

Depresja a ból: ogólnopolskie badanie epidemiologiczne*

Depression and pain: polish epidemiologic study*

Dariusz Wasilewski¹, Marcin Wojnar¹, Joanna Chatizow²

¹ Katedra i Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. dr hab. n. med. W. Szelenberger

² Stowarzyszenie „Aktywnie Przeciwko Depresji”

Prezes: J. Chatizow

Summary

Depression is one of the most severe health issues of the modern medicine. One of the most troublesome symptoms of depression is pain. On the other hand, patients suffering from chronic pain problems are also often subjects of mood or anxiety disorders. There are still very little studies in the field of co-occurrence of these two symptoms and therefore there are no universal standards to deal with such cases.

Aim. The aim of this study was to evaluate the relationship between symptoms of depression and pain.

Method. The study consisted of 3726 female and 2116 male participants, all patients of Mental Health and Neurological clinics. The mean age of the patients was 47 years. A structured questionnaire was used including data about demographics, Depression, Anxiety, and Pain Severity Scales.

Results. The data analysis revealed statistically significant relationship between severity of pain and depression, anxiety as well as suicidal thoughts. The study also revealed a high correlation between severity of mood disorders and the severity of pain.

Conclusions. The patients with a long history of pain disorders have also an increase of depression and anxiety symptoms, and suicidal thoughts. Patients with more severe depression and anxiety symptoms have also an increase of pain problems. There is significant relationship between depression and pain symptoms, as well as between pain and suicidal thoughts.

Słowa kluczowe: depresja, ból

Key words: depression, pain

Czy depresja może boleć? Czy przewlekły ból może doprowadzić do przygnębienia i apatii? Odpowiedź na te pytania jest zazwyczaj twierdząca. W literaturze można znaleźć dowody na potwierdzenie obydwu tych tez. Już Hipokrates w opisach depresji uwzględniał dolegliwości cielesne (problemy żołądkowo-jelitowe, zaburzenia snu, bóle głowy, zmiany apetytu, zmęczenie oraz przewlekłe dolegliwości bólowe),

* Publikacja artykułu sponsorowana przez firmę Krka Polska. Artykuł nierecenzowany.

a w obecnych klasyfikacjach zaburzeń nastroju, zarówno w DSM-IV, jak i ICD-10, objawy somatyczne należą do typowych przy rozpoznawaniu stanów depresyjnych [1, 2]. W klasyfikacji ICD-10 funkcjonuje pojęcie zespołu somatycznego odnoszącego się do sił witalnych, który między innymi obejmuje takie objawy, jak bezsenność, wyraźny spadek łaknienia, chudnięcie oraz zmniejszenie się popędu seksualnego. Pacjenci, którzy zgłaszają się do lekarza pierwszego kontaktu z powodu objawów somatycznych, w rzeczywistości mogą chorować na depresję. Okazuje się, że szczególnie czułym wczesnym objawem depresji są dolegliwości bólowe. W światowym piśmiennictwie możemy znaleźć wiele publikacji dotyczących tego problemu. W szczegółowej metaanalizie Baira i wsp. [3] częstość zgłaszania dolegliwości bólowych u pacjentów z depresją wahała się od 15 do 100%, ze średnią wartością 65%. W badaniach Kirmayera i wsp. [4], wśród pacjentów, którzy spełniali kryteria zaburzeń depresyjnych według różnych kwestionariuszy samooceny, 75–80% zgłaszało dolegliwości bólowe: bóle głowy, brzucha, szyi i pleców oraz bóle niespecyficzne. W populacji pacjentów hospitalizowanych z powodu dużej depresji 92% zgłaszało przynajmniej jeden objaw bólowy, a 76% wiele dolegliwości bólowych. Prawie 60% pacjentów z depresją zgłasza ból w chwili stawiania rozpoznania [5], a obecność zaburzeń depresyjnych zwiększa ryzyko wystąpienia bólów mięśniowo-szkieletowych, bólów głowy i klatki piersiowej w ciągu kolejnych 3 lat [6, 7, 8]. Oprócz dużej depresji, ból może towarzyszyć także innym zaburzeniom nastroju: małej depresji, dystymii, zaburzeniom afektywnym dwubiegunowym, depresji spowodowanej chorobami somatycznymi lub lekami czy też niepełnej remisji w dużej depresji [9].

