

ZABURZENIA DEPRESYJNE U PACJENTÓW REHABILITOWANYCH Z POWODU PRZEWLEKŁEGO ZESPOŁU BÓLOWEGO KRĘGOSŁUPA W ODCINKU L-S

Ewa LENART-DOMKA, Agnieszka BEJER, Mirosław PROBACHTA

*Wydział medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego
Instytut fizjoterapii (Polska)*

ДЕПРЕСИЙНИЙ СТАН У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ РЕАБІЛІТАЦІЮ З ПРИВОДУ СТІЙКОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ХРЕБТА У ВІДДІЛІ L-S Ева ЛЕНАРТ-ДОМКА, Агнешка БЕЙЕР, Мирослав ПРОБАХТА (*Відділ медичний Жешовського Університету, Інститут фізіотерапії (Польща)*)

Анотація. Депресія є наслідком психічним, який найчастіше супроводжується стійкими белями. Метою праці була оцінка частоти прояву і способів лікування депресійного стану у пацієнтів, які проходять реабілітацію з приводу стійкого больового синдрому хребта L-S. В день початку циклу терапевтичного лікування депресивний стан підтвердили 47 % пацієнтів мали неземний депресивний стан і 49 % пацієнтів з середнім депресивним станом отримали протидепресивне лікування жоден не був підданий психотерапії.

Ключові слова: стійкий больовий синдром хребта у відділі L-S, депресія, протидепресивне лікування

Wstęp. Przewlekły ból jest poważnym problemem zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym w populacjach wielu krajów. Około 8 – 50 % dorosłych Europejczyków zgłasza różnorakie, przewlekłe dolegliwości bólowe [1,2]. Najczęściej należą do nich bóle kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, szyjnym oraz bóle głowy i stawów obwodowych [3]. Dolegliwości bólowe kręgosłupa L-S występują przynajmniej raz w życiu u 60 – 90 % mieszkańców większości krajów [4]. Są najczęstszą przyczyną niepełnosprawności u pacjentów w średnim wieku i mogą dotyczyć aż 50 % ludzi aktywnych zawodowo [5]. Do tej pory uważano, że ostry ból krzyża u około 90% chorych ustępuje samoistnie przed upływem 3 miesięcy, w pozostałych 10% przechodzi w ból przewlekły [6]. Coraz więcej doniesień wskazuje jednak na dużą nawrotowość dolegliwości bólowych. Przynajmniej jeden nawrót choroby w ciągu roku od pierwszego epizodu zanotowano nawet u 75 % chorych, a u 72 % po roku od jego wystąpienia zaobserwowano utrzymywanie się bólu nadal mimo podejmowanych interwencji leczniczych [7]. Wyniki badań epidemiologicznych przeprowadzonych w różnych krajach wskazują, że przewlekłe dolegliwości bólowe kręgosłupa L-S występują przede wszystkim u mieszkańców krajów o wysokim statusie społeczno-ekonomicznym: u ponad 23 % Szwedów [8], 19 % Amerykanów [9], 27 % Brytyjczyków [10]. Ból krzyża ograniczający sprawność w czynnościach codziennych i możliwości wykonywania pracy dotyczy około 8 – 11 % społeczeństw rozwiniętych [11]. Dolegliwości te przyczyniają się również do znacznej absencji zawodowej, np. około 4 % Niemców w wieku produkcyjnym wyłączonych jest z tego powodu z wykonywania obowiązków zawodowych [12].

Od dawna analizowane są związki bólu przewlekłego z występowaniem zaburzeń depresyjnych. Depresja jest najczęściej obserwowanym zaburzeniem psychicznym współistniejącym z przewlekłym bólem niezależnie od jego przyczyny. Ryzyko jej wystąpienia wzrasta czterokrotnie w tej grupie chorych i dotyczy, według WHO, 32,4 % pacjentów z przewlekłym bólem [13]. Istnieje ścisły związek depresji z bólem przewlekłym o charakterze dodatniego sprzężenia zwrotnego – depresja nasila ból, ból nasila objawy depresji. Ból przewlekły prowadzi do obniżenia nastroju z powodu braku akceptacji dla pojawiających się ograniczeń w życiu społecznym. Negatywne emocje, takie jak smutek czy lęk, zmniejszają w znaczący sposób próg tolerancji bólu oraz zwiększają jego nasilenie

Dodatkowym czynnikiem przyczyniającym się do wystąpienia objawów depresyjnych może być już wcześniej obecna niska samoocena, pesymizm, brak umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, do jakich niewątpliwie można zaliczyć chorobę somatyczną.

