

Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι ένα σημαντικό αλλά στην πραγματικότητα παραμελημένο πρόβλημα της δημόσιας υγείας, τόσο στις αναπτυσσόμενες όσο και στις αναπτυγμένες χώρες. Η Διεθνής Ένωση για την Μελέτη του Πόνου (IASP), ορίζει ότι “Πόνος είναι η δυσάρεστη αισθητική και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με κάποια πραγματική ή δυνητική ιστική βλάβη ή που περιγράφεται με όρους που δηλώνουν μια τέτοια βλάβη” και διακρίνει τον

δες (μυοσκελετικά σύνδρομα), μίνες (οσφυαλγία) ή και μόνιμα (αγγειοπάθειες). Μολονότι δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία για το ποσοστό των ατόμων με χρόνιο πόνο (νεοπλασματικής ή μη νεοπλασματικής αιτιολογίας), σε διάφορες μελέτες το ποσοστό αυτό είναι πάνω από 20% για τις οικονομικά αναπτυγμένες χώρες. Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζονται συνήθως από τους θεράποντες ιατρούς, που ανήκουν σε διάφορες ειδικότητες και συνήθως δίνουν έμφαση στην αντιμετώπιση της κύριας νόσου και των άλλων συμπτωμάτων, ενώ υποεκτιμούν και υποθεραπεύουν τον πόνο.

Τα τελευταία 30 χρόνια αναπτύχθηκαν σε όλο τον κόσμο ιατρεία, κλινικές και πολυδύναμες μονάδες πόνου, οι οποίες ασχολούνται με την αντιμετώπιση του ίδιου του πόνου σαν νοσολογική οντότητα. Οι πολυδύναμες μονάδες, όπως αυτή του πανεπιστημίου Ουάσιγκτον στο Seattle των Η.Π.Α. που θεωρείται πρότυπη μονάδα πόνου, απασχολούν γιατρούς από όλες σχεδόν τις ειδικότητες. Στις περισσότερες μονάδες πόνου, οι διευθυντές είναι αναισθησιολόγοι και στο ιατρικό δυναμικό της μονάδας υπάρχει σημαντικό ποσοστό ψυχιάτρων. Στη χώρα μας πολυδύναμες μονάδες πόνου, δυστυχώς δεν υπάρχουν. Υπάρχουν όμως ιατρεία πόνου σε πολλά νοσοκομεία. Το Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ λειτουργεί εδώ και 20 χρόνια περίπου, με προσωπικό τρεις γιατρούς αναισθησιολόγους και δύο ειδικά εκπαιδευμένες νοσηλεύτριες. Υπάρχει φυσικά συνεργασία και με άλλες κλινικές του νοσοκομείου, όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο. Σύμφωνα με την τελευταία ετήσια στατιστική του Ιατρείου Πόνου, το 42% των ασθενών μας προσήλθε με νεοπλασματικής αιτιολογίας πόνο και το 58% με πόνο μη νεοπλασματικής αιτιολογίας (οσφυοισχιαλγίες, αγγειοπάθειες, νευραλγίες, ημικρανίες κ.λ.π.). Οι ασθενείς στο σύνολό τους, ανεξάρτητα από την αιτιολογία του πόνου, εμφανίζουν τα κοινά χαρακτηριστικά γνωρίσματα που αναφέρθηκαν προηγουμένως.

Η αρχική θεραπευτική προσέγγιση σε όλα τα χρόνια επώδυνα σύνδρομα αποσκοπεί κατά κύριο λόγο στην αντιμετώπιση του πόνου και αυτό μπορεί να γίνει σήμερα με επιτυχία στα εξειδικευμένα κέντρα πόνου. Στα κέντρα αυτά εφαρμόζονται σύγχρονες μέθοδοι αντιμετώπισης του πόνου οι οποίες όμως σχετίζονται με τον τρόπο προσέγγισης του συνδρόμου, τις γνώσεις και τις δυνατότητες του συγκεκριμένου κέντρου. Ενδεικτικά, τέτοιες μέθοδοι είναι η συντηρητική φαρμακευτική θεραπεία, οι περιφερικοί ή οι κεντρικοί νευρικοί αποκλεισμοί με τοπικά αναισθητικά, οπιοειδή ή νευρολυτικές ουσίες, η ηλεκτρική διέγερση, ο βελονισμός, αλλά και πολλές άλλες που αποσκοπούν στη διακοπή της μεταβίβασης του επώδυνου ερεθίσματος στον εγκέφαλο. Ωστόσο, είναι γεγονός ότι η τελική διαμόρφωση της εμπειρίας του πόνου γίνεται στον εγκέφαλο και γι' αυτό δεν πρέπει να παραβλέπονται οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις στην αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης αναλγητικής μεθόδου. Συχνά δε, αυτές οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι τόσο χρήσιμες ώστε η επίδρασή τους παρομοιάζεται ακόμη και με αυτή την δράση των οπιοειδών, τα οποία θεωρούνται τα πιο σημαντικά όπλα στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Εκτός όμως από την ανακούφιση του πόνου, ένας άλλος στόχος στα εξειδικευμένα κέντρα πόνου είναι να επιτύχει ο ασθενής να δέχεται τον πόνο και να δραστηριοποιείται προοδευτικά με τελικό στόχο