Teza, że ból może prowadzić do depresji, również jest dobrze udokumentowana. Stwierdza się ją u około 50% chorych z przewlekłymi dolegliwościami bólowymi [10]. W metaanalizie dokonanej przez Baira i wsp. [3] dużą depresję rozpoznano u 53% pacjentów klinik leczenia bólu, 38% pacjentów klinik psychiatrycznych, 56% pacjentów klinik ortopedycznych i reumatologicznych (wykluczono chorych z fibromyalgią oraz reumatoidalnym zapaleniem stawów), 85% pacjentów klinik stomatologicznych zajmujących się bólami twarzoczaszki, 13% klinik ginekologicznych oraz 37% pacjentów klinik medycyny rodzinnej. Ból zwiększa dwukrotnie ryzyko pojawienia się depresji, a pacjenci z bólami w wielu narządach 3 do 5 razy częściej miewają stany depresyjne. Związek między depresją a bólem staje się silniejszy, gdy wzrasta nasilenie objawów depresji bądź bólu [11]. Im więcej skarg na bóle w różnych miejscach, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia zaburzeń nastroju. Badania wykazały, że występowanie jakiegokolwiek objawu somatycznego zwiększa prawdopodobieństwo rozpoznania zaburzeń nastroju czy lękowych dwu- lub trzykrotnie, oraz że występuje silna korelacja między objawami somatycznymi a zaburzeniami psychicznymi. Okazało się, że 34 do 46% chorych z dolegliwościami bólowymi spełniało kryteria diagnostyczne zaburzeń nastroju. Z drugiej strony zaburzenia nastroju stwierdzono jedynie u 2% osób, które nie zgłaszały żadnej dolegliwości somatycznej, natomiast w przypadku stwierdzenia co najmniej 9 objawów somatycznych odsetek chorych z zaburzeniami nastroju wzrastał do 60% [12]. Pacjenci, którzy zgłaszają 2 rodzaje lub więcej różnych dolegliwości bólowych, 6 razy częściej zapadają na depresję, a ci, którzy zgłaszają 3 lub więcej dolegliwości – 8 razy częściej [13]. Gerber i wsp.

[14] oceniali związek między konkretnymi objawami somatycznymi a związanymi z nimi objawami depresji. Skargami wykazującymi wysoką pozytywną wartość predykcijną (PPV) dla rozpoznania depresji okazały się zaburzenia snu (PPV = 61%), męczliwość (PPV = 60%), zgłaszanie wielu (trzech lub więcej) dolegliwości (PPV = 56%), niespecyficzne dolegliwości mięśniowo-szkieletowe (PPV = 43%), bóle pleców (PPV = 39%), krótki oddech (PPV = 39%), wszystkie skargi zgłaszane ze znaczną intensywnością (PPV = 39%) oraz skargi trudne do określenia (PPV = 37%). Na wzrost ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjnych ma wpływ również przewlekłość dolegliwości bólowych. Międzynarodowe badania Gurejego i wsp. [15] wykazały, że pacjenci z bólem trwającym powyżej 6 miesięcy zapadają na depresję 4 razy częściej niż pacjenci bez bólu przewlekłego. Chroniczny ból może również zwiększać ryzyko samobójstwa. Pacjenci cierpiący z powodu przewlekłych dolegliwości bólowych częściej popełniają samobójstwo niż osoby z populacji ogólnej [16, 17].

Cel pracy

Celem pracy była ocena zależności między nasileniem objawów depresyjnych a dolegliwościami bólowymi.