Cel pracy. Celem pracy jest ustalenie odpowiedzi na następujące pytania:

U jakiego odsetka pacjentów rehabilitowanych z powodu przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa L-S depresja jest zaburzeniem rozpoznanym i leczonym?

Czy i jakie przewlekłe choroby somatyczne współistnieją z zaburzeniami depresyjnymi?

Jak często są stosowane leki przeciwdepresyjne jako leczenie wspomagające analgetyczne w przewlekłym bólu w praktyce klinicznej?

Metody badawcze i materiał kliniczny. Pacjenci stacjonarnego i dziennego (w ramach prewencji rentowej ZUS) oddziału rehabilitacji Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie.

Do badania zakwalifikowano pacjentów z niespecyficznymi, korzeniowymi zespołami bólowymi kręgosłupa L-S trwającymi powyżej 3 miesięcy, o potwierdzonej etiologii w badaniach obrazowych (KT, MRI, RTG), w wieku od 18 do 75 lat oraz negatywnym wywiadem dotyczącym chorób psychicznych (za wyjątkiem depresji), chorób nowotworowych, schorzeń narządów wewnętrznych jamy brzusznej i miednicy mniejszej, a także chorób stawów biodrowych i kolanowych mogących powodować dolegliwości bólowe rzutowane kręgosłupa L-S.

Stan psychiczny oceniano skalą Becka, następnie przeprowadzono badanie kliniczne zgodne z zasadami rozpoznawania depresji wg ICD 10 oraz skalę Hamiltona (HDRS) w celu określenia nasilenia depresji, chorych oceniono również pod kątem sprawności w życiu codziennym specyficzną dla zespołów bólowych L-S skalą Rolanda Morrisa

Analiza statystyczna. W opracowaniu zastosowano stosowano test niezależności chi-kwadrat dla porównania częstości występowania depresji w badanych grupach chorych, zależności pomiędzy dwiema cechami liczbowymi badano za pomocą tzw. współczynnika korelacji liniowej.

W celu porównania wartości liczbowych badanych zmiennych w grupie osób z depresją i bez depresji zastosowano test t Studenta dla pomiarów niezależnych, alternatywnie test Manna-Whitneya i test Wilcoxon.

Wyniki. Liczebność badanej grupy osób z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi kręgosłupa L-S wynosiła 175 osób (80 kobiet, 95 mężczyzn) w wieku od 24 do 69 lat (\bar{x} 46,7±8,3 roku). Najczęstszym rozpoznaniem klinicznym była radikulopatia lędźwiowa z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi (55 % badanych). Najczęstszą patologią stwierdzaną w badaniach obrazowych była dyskopatia i spondyloartroza lędźwiowa.

Wśród chorych włączonych do badania depresję stwierdzono u 82 osób, co stanowi 47 % badanych. Za próg graniczny do wykonania badania skalą HDRS uznawano 12 pkt w skali samooceny Becka. Średnie wartości w skali Becka dla pacjentów bez depresji wyniosły od 2 do 19 punktów (\bar{x} 8,9±4,40), dla pacjentów z depresją od 14 do 50 punktów (\bar{x} 25,9±7,01). Na podstawie obrazu klinicznego oraz skali Hamiltona (HDRS) u 39 pacjentów (48 %) rozpoznano epizod depresyjny umiarkowany, a u 43 (52 %) epizod depresyjny o lekkim stopniu nasilenia.

