρική εκτίμηση και θεραπεία», *χ.ε*, 2023
38. Wang, Le- Yung; Fu, Tsai- Sheng; Tsia, Mei- Chu; Hung, I Ching; «The associations of depression, anxiety, and insomnia at baseline with disability at a five- year follow- up point among outpatients with chronic low back pain: a prospective cohort study», *BMC Musculoskelet Disord*, 11;24(1):565, Jul 2023
39. Hasuo, Hideaki; Shizuma, Hisaharu, Fukunaga, Mikihiro; «Factors associated with chronic thoracic spine and low back pain in caregivers of cancer patients», *Ann Palliat Med*, 10(2):1224-1236, Feb 2021
40. Kamper, J Steven; Apeldoorn, T Andreas, Chiarotto Alessandro, Smeets, J E M Rob; Ostelo, W J G Raymond; Guzman, Jaime; van Tudler, W Maurits; «Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain», *Cochrane Database Syst Rev*, 2;2014(9):CD000963, Sep 2014
41. Marshall, W M Paul; Schabrun, Siobhan; Knox, F Michael; « Physical activity and the mediating effect of fear, depression, anxiety, and catastrophizing on pain related disability in people with chronic low back pain», *Plos One*, 7;12(7):e0180788, Jul 2017
42. Rutledge, Thomas; Atkinson, J Hampton; Chircop-Rollick, Tatiana; D'Andrea, John; Garfin, Steven; Patel, Shetal; Penzien, B Donald; Wallace, Mark; Weickgenant, Slatter, L Anne- Mark; «Randomized Controlled Trial of Telephone-delivered Cognitive Behavioral Therapy Versus Supportive Care for Chronic Back Pain», *Clin J Pain*, 34(4):322-327, 2018
43. Chen, A Jessica; Anderson, L Melissa; Cherkin, C Daniel; Balderson, H Benjamin; Cook, J Andrea; Sherman, J Karen; Turner, A Judith; « Moderators and Nonspecific Predictors of Treatment Benefits in a Randomized Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction vs Cognitive-Behavioral Therapy vs Usual Care for Chronic Low Back Pain», *J Pain*, 24(2):282-303, Feb 2023
44. Bushey, A Michael; Slaven E James; Outcalt, D Samantha; Kroenke, Kurt; Kempf, Carol; Froman, Amanda; Sargent, Christy; Baecher, Brad; Zillich, J Alan; Damush, M Teresa; Saha, Chandan; French, D Dustin; Bair, J Matthew; « Effect of Medication Optimization vs Cognitive Behavioral Therapy Among US Veterans With Chronic Low Back Pain Receiving Long-term Opioid Therapy», *JAMA Netw Open*, 1;5(11):e2242533, Nov 2022

45. Darnall, D Beth; Roy, Anuradha; Chen, L Abby; Ziadni, S Maisa; Keane, T Ryan; You, S Dokyoung; Slater, Kristen; Poupore- King, Heather, Mackey, Ian; Kao, Chih- Ming; Cook, F Karon; Lorig, Kate; Zhang, Dongxue; Hong, Juliette; Tian, Lu; Mackey, C Sean; « Comparison of a Single-Session Pain Management Skills Intervention With a Single-Session Health Education Intervention and 8 Sessions of Cognitive Behavioral Therapy in Adults With Chronic Low Back Pain», JAMA Netw Open, 2;4(8):e2113401, Aug 2021
46. Glombiewski, Julia- Anna; Holzapfel, Sebastian; Riecke, Jenny; Vlaeyen, W S Joahn; de Jong, Jeroen ; Lemmer, Gunnar ; Rief, Winfried; «Exposure and CBT for chronic back pain: An RCT on differential efficacy and optimal length of treatment», J Consult Clin Psychol, 86(6):533-545, Jun 2018
47. Riecke, Jenny ; Rief, Winfried; Lemmer, Gunnar ; Glombiewski, A Julia; «Sustainability of cognitive behavioural interventions for chronic back pain: A long-term follow-up», Eur J Pain, 28(1):83-94, Jan 2024
48. Sheykhangafshe, Bagheri- Farzin; Tajbakhsh, Khazar; Niri, Vahid- Savabi; Zahra, Asef, Nakhostin; Fathi-Ashtia, Ali; «The Efficacy of Cognitive-behavioral Therapy on Psychological Distress and Coping Strategies of Employees With Chronic Low Back Pain», Iranian Journal Of Health Sciences, 11(2):99-108, May 2023
49. Petrucci, Giorgia; Papalia, Giuseppe- Francesco; Russo, Fabrizio; Vadalà, Gianluca; Piredda, Michela; Grazia De Marinis, Maria; Papalia, Rocco; Denaro, Vincenzo; «Psychological Approaches for the Integrative Care of Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Metanalysis», Int J Environ Res Public Health, 22;19(1):60, Dec 2021
50. Yang, Jiajia; Ambrose Lo, Wai- Leung; Zheng, Fuming; Cheng, Xue; Yu, Qiuhua; Wang, Chuhuai; «Evaluation of Cognitive Behavioral Therapy on Improving Pain, Fear Avoidance, and Self-Efficacy in Patients with Chronic Low Back Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis», Pain Res Manag, 19:2022:4276175, Mar 2022
51. Zhang, Qian; Xu, Hongli; Wang, Yuqi; Jiang, Jiahui; Xue, Qing; Qiu, Zhengang; «Efficacy of cognitive behavioral therapy for reducing pain susceptibility and increasing social engagement in patients with chronic low back pain:A systematic review and meta-analysis», Medicine (Baltimore), 10;102(45):e35269, Nov 2023
52. Gatchel, J Robert; Rollings, H Kathryn; « Evidence-informed management of chronic low back pain with cognitive behavioral therapy», Spine, (1):40-4, Jan- Feb 2008
53. Sveinsdottir, Vigdis; Eriksen, R Hege; Reme, Silje- Endresen; «Assessing the role of cognitive behavioral therapy in the management of chronic nonspecific back pain», Pain Res, 5: 371–380, 2012