Material i metoda

Badaniami objęto 3726 kobiet w wieku $47 \pm 12,6$ roku (średnia \pm SD) i 2116 mężczyzn w wieku $46 \pm 12,7$ roku leczonych w poradniach zdrowia psychicznego i neurologicznych. W badaniu wzięło udział 386 lekarzy z 312 ośrodków w 125 miastach w Polsce w okresie: styczeń–marzec 2009 roku. Badania były dobrowolne, pacjenci byli informowani o celu badań i ustnie wyrażali zgodę na wzięcie w nich udziału. Jako narzędzia badawcze zastosowano ustrukturuowany kwestionariusz zawierający dane demograficzne oraz wywiad chorobowy, w tym pytania dotyczące samopoczucia pod kątem nastroju, lęku, martwienia się oraz obecności myśli samobójczych. Kwestionariusz składał się z dwóch części – jedną wypełniał pacjent, a drugą lekarz, na podstawie wywiadu z pacjentem. Rozpoznanie choroby wpisywano zgodnie z klasyfikacją ICD-10. Oprócz rozpoznania epizodu depresyjnego i depresji w przebiegu zaburzeń afektywnych (F30-F39), za rozpoznania depresyjnych zaburzeń nastroju uznano także organiczne zaburzenia nastroju (F06) oraz zaburzenia adaptacyjne (F43). Jako ból przewlekły uznano ból trwający co najmniej 3 miesiące, przez co najmniej 15 dni w miesiącu. Jako dodatkowe narzędzia zastosowano Skalę Depresji Becka [18], Skalę Nasilenia Depresji i Lęku (HADS-M) – wersję zmodyfikowaną skali HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) – w opracowaniu M. Majkowicza, K. de Walden-Gałuszko i G. Chojnackiej-Szałowskiej [za: 19], oraz Numeryczną Skalę Nasilenia Bólu (NRS – Numerical Rating Scale) – na podstawie której oceniano ból w skali liczbowej od 0 do 10 (0 – brak bólu; 10 – ból o największym nasileniu, jaki chory może sobie wyobrazić) [20]. W analizie statystycznej wyników wykorzystano test Kruskala–Wallisa, test t-Studenta dla prób niezależnych, korelację Spearmana, test χ^2 z użyciem metod tabel krzyżowych oraz jednoczynnikową analizę wariancji.

(Badanie zostało przeprowadzone dzięki grantowi naukowemu firmy Krka Polska).

Wyniki

Wśród badanych pacjentów dominowały osoby ze średnim wykształceniem z populacji miejskiej, najczęściej z miast do 500 tysięcy mieszkańców. Zdecydowana większość była w związku małżeńskim i mieszkała z rodziną. Osoby badane pracowały w większości w pełnym wymiarze godzin, najczęściej jako pracownicy sfery budżetowej (tabela 1).

Tabela 1. Dane demograficzne

Wykształcenie	N	%
zawodowe	1709	25,0
średnie zawodowe lub ogólnokształcące	2109	30,8
policealne/pomaturalne/nieukończzone wyższe	889	13,0
wyższe magisterskie/lekarskie	835	12,2
<i>Miejsce zamieszkania</i>		
wieś	962	14,0
miasto do 50 tys. mieszkańców	2251	32,9
miasto do 500 tys. mieszkańców	2356	34,4
miasto powyżej 500 tys. mieszkańców	1005	14,7
<i>Stan cywilny</i>		
w związku małżeńskim	3790	55,4
wdowa/wdowiec	797	11,6
w separacji /rozwiedziona/y	1141	16,6
panna/kawaler	1065	15,5
<i>Z kim pacjent/ka mieszka?</i>		
z małżonką/kiem (konkubina/bentem) i rodziną	2423	35,4
tylko z małżonką/kiem (konkubina/bentem)	711	10,4
samotnie	1491	21,8
<i>Tryb zatrudnienia</i>		
pełny wymiar czasu pracy	2917	42,6
nie pracuję/zajmuję się domem	312	4,6
emerytura	667	9,7
renta inwalidzka	1007	14,7
bezrobotny/a	418	6,1
<i>Sytuacja zawodowa</i>		
wolny zawód	895	13,1
kadra kierownicza	489	7,1
pracownik sfery budżetowej	2037	37
robotnik	1197	17,5
rolnik	442	6,5