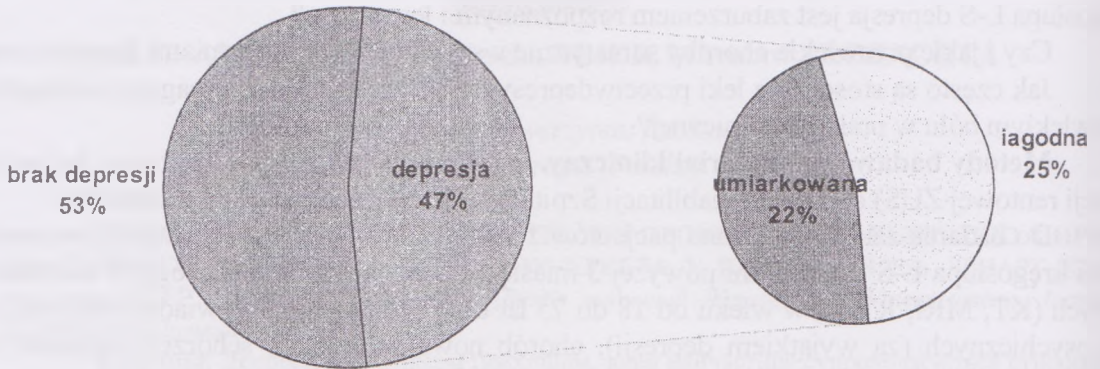
W badanej grupie depresja występowała nieco częściej wśród kobiet, jednakże różnica pomiędzy obiema płciami nie jest istotna statystycznie (wynik testu niezależności chi-kwadrat $p=0,4445$).

Objawy depresyjne obserwowano częściej u osób starszych (\bar{x} 47,6 lat wobec \bar{x} 45,8 u zdrowych), jednak nie są to różnice istotne statystycznie (analiza wariancji $p=0,1768$).

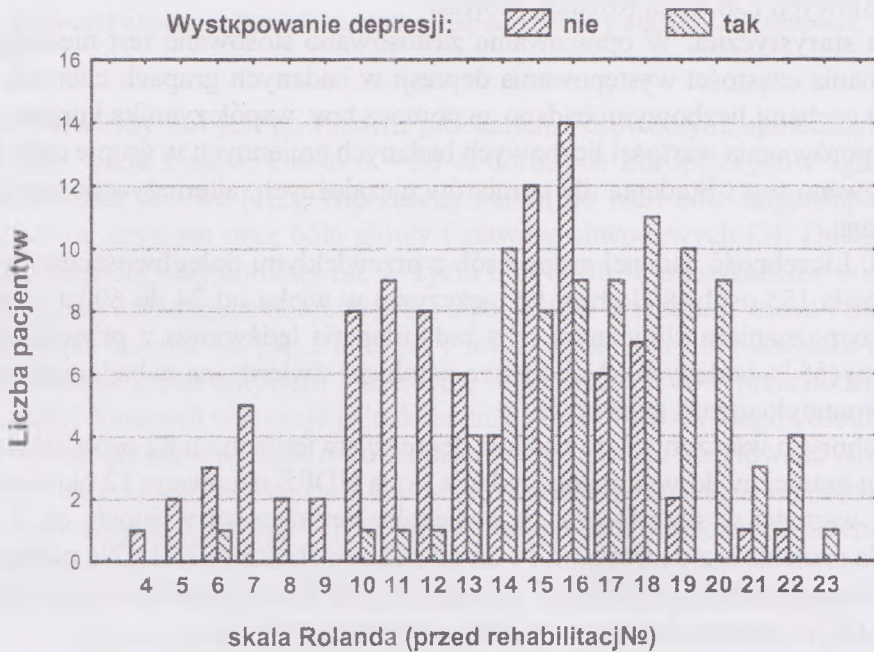
Istnieje natomiast zależność pomiędzy czasem trwania dolegliwości bólowych a występowaniem depresji. U osób z rozpoznaną depresją średni czas odczuwania bólu wynosi około 7,5 roku i jest o prawie 3 lata dłuższy niż u osób zdrowych pod tym względem. W grupie chorych na depresję dolegliwości bólowe trwały co najmniej 12 lat u co czwartej osoby, a w drugiej grupie najdłuższy czas trwania bólu to 7 lat. Różnica między obiema grupami jest istotna statystycznie (test analizy wariancji $p = 0,0003^{***}$, test Manna-Whitneya $p = 0,0008^{***}$).