να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του και να επανενταχθεί σαν ενεργό μέλος στο κοινωνικό σύνολο. Είναι επομένως προφανές ότι η φυσικοθεραπευτική και η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη είναι απαραίτητες σε συνδυασμό με τις προαναφερθείσες μεθόδους. Αυτό σημαίνει ότι η στρατηγική αντιμετώπισης του χρόνιου πόνου πρέπει να είναι πολυσύνθετη<sup>3</sup>.

Στην καθημερινή πρακτική της αντιμετώπισης των ασθενών με χρόνιο πόνο, παρουσιάζονται προβλήματα τα οποία εμπλέκονται με την ειδικότητα της ψυχιατρικής και συχνά απαιτούν τη συμβολή του ψυχιάτρου. Ορισμένα από αυτά περιγράφονται παρακάτω.

### Το πρόβλημα της διάκρισης του οργανικού από τον ψυχογενή πόνο

Σε πολλές περιπτώσεις γίνεται φανερό αμέσως μετά την εξέταση, ότι κάποιοι ασθενείς δεν πάσχουν από συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα αλλά αναφέρουν μόνο επώδυνα συμπτώματα. Παλαιότερα η διάκριση του πόνου σε οργανικό και ψυχογενή αναφέρονταν ακόμη και στα κλασικά συγγράμματα. Σήμερα, πιστεύεται ότι η διάκριση αυτή κρύβει πολλές παγίδες και καλό είναι να αποφεύγεται στην αρχή τουλάχιστον, από τους μη ειδικούς. Ένας ασθενής με ψυχική διαταραχή δεν αποκλείεται να βιώνει έντονο πόνο ακόμη και όταν δεν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα στις πλέον σύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους διάγνωσης, που χρησιμοποιούνται για την επιβεβαίωση της νόσου του. Από την άλλη πάλι, υπάρχουν ασθενείς με πολλαπλά επιβεβαιωμένα οργανικά προβλήματα στους οποίους όμως η εκδήλωση συμπεριφοράς πόνου οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στη συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή<sup>4</sup>. Είναι γνωστό εξάλλου, ότι ο χρόνιος πόνος είναι συχνά έκφραση της κατάθλιψης ή άλλης ψυχικής διαταραχής.

### Η δυσχέρεια επικοινωνίας με τον ασθενή και η δυσκολία παραπομπής του στον ψυχίατρο.

Ο ασθενής που προσέρχεται στο ιατρείο πόνου για αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου του, απαιτεί να γίνει αυτό αποτελεσματικά και άμεσα. Το χειρότερο που θα μπορούσε να του συμβεί είναι να υποψιαστεί ή να ακούσει ότι ο γιατρός που τον εξετάζει πιστεύει ότι ο πόνος "είναι μόνο στο μυαλό του" ή ότι είναι σύμπτωμα της κατάθλιψης ή ότι ευθύνεται το άγχος του για την ύπαρξή του. Η διαταραχή της επικοινωνίας του γιατρού με τον ασθενή είναι τότε, συνήθως αναπόφευκτη. Ωστόσο, ένας έμπειρος γιατρός μπορεί να πείσει τον ασθενή του να επισκεφτεί τον ψυχίατρο, εκμεταλλευόμενος κάποια συμπτώματα για τα οποία παραπονείται και τα οποία αποδίδει αποκλειστικά στον πόνο του, όπως την αϋπνία, την ανορεξία, τη δυσθυμία, την καταβολή κ.λ.π.