Najwięcej pacjentów zgłaszało dolegliwości bólowe pochodzące z kilku części ciała, bóle głowy oraz bóle szyi i pleców (tabela 2). U prawie połowy z całej grupy badanych (45,7%) stwierdzano jednocześnie dolegliwości bólowe oraz zaburzenia nastroju (tabela 3).

Tabela 2. Ból przewlekły i jego umiejscowienie

Czy pacjent w ciągu ostatnich 3 miesięcy doświadczał bólu trwającego co najmniej przez 15 dni w miesiącu:	N	%
głowy	1563	22,8
szyi, pleców i/lub kręgosłupa	1218	17,8
kończyn górnych i/lub dolnych	524	7,7
klatki piersiowej i/lub brzucha	403	5,9
kilku części ciała	1602	23,4
innego bólu	133	1,9
Nie zgłasza dolegliwości bólowych	1228	17,9

Tabela 3. Pacjenci z bólem i depresją (według NRS oraz rozpoznania według ICD-10)

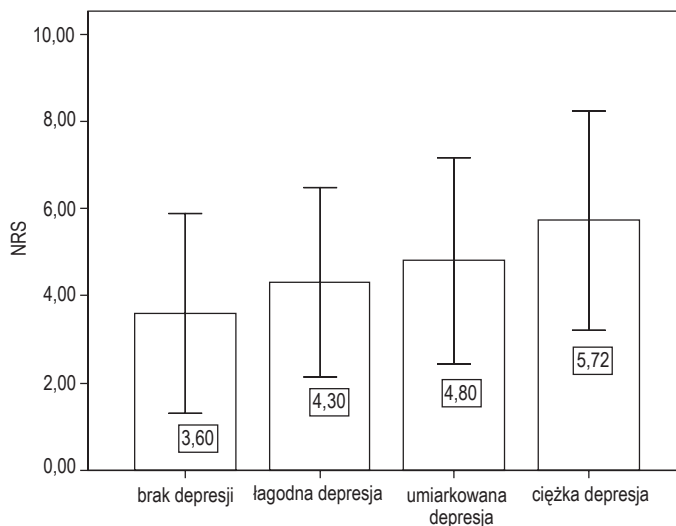
Pacjenci	N	%
brak bólu i depresji	280	4,1
depresja i brak bólu	272	4,0
ból i brak depresji	2471	36,1
ból i depresja	3131	45,7

Pacjenci, którzy zgłaszali silniejsze dolegliwości bólowe, jednocześnie mieli bardziej nasilone objawy depresyjne – tabela 4, rys. 1 (na następnej stronie).

Tabela 4. Nasilenie bólu a nasilenie depresji

Nasilenie objawów depresji według HADS-M	N	NRS		Test Kruskala-Wallis
		Średnia	SD	
brak depresji	920	3,60	2,29	Chi ² = 274,08; p = 0,0001
łagodna depresja	3610	4,30	2,16	
umiarkowana depresja	1294	4,80	2,36	
ciężka depresja	329	5,72	2,51	

We wszystkich pomiarach (samoocena według przygotowanego kwestionariusza, Skali Depresji Becka oraz HADS-M) obserwowano, że wraz z nasileniem bólu wzrasta natężenie objawów depresyjnych i lękowych, a z drugiej strony natężenie objawów depresyjnych i lękowych nasilało odczuwanie bólu (tabela 5).