Współistnienie innego przewlekłego schorzenia somatycznego stwierdzono u 35 % osób z objawów depresyjnych i u 52 % z zaburzeniami depresyjnymi. Jest to zależność istotna statystycznie $p=0,0239^*$. Zdecydowanie najczęściej z depresją współistnieje nadciśnienie tętnicze

($p=0,0525$). Inne schorzenia również występowały nieco częściej u osób z depresją, ale nie wykazano tu istotności statystycznej.



Ruc. 1. Częstość występowania epizodu depresji i jej stopień nasilenia



Ruc. 2. Zależność między występowaniem depresji a sprawnością funkcjonalną

Sprawność w czynnościach codziennych oceniana w skali Rolanda Morrisa u zdecydowanej większości pacjentów z depresją jest znacznie ograniczona (wyniki powyżej 14 punktów). Przyjmując wynik zerowy za oznakę pełnej sprawności funkcjonalnej, zaś wynik 24 punktowy za pełne niepełno-walidztwo, można powiedzieć, że sprawność większości pacjentów z depresją w wykonywaniu prostych, czynności życia codziennego zmniejsza się co najmniej o połowę. Ruc. 2.

Spośród 82 osób, u których stwierdzono zaburzenia depresyjne jedynie 22 korzystało z odpowiedniego leczenia farmakologicznego. Przy czym była to znikoma liczba chorych w grupie z łagodnymi objawami (7 %) oraz prawie połowa (49 %) wśród chorych z umiarkowanym nasileniem dolegliwości. Jest to zależność bardzo wysoce istotna statystycznie, wynik testu niezależności chi-kwadrat $p=0,0000^{***}$. Żadna z badanych osób nie była poddawana psychoterapii.

Ze względu na znikomą liczbę chorych, u których stosowano leczenie przeciwdepresyjne nie można określić preferencji terapeutycznych oraz czy lekarz ordynujący lek brał pod uwagę stopień i nasilenie objawów depresyjnych, współistnienie bólu neuropatycznego i obciążeń innymi zaburzeniami somatycznymi.

Tabela 1.

Leczenie współistniejących zaburzeń depresyjnych

Nasilenie depresji	Czy depresja była leczona?	
	nie	tak
łagodna	40	3
% wiersza	93%	7%
umiarkowana	20	19
% wiersza	51%	49%
RAZEM	60	22

Stosowanie leków przeciwdepresyjnych u pacjentów bez objawów depresji jako leczenie wspomagające analgetyczne stwierdzono u 15 pacjentów.

Dyskusja. Związek bólu z depresją znany jest w medycynie od dawna. Te dwa stany kliniczne często współistnieją ze sobą. Opisywane są między nimi różne rodzaje zależności: ból może być czynnikiem wywołującym depresję, może być jednym z jej objawów lub wręcz „maską” depresji, trzeci z kolei możliwy wariant zależności bólu i depresji to zjawisko wzajemnej potencjalizacji. O charakterze dodatniego sprzężenia zwrotnego [14]. Zapadalność na depresję w przewlekłym zespołach bólowym kręgosłupa L-S jest około 3 – 4 razy większa w stosunku do średniej w populacji ogólnej [15]. W dostępnym piśmiennictwie zauważyć można znaczne rozbieżności dotyczące częstości występowania depresji w tym zespole od 19,0 % do 80 % badanych [16, 17]. Tak duże różnice wynikają przede wszystkim z doboru kryteriów rozpoznania. Istnieją liczne skale do oceny stanu psychicznego pacjentów, które nie zawsze odznaczają się dobrą wzajemną korelacją zgodności wyników. Stosowanie tej samej skali oceny stanu psychicznego (np. skala samooceny Becka) również nie gwarantuje pełnej obiektywności, ponieważ przyjmowane są różne wartości progowe dla rozpoznania depresji. Wyniki badań zależne są również od warunków klinicznych ich przeprowadzenia. Za najbardziej wiarygodną uważa się ocenę stanu psychicznego pacjentów z przewlekłym bólem L-S przeprowadzoną przez psychiatrów. W amerykańskich badaniach z udziałem tych specjalistów stwierdzono zaburzenia psychiczne u 59 % chorych z przewlekłym bólem krzyża: epizod depresyjny (45 % badanych), uzależnienie od substancji psychoaktywnych (19 %) oraz lęk (9 %) [16]. Częstość występowania depresji jest najniższa wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych, najwyższa zaś wśród osób pozostających pod opieką specjalistycznych klinik leczenia bólu [18, 19]. Może świadczyć to o zależności częstości wystąpienia objawów depresji od czasu trwania dolegliwości bólowych. U badanych pacjentów kierowanych do kompleksowego usprawniania z reguły po wykorzystaniu wszystkich dostępnych metod leczniczych w warunkach ambulatoryjnych -u prawie połowy osób rozpoznano epizoddepresyjny.