### Η κατάχρηση φαρμάκων, συνήθως οπιοειδών

Το πρόβλημα της κατάχρησης οπιοειδών στους ασθενείς με χρόνιο πόνο είναι πιο έντονο τα τελευταία χρόνια που τα οπιοειδή κυκλοφορούν σε πλέον εύληπτες μορφές, όπως αυτοκόλλητα διαδερμικά συστήματα, χάπια και σιρόπια, ακόμη και σε σταγόνες ή γλειφιτζούρια σε μερικές χώρες. Η κατάχρηση των οπιοειδών που μπορεί να οδηγήσει και σε εμφάνιση συμπεριφοράς εθισμού, οφείλεται συχνά στην ανεξέλε-

γκτη συνταγογράφησή τους από μη ειδικούς γιατρούς. Ο κίνδυνος της κατάχρησης όμως, σε καμιά περίπτωση δεν πρέπει να οδηγήσει την πολιτεία στο αντίθετο άκρο, θεσπίζοντας νόμους οι οποίοι τελικά δυσχεραίνουν την προμήθεια των φαρμάκων σ' αυτούς που πραγματικά τα χρειάζονται, όπως π.χ. στους καρκινοπαθείς. Έτσι το πρόβλημα παρουσιάζεται με δύο όψεις. Από τη μία η αλόγιστη χρήση οπιοειδών με τους γνωστούς κινδύνους και από την άλλη η οπιοφοβία, που καταλήγει στην ανεπαρκή αντιμετώπιση του πόνου. Η αναγνώριση αυτού του διπλού προβλήματος οδήγησε τις μεγάλες Εταιρείες Πόνου σε όλο τον κόσμο να πραγματοποιήσουν μεμονωμένες και κοινές συναντήσεις για να καταλήξουν σε δηλώσεις συναίνεσης στις οποίες καθορίζονται οι κατευθυντήριες οδηγίες για τη σωστή χρήση των οπιοειδών στο χρόνιο πόνο. Συγχρόνως, αναθεωρείται η ισχύουσα ορολογία που σχετίζεται με τη χρήση των οπιοειδών και δίνεται έμφαση στις έννοιες του ψευδοεθισμού και της θεραπευτικής εξάρτησης<sup>5</sup>. Οι όροι αυτοί σχετίζονται με την εμφάνιση συμπεριφοράς αναζήτησης του φαρμάκου σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, οι οποίοι είτε γνωρίζουν τα ευεργετικά αποτελέσματα της θεραπείας και τα επιζητούν (θεραπευτική εξάρτηση) είτε λαμβάνουν ανεπαρκή αναλγητική θεραπεία (ψευδοεθισμός).

Στην Ελλάδα, έγινε το 2000 στην Αλεξανδρούπολη μια ημερίδα την οποία οργάνωσε η Ελληνική Εταιρεία Πόνου (τμήμα της IASP) με τίτλο "Τα οπιοειδή στο χρόνιο πόνο, ένας αδικαιολόγητα παραμελημένος φίλος". Στην ημερίδα συζητήθηκαν παρόμοια με τις άλλες χώρες προβλήματα, τα οποία όμως στη χώρα μας είναι περισσότερο οξυμένα όπως, η μεγάλη υποτίμηση του πόνου σαν σύμπτωμα ή νόσο, η ανεπαρκής αντιμετώπισή του, η μεγάλη οπιοφοβία, η αυστηρή και περιοριστική σχετική με τη συνταγογράφηση των οπιοειδών νομοθεσία. Στο τέλος της ημερίδας ορίστηκε μια πενταμελής επιτροπή η οποία συνέταξε τις κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση των οπιοειδών στο χρόνιο πόνο, σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα και την Ελληνική εμπειρία. Στις κατευθυντήριες οδηγίες περιγράφονται με λεπτομέρειες τα επιμέρους κεφάλαια που αναφέρονται στην αξιολόγηση του ασθενούς, στο σχεδιασμό της θεραπείας, στη συμβουλευτική βοήθεια από τους ειδικούς, στην περιοδική αξιολόγηση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας και στην τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων<sup>6</sup>.

Μολοντί ο κίνδυνος της εμφάνισης εθισμού από την παρατεταμένη χρήση των οπιοειδών για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου απασχολεί πολύ τους ασθενείς και τους γιατρούς, στην πράξη φαίνεται ότι ο κίνδυνος αυτός είναι πολύ μικρός. Ελάχιστα μεμονωμένα περιστατικά έχουν ανακοινωθεί στην Ελλάδα αλλά και στη διεθνή βιβλιογραφία<sup>7</sup>. Συγχρόνως, σε μελέτες που αφορούν μεγάλες ομάδες ασθενών με χρόνιο πόνο και χρόνια λήψη οπιοειδών, φαίνεται ότι ο κίνδυνος της εξάρτησης δεν αποτελεί τόσο σημαντικό πρόβλημα όσο ο ίδιος ο πόνος και οι συνέπειες του στον ασθενή και το περιβάλλον του.