Rys. 1. Średnie nasilenie bólu a kategorie depresji według HADS-M
Słupki błędów: +/- 1 odchylenie standardowe

Tabela 5. Zależności między nasileniem bólu (według NRS) a parametrami związanymi z nastrojem, lękiem i myślami samobójczymi – analiza korelacji Spearmana

	Współczynnik korelacji rho Spearmana	Istotność (dwustronna)
Wynik ogólny skali depresji Becka	0,200	$p < 0,0001$
Wynik ogólny HADS	0,243	$p < 0,0001$
Skala lęku HADS	0,223	$p < 0,0001$
Skala depresji HADS	0,214	$p < 0,0001$
Nastój pacjenta (wg kwestionariusza)	0,084	$p < 0,0001$
Lęk (wg kwestionariusza)	0,069	$p < 0,0001$
Martwienie się (wg kwestionariusza)	0,090	$p < 0,0001$
Myśli samobójcze	0,054	$p < 0,0001$

Tabela 6. Ból a nasilenie myśli „S”

Nasilenie myśli „S”	N	NRS		Analiza statystyczna
		Średnia	SD	
Nie myślę o odebraniu sobie życia	4725	4,32	2,28	F = 9,91 $p < 0,05$
Myślę o samobójstwie, ale nie mógłbym/nie mogłabym tego dokonać	944	4,60	2,35	
Mam zamiar odebrać sobie życie	418	4,70	2,16	

Tabela 7. Ból a występowanie myśli „S”

Pojawienie się myśli „S”	N	NRS		Analiza statystyczna
		Średnia	SD	
W ciągu ostatnich 3 miesięcy	1183	4,58	2,20	t = 2,69 p < 0,001
We wcześniejszym okresie życia (obecnie nie występują)	975	4,31	2,32	

Tabela 8. Ból a występowanie zaburzeń depresyjnych w rodzinie

Czy ktoś w najbliższej rodzinie cierpiał na zaburzenia depresyjne?	N	NRS		Analiza statystyczna
		Średnia	SD	
Nie	3834	4,33	2,29	t = -1,52 p = 0,12
Tak	2114	4,43	2,28	

Ból miał też wpływ na nasilenie myśli samobójczych (tabela 6 i 7). U osób z przelekłym bólem nie stwierdzono częstszego obciążenia rodzinnego depresją (tabela 8).

Omówienie wyników

Z badania wynika, że prawie połowa pacjentów (46%) doświadczała zarówno dolegliwości bólowych (według skali NRS), jak i zaburzeń nastroju według rozpoznania ICD-10. Już sama depresja jest poważnym obciążeniem dla społeczeństwa. Stwarza istotne implikacje zdrowotne, społeczne i gospodarcze [21, 22]. Jedną z przyczyn tej sytuacji są problemy diagnostyczne związane po części z nieumiejętnością rozpoznawania objawów somatycznych jako objawów depresji. Postawienie rozpoznania depresji jest utrudnione szczególnie przez występowanie objawów bólowych. Wielu pacjentów bagatelizuje objawy gorszego samopoczucia psychicznego, równocześnie zwracając szczególną albo wyłączną uwagę na dolegliwości bólowe. Im silniejsze są objawy somatyczne, tym mniejsza jest szansa na rozpoznanie depresji. W naszych badaniach obiektywna ocena nasilenia depresji (dokonana przez lekarza za pomocą skali HADS-M) silniej korelowała z nasileniem bólu niż samoocena pacjenta według skali Becka czy też odpowiedzi na pytania z kwestionariusza. Jeśli objawy depresji są łagodne, to baczniejszą uwagę zwraca się na dolegliwości fizyczne [3]. Sartorius [23] podkreśla, że z jednej strony pacjenci niechętnie mówią o swoich problemach psychicznych, a z drugiej – lekarze innych specjalności niechętnie o to pytają. Z kolei szkolenie w dziedzinie psychiatrii zwykle bywa niewystarczające. Jednocześnie stwierdza się wyraźną korelację między liczbą zgłaszanych dolegliwości somatycznych a prawdopodobieństwem rozpoznania depresji. Ponadto u chorych na depresję, u których w efekcie leczenia objawy somatyczne nie ustąpiły w pełni, ryzyko wystąpienia nawrotu choroby jest większe niż w grupie osób, u których tego typu objawy rezydualne nie występują [24].