Pojawienie się depresji zależy przede wszystkim od stopnia ograniczeń codziennego funkcjonowania. Im większa niesprawność w życiu codziennym, tym większe nasilenie depresji [20]. Wśród osób starszych depresja łączy się ze wzrostem ryzyka znacznego ograniczenia codziennej aktywności fizycznej, co prowadzi do bezruchu i nasilenia bólu, a tym samym pogłębienia niepełnosprawności [21]. U badanych przez nas pacjentów również współistnienie objawów depresji również korelowało z narastającymi ograniczeniami w wykonywaniu czynności życia codziennego. Niezależnie od mechanizmu, w jakim dojdzie do ujawnienia się zaburzeń depresyjnych w przewlekłych zespołach bólowych, pogarszają one rokowanie chorego co do wyleczenia.

Leki przeciwdepresyjne są stosowane w leczeniu zespołów bólowych o charakterze neurogenicznym od około 40 lat, mimo że nie do końca poznano ich sposób działania. Mają wspólne siedlisko anatomiczne w układzie limbicznym oraz jednakową transmisję neurochemiczną w OUN poprzez układ serotonergiczny i noradrenergiczny, które odgrywają dużą rolę zarówno w patogenezie depresji jak i percepcji doznań bólowych. [22, 23].

Obecnie przyjmuje się, że leki przeciwdepresyjne mają odrębne właściwości analgetyczne niezależne od działania przeciwdepresyjnego [24]. Działanie to pojawia się wcześniej niż efekt antydepresyjny oraz wymaga użycia mniejszych dawek leków.

Działanie przeciwbólowe leków trójpierścieniowych przeciwdepresyjnych (TLPD) jest udowodnione, jednak stosowanie ich jest ograniczone, zwłaszcza u starszych osób ze względu na działania uboczne przede wszystkim kardiotoksyczne i cholinolityczne. Leki nowej generacji są znacznie bezpieczniejsze, mogą być używane nawet u pacjentów obciążonych chorobami układu krążenia, ale ze względu na wybiórczy sposób działania cechują się zwykle mniejszym efektem analgetycznym. W zespołach bólowych L-S nie stwierdzono różnicy w skuteczności przeciwbólowej amitryptyliny (TLPD) i fluoksetyny (SSRI). W pierwszej grupie stwierdzono poprawę u 82 %, w drugiej u 77 % badanych. Wyniki badań klinicznych wskazują na to, że warto zalecać chorym z przewlekłym bólem leki przeciwdepresyjne z dwóch powodów – poprawiają nastrój i wykazują samodzielne działanie analgetyczne. Nasze obserwacje wykazały, że zaburzenia depresyjne występują powszechnie u pacjentów cierpiących z powodu przewlekłego neuropatycznego bólu L-S, pozostają jednak nie rozpoznane i nie leczone w większości przypadków. Jedynie 7 % pacjentów z zaburzeniami o łagodnym nasileniu i 49 % pacjentów z umiarkowanym nasileniem objawów otrzymało stosowne leczenie przeciwdepresyjne mimo, że przed skierowaniem na rehabilitację pozostawali pod stałą opieką lekarską. Istotne wydaje się również zwrócenie uwagi, że bardzo u bardzo niewielkiego odsetka pacjentów bez zaburzeń depresyjnych w badanej grupie (16 %) włączono leczenie przeciwdepresyjne jako terapię wspomagającą pokonywanie przewlekłego, neuropatycznego bólu.