#### Οι συνυπάρχουσες ψυχικές διαταραχές

Οι ερευνητές αλλά και οι κλινικοί γιατροί συμφωνούν ότι η συχνότητα ψυχικών διαταραχών είναι αυξημένη στους ασθενείς με χρόνιο πόνο (41-65%), σε σχέση με το γενικό πλη-

θυσμό<sup>8</sup>. Από τις συνυπάρχουσες ψυχικές εκδηλώσεις συχνότερες θεωρούνται η ευερεθιστότητα, η φοβία, η δυσχέρεια στην κοινωνική προσαρμογή, το άγχος και η κατάθλιψη. Η συχνότητα της κατάθλιψης που συναντάται στη διεθνή βιβλιογραφία στους ασθενείς με χρόνιο πόνο, κυμαίνεται από 10 μέχρι 100% και επιπλέκει τη θεραπεία των ασθενών αυτών<sup>9</sup>. Η αναγνώρισή της θεωρείται σημαντικό βήμα για την αντιμετώπισή της στην καθημερινή κλινική πράξη. Εάν η κατάθλιψη δεν αναγνωριστεί έγκαιρα, οι ασθενείς παρουσιάζουν φαινόμενα ανθεκτικότητας στη θεραπεία τους, εφόσον αυτή επικεντρώνεται μόνο στον πόνο. Σε ορισμένους ασθενείς μάλιστα, όταν ο πόνος είναι σύμπτωμα κατάθλιψης, η θεραπεία της μπορεί από μόνη της να οδηγήσει στη θεραπεία του πόνου. Σε άλλους πάλι, η θεραπεία της κατάθλιψης μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να ξεφύγουν από ένα φαύλο κύκλο προβλημάτων υγείας και να συνδυάσουν με πιο επιτυχημένο τρόπο τις διάφορες θεραπευτικές αγωγές.

Στο Ιατρείο Πόνου του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, μελετήσαμε τη συχνότητα της κατάθλιψης στους ασθενείς με χρόνιο πόνο, νεοπλασματικής και μη αιτιολογίας και διαπιστώσαμε ότι ήταν 39,5%. Συγχρόνως, βρήκαμε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με καρκινικό και μη καρκινικό πόνο, όπως και μεταξύ των δύο φύλων. Η συχνότητα της κατάθλιψης όμως, ήταν μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους σε σχέση με τα νεότερης ηλικίας άτομα, καθώς και στους ασθενείς με καρκινικό πόνο που αγνοούσαν ότι είχαν καρκίνο, σε σχέση με τους καρκινοπαθείς που γνώριζαν τη νόσο τους<sup>10</sup>.

Η κατάθλιψη είναι επομένως ένα διαπιστωμένο πρόβλημα στους ασθενείς με χρόνιο πόνο και πρέπει να διερευνάται στην παρούσα κατάσταση και στο πρόσφατο ιστορικό τους γιατί η έγκαιρη αναγνώρισή της θα οδηγήσει σε ένα ταχύτερο αποτέλεσμα της για ένα συνδυασμένο, καλύτερο αποτέλεσμα. Τα αντικαταθλιπτικά θεωρούνται φάρμακα πρώτης επιλογής στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, σε συνδυασμό με τις κατάλληλες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Ωστόσο, χρησιμοποιούνται εδώ και 40 χρόνια για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου, εμπειρικά από τους γιατρούς που ασχολούνται με αυτό τον τομέα χωρίς να υπάρχει ακόμη και μέχρι σήμερα ένδειξη από τις φαρμακευτικές εταιρείες για το χρόνιο πόνο<sup>11</sup>. Η αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών στο χρόνιο πόνο πιστεύεται ότι δεν οφείλεται μόνο στη βελτίωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης αλλά και στην πρόκληση αναλγησίας μέσω της δράσης τους με συγκεκριμένους αναλγητικούς μηχανισμούς, οι οποίοι είναι ανεξάρτητοι από την αντικαταθλιπτική τους επίδραση. Η άποψη αυτή ενισχύεται και από το γεγονός ότι τα αντικαταθλιπτικά είναι αποτελεσματικά στο χρόνιο πόνο, ακόμη και όταν δεν συνυπάρχει κατάθλιψη. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι τα αντικαταθλιπτικά βοηθούν στην αντιμετώπιση του πόνου με μικρότερη δοσολογία και σε συντομότερο χρονικό διάστημα, σε σχέση με τις δόσεις και το χρόνο που απαιτείται για να είναι αποτελεσματικά στη θεραπεία της κατάθλιψης.

Οι αναλγητικοί μηχανισμοί με τους οποίους δρουν τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι απόλυτα διευκρινισμένοι. Ωστόσο, πειραματικές και κλινικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι σχετίζονται με<sup>12</sup>:

- 1) αναστολή της επαναπρόσληψης της νορεπινεφρίνης, της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης προσυναπτικά.
- 2) ανταγωνισμό των NMDA υποδοχέων.
- 3) δράση στους υποδοχείς των οπιοειδών.
- 4) αποκλεισμό των διαύλων Na