Uważa się powszechnie, że typowa depresja to tetradą objawów: zaburzenia nastroju, napędu, rytmów biologicznych oraz lęk. Podobnie jak wyniki wcześniejszych badań [3, 12, 14, 15, 25, 26], również wyniki niniejszego badania pozwalają sugerować, że do tej grupy powinno się dołączyć dolegliwości bólowe. Objawy te są równie częste jak niedoceniane. W klasyfikacji ICD-10 uwzględnia się wprawdzie pojęcie zespołu somatycznego, ale nie ma tam włączonego punktu o dolegliwościach bólowych [2]. Z objawów somatycznych wymienia się: obniżenie łaknienia, utratę masy ciała oraz spadek libido. Podobnie jest w klasyfikacji DSM-IV [1]. Te fakty mają także odzwierciedlenie w popularnych skalach do oceny objawów depresyjnych [27, 28]. Wprawdzie w skali Hamiltona (HDRS) są pytania odnoszące się do objawów somatycznych, ale ani w niej, ani w skali Montgomery–Åsberg (MADRS) nie ma punktów bezpośrednio odnoszących się do bólu. A przecież ból w depresji obecny jest zawsze – przede wszystkim ten emocjonalny, cierpienie, rodzaj dystresu czy też „anaesthesia dolorosa”, ale również ból określony i konkretnie umiejscowiony. Ból może być pierwszym sygnałem depresji, co przekłada się na konsekwencje diagnostyczne, terapeutyczne i społeczne. Pamiętać trzeba, że osoby odczuwające różne dolegliwości bólowe zazwyczaj trafiają do lekarzy rodzinnych, neurologów lub internistów. Zgłaszają objawy somatyczne, a zwłaszcza ból, jako główną lub wręcz jedyną skargę, pomijając problemy emocjonalne. Taki obraz kliniczny, jeśli dodatkowo towarzyszy mu ograniczony czas przeznaczony na badanie, może spowodować, że lekarz nie zwróci uwagi na leżącą u podstaw dolegliwości depresję. Zdaniem Lessego [29], u 30% chorych na depresję objawy somatyczne występują przez ponad 5 lat, zanim zostanie ustalone prawidłowe rozpoznanie. Simon i wsp. [26] wykazali, że lekarze pierwszego kontaktu stykają się z tendencją chorych do ujawniania objawów somatycznych, a nie psychopatologicznych. Badania przeprowadzono w 15 ośrodkach medycyny rodzinnej w 14 krajach na 5 kontynentach. Wśród 1146 pacjentów, u których rozpoznano dużą depresję, 69% osób zgłaszało objawy somatyczne jako główną przyczynę wizyty u lekarza, a 11% zaprzeczało występowaniu objawów emocjonalnych, gdy pytano ich o to wprost.

W niniejszym badaniu, wśród pacjentów, którzy skarżyli się na przewlekłe dolegliwości bólowe, dominowały skargi na bóle w kilku częściach ciała, na bóle głowy oraz karku i pleców, co potwierdza dane z piśmiennictwa [9, 15, 25]. Z badania tego wynika również, że nasilenie bólu koreluje z nasileniem objawów psychopatologicznych – zarówno z obniżeniem nastroju, jak i z objawami lękowymi oraz zamartwianiem się. Im silniejszy ból, tym gorszy stan psychiczny. To zjawisko podkreśla się także w innych opracowaniach. Ma to niebagatelny wpływ na rokowanie. Pacjenci z depresją, ale bez bólu lub z nieznacznie nasilonymi dolegliwościami bólowymi, lepiej reagują na leczenie [11]. Podobną zależność stwierdzono, jeśli chodzi o obecność i nasilenie myśli samobójczych. Pacjenci wraz z nasileniem się bólu mieli te myśli częściej i ich intensywność była większa. Od lat wiadomo, że najczęstszą przyczyną śmierci samobójczej są zaburzenia depresyjne [30]. Dlatego w ocenie ryzyka samobójstwa u pacjentów z depresją, oprócz innych ważnych czynników, zawsze powinno się uwzględniać obecność dolegliwości bólowych, a zwłaszcza długotrwałych, gdyż ból to ryzyko może nasilać [31, 32, 33]. W niektórych opracowaniach podkreśla się czynnik rodzinny we współwystępowaniu depresji i bólu. W rodzinach pacjentów