Wnioski

1. U wielu pacjentów zaburzenia depresyjne współistniejące z przewlekłym bólem nie są rozpoznawane i właściwie leczone mimo, że występują często i mają negatywny wpływ na sprawność chorych w życiu codziennym.
2. Zbyt rzadko wykorzystuje się działanie analgetyczne leków przeciwdepresyjnych w leczeniu przewlekłych zespołów bólowych L-S w codziennej praktyce klinicznej.

Piśmiennictwo

1. The epidemiology of chronic pain in the community / Elliott A. M, Smith B. H, Penny K. I. / *Lancet*. – 2000. – № 15, suppl. 355 – P. 233-234.
2. Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: a population study / Gerdle B., Bjork J., Henriksson C. / *J. Rheumatol.* – 2004. – № 31. – P. 1399 – 1406.
3. Deklaracja europejskiej federacji oddziałów IASP. 2002
4. Walsh K. Low back pain in eight areas of Britain / Cruddas M., Cogan D. / *J Epidemiol Community Health*. – 1992. – № 46 – P. 227-330.
5. Domżał T. M. Nerwobóle / Domżał T. M. – Lublin : Czelej, 2003. – S. 18-27.
6. Frymoyer J. W. The economics of spinal disorders / Frymoyer J. W., Durett C. L. // *The adult spine : principles and practice*. – Philadelphia : PA, Lippincott-Raven Publishers, 1997. – Vol. 1. – P. 143-150.
7. Van der Hoogen H. J On the course of low back pain in general practice: a one year follow up study / Koes B. W., van Eijk J. T., Bouter L. M., Deville W. Et al.
 1. *Rheum. Dis.* – 1998. – № 57. – P. 13-19.
8. Andersson H. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization / Andersson H., Ejlertsson G., Leden L., Rosenberg C. et al.
 9. Chronic spinal pain and physical-mental comorbidity in the United States: results from the national comorbidity survey replication Pain / Von Korff M., Crane P., Lane M. et al. // 2005. – № 113. – P. 331-339.
 10. Factors related to the onset and persistence of chronic back pain in the community : results from a general population follow-up study Spine / Smith B. H, Elliott A. M, Hannaford P. C. Et al. – 2004. – № 29. – P. 1032-1040.

11. Low back pain, disability and back pain myths in a community sample : prevalence and interrelationships Eur J Pain / Goubert L., Crombez G., De Bourdeaudhuij I. et al. – 2004. – № 4. – P. 385-394.
12. Gobel H. Epidemiology and costs of chronic pain syndromes exemplified by specific and unspecific low back pain / Gobel H. – 2001. – № 15. – P. 92-98.
13. Gureje O. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care / Gureje O., Simon G., Von Korff M. // Pain. – 2001. – № 92. – P. 95-200.
14. Rzewuska M. Wpływ leków przeciwdepresyjnych na ból. Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii / Rzewuska M. – 2003. – № 3 – P. 21-38.
15. The treatment of depression in chronic low back pain: review and recommendations / Sullivan M., Reesor K., Mikail S., Fisher R. // Pain. – 1992. – № 50. – P. 5-13.
16. Psychiatric illness and chronic low-back pain. The mind and the spine-which goes first? / Polatin P. B, Kinney R. K, Gatchel R. J. et al // Spine. – 1993. – № 18(1). – P. 66-71.
17. Currie S. R. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population / Currie S. R., Wang J. // Pain. – 2004. – № 107(1-2). – P. 54-60.
18. Krzemińska-Dąbrowska I Psychiczna reaktywność chorych na przepuklinę krążkową i jej wpływ na wyniki leczenia. Praca doktorska. Warszawa 1994
19. Sullivan M. J. Relation between catastrophizing and depression in chronic pain patients / Sullivan M. J., D'Eon J. L. // J Abnorm Psychol. – 1990. – № 99 (3). – P. 260 –363.
20. Disability and depression among high utilizes of health care. A longitudinal analysis / Von Korff M., Ormel J., Katon W. et al. // Arch Gen Psych. – 1992 № 49(2). – 91-100
21. Exploring the effects of depression on physical disability: longitudinal evidence from the established populations for epidemiologic studies of the elderly / Penninx B., Leveille S., Ferrucci L. et al // Am J Public Health. – 1999. – № 89. – P. 1346-1352.
22. Vastaag B. Scientists find connection in the brain between physical and emotional pain / Vastaag B. // JAMA. – 2003 . – 290 : 2389.
23. Owens M. J., Role of serotonin in the pathophysiology of depression: focus on serotonin transporter / Owens M. J., Nemeroff C. B. // Clin Chem. – 1994. –№ 40. – P. 288-295.
24. Coluzzi F., Mechanism based treatment in chronic neuropathic pain: the role of antidepressants / Coluzzi F., Consalvo M. // Curr. Pharm. Design. – 2005. – № 11. – P. 2945-2960.
25. Lynch M. E. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials / Lynch M. E. // J. Psych. Neuroscience. – 2001. – № 26. – P. 30-36.
26. Sindrup S. H. Efficacy of pharmacological treatments of neuropathic pain: an update and effect related to mechanism of drug action / Sindrup S. H., Jensen T. S. // Pain. – 1999. – № 83. – P. 89; 400.
27. A randomized trial of fluoxetine versus amitriptyline in musculo-skeletal pain / Schreiber S., Vinokur S., Shavelzon V. et al. // Isr. J. Psychiatry Relat. Sci. – 2001. – 38. – P. 88-94.
28. Effects of antidepressant mirtazapine on fibromyalgia sympt Rocz / Samborski W., Leżniewska-Szpera M., Rybakowski J. et al. // Akad. Med. Białymst. – 2004. – № 49. – P. 265-269.

ZABURZENIA DEPRESYJNE U PACJENTÓW REHABILITOWANYCH Z POWODU PRZEWLEKŁEGO ZESPOŁU BÓLOWEGO KRĘGOSŁUPA W ODCINKU L-S

Ewa LENART-DOMKA, Agnieszka BEJER, Mirosław PROBACHTA

Instytut Fizjoterapii Uniwersytetu Rzeszowskiego (Polska)

Streszczenie. Depresja jest najczęściej obserwowanym zaburzeniem psychicznym współistniejącym z przewlekłym bólem. Celem pracy była ocena częstości występowania i sposobu

leczenia zaburzeń depresyjnych u pacjentów rehabilitowanych z powodu przewlekłego zespołu bólowego kręgosłupa L-S. W dniu rozpoczęcia cyklu terapeutycznego zaburzenia depresyjne stwierdzono u 47 % badanych. Jedynie 7 % pacjentów z zaburzeniami o łagodnym nasileniu i 49 % pacjentów z umiarkowanym nasileniem objawów otrzymało stosowne leczenie przeciwdepresyjne, żaden nie był poddany psychoterapii mimo, że przed skierowaniem na rehabilitację pozostawali pod opieką medyczną.

Słowa kluczowe: przewlekły zespół bólowy L-S, depresja, leki przeciwdepresyjne

DEPRESSIVE DISORDERS IN CHRONIC LOW BACK PAIN PATIENTS DURING MULTIDISCIPLINARY REHABILITATION TREATMENT

Ewa LENART-DOMKA, Agnieszka BEJER, Mirosław PROBAHTA

Rehabilitation Department, Rzeszow University (Poland)

Annotation. Depression is the most common psychiatric disorder in chronic pain. This study examined the incidence and ways of therapy of depression in chronic low back pain patients during multidisciplinary rehabilitation. Depression was diagnosed in 47 % patients at the beginning of the rehabilitation. Only 7 % of mild depression and 49 % of moderate depression patients were treated by antidepressants, non of them was given psychotherapy, despite that they had been given usual medical care before coming for rehabilitation treatment.

Key words: chronic low back pain, depression, antidepressants