z chronicznym bólem obserwowano zwiększone ryzyko zachorowania na depresję [34, 35]. W niniejszych badaniach takiego związku nie stwierdzono. Różnice między pacjentami z przewlekłym bólem i rodzinnym występowaniem depresji a pacjentami, u których w rodzinie nikt nie chorował na depresję, były nieistotne statystycznie. Natomiast sugeruje się, że skłonność do reagowania zaburzeniami nastroju wśród pacjentów z chronicznym bólem może mieć charakter biologiczny, stwierdzono bowiem u nich zmniejszoną latencję snu REM, obniżenie stężenia melatoniny oraz niższą gęstość miejsc wiązania 3H-imipraminy na płytkach krwi [35, 36, 37].

Podsumowanie

Współistnienie bólu z zaburzeniami nastroju obserwowane jest w praktyce lekarskiej nader często. Między zaburzeniami depresyjnymi a przewlekłymi dolegliwościami bólowymi istnieje silny związek. Nasilenie bólu powoduje pogorszenie stanu psychicznego (nasilenie objawów depresyjnych oraz lękowych) i odwrotnie – im gorszy stan psychiczny, tym dolegliwości bólowe odczuwane są mocniej. Ból ma też wpływ na obecność myśli samobójczych – wraz z nasileniem się dolegliwości bólowych wzrasta ich częstość oraz intensywność.

Piśmiennictwo

1. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
2. *The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization; 1992.
3. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. *Depression and pain comorbidity*. Arch. Intern. Med. 2003; 163: 2433–2445.
4. Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ. *Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care*. Am. J. Psychiatry 1993; 150: 734–741.
5. Von Knorrig L, Perris C, Eisemann M, Eriksson U, Perris H. *Pain as a symptom in depressive disorders. I: Relationship to diagnostic subgroup and depressive symptomatology*. Pain 1983; 15: 19–26.
6. Leino P, Magni G. *Depressive and distress symptoms as predictors of low back pain, neck-shoulder pain, and other musculoskeletal morbidity: a 10 years follow-up of metal industry employees*. Pain 1993; 53: 89–94.
7. Magni G, Moreschi C, Rigatti-Luchini S, Merskey H. *Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain*. Pain 1994; 56: 289–297.
8. Von Korff M, LeResche L, Dworkin SF. *First onset of common pain symptoms: a perspective study of depression as a risk factor*. Pain 1993; 55: 251–258.
9. Agüera L, Failde I, Cervilla JA, Díaz-Fernández P, Mico JA. *Medically unexplained pain complaints are associated with underlying unrecognized mood disorders in primary care*. BMC Fam. Pract. 2010; 11: 17.
10. Ruoff GB. *Depression in the patient with chronic pain*. J. Fam. Pract. 1996; 43 (supl. 6): 25–33.
11. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L, Kruger A. *An epidemiologic comparison of pain complaints*. Pain 1988; 32: 173–183.

12. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, de Gruy FV 3rd, Brody D. *Physical symptoms in primary care: predictors of psychiatric disorders and functional impairment*. Arch. Fam. Med. 1994; 3: 774–779.
13. Katon W, Sullivan MD. *Depression and chronic medical illness*. J. Clin. Psychiatry 1990; 51: 3–11.
14. Gerber PD, Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, Manheimer E, Smith R, Whiting RD. *The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients*. J. Gen. Intern. Med. 1992; 7: 170–173.
15. Gureje O, von Korff M, Simon GE, Gater R. *Persistent pain and well-being: a World Health Organization study in primary care*. JAMA 1998; 280: 147–151.
16. Fishbain DA. *The association of chronic pain and suicide*. Semin. Clin. Neuropsychiatry 1999; 4: 221–227.
17. Kikuchi N, Ohmori-Matsuda K, Shimazu T, Sone T, Kakizaki M, Nakaya N, Kuriyama S, Tsuji I. *Pain and risk of completed suicide in Japanese men: A population-based cohort study in Japan (Ohsaki Cohort Study)*. J. Pain Symp. Manag. 2009; 37: 316–324.
18. Beck AT, Ward Ch, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
19. de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M, Szawłowska-Chojnacka G, Magiera P. *Jakość życia pacjentów z chorobą nowotworową – badania własne*. W: de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M, red. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994, s. 89–164.
20. Jensen MP, Karoly P, Braver S. *The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods*. Pain 1986; 27: 117–126.
21. Luppá M, Heinrich S, Angermeyer MC, König H-H, Riedel-Heller SG. *Cost-of-illness studies of depression. A systematic review*. J. Affect. Disord. 2007; 98: 29–43.
22. Stoudemire A, Frank R, Hedemark N, Kamlet M, Blazer D. *The economic burden of depression*. Gen. Hosp. Psychiatry 1986; 8: 387–394.
23. Sartorius N. *Physical symptoms of depression as a public health concern*. J. Clin. Psychiatry 2003; 64 (supl. 7): 3–4.
24. Paykel ES, Ramana R, Cooper Z, Hayhurst H, Kerr J, Barocka A. *Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression*. Psychol. Med. 1995; 25: 1171–1180.
25. Lepine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. *DEPRES Steering Committee. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society)*. Int. Clin. Psychopharmacol. 1997; 12: 19–29.
26. Simon GE, Von Korff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. *An international study of the relation between somatic symptoms and depression*. N. Engl. J. Med. 1999; 341: 658–659.
27. Hamilton M. *Development of a rating scale for primary depressive illness*. Brit. J. Soc. Clin. Psychol. 1967; 6: 278–296.
28. Montgomery SA, Asberg M. *A new depression scale designed to be sensitive to change*. Brit. J. Psychiatry 1979; 134: 382–389.
29. Lesse S. *The masked depression syndrome: results of a seventeen-year clinical study*. Am. J. Psychother. 1983; 37: 456–475.
30. Puzyński S. *Choroby afektywne nawracające*. W: Bilikiewicz A, Puzyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Tom II. Wrocław: Urban&Partner; 2002, s. 343–416.
31. Gensichen J, Teising A, König J, Gerlach FM, Petersen JJ. *Predictors of suicidal ideation in depressive primary care patients*. J. Affect. Disord. 2010.
32. Ilgen MA, Zivin K, McCammon RJ, Valenstein M. *Pain and suicidal thoughts, plans and attempts in the United States*. Gen. Hosp. Psychiatry 2008; 30: 521–527.

33. Ratcliffe GE, Enns MW, Belik SL, Sareen J. *Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: an epidemiologic perspective*. Clin. J. Pain 2008; 24: 204–210.
34. Magni G. *On the relationship between chronic pain and depression when there is no organic lesion*. Pain 1987; 31: 1–21.
35. Von Knorring L, Ekselius L. *Idiopathic pain and depression*. Qual. Life Research 1994; 3 (1): 57–68.
36. Blumer D, Zorick F, Heilbronn M, Roth T. *Biological markers for depression in chronic pain*. J. Nerv. Ment. Dis. 1982; 170: 425–428.
37. Magni G, Andreoli F, Arduino C, Arsie D, Ceccherelli F, Ambrosio F, Dodi G, Eandi M. *Modifications of [3H]imipramine binding sites in platelets of chronic pain patients treated with mianserin*. Pain 1987; 30: 311–320.

Adres: Dariusz Wasilewski
00-743 Warszawa
ul. Nabelaka 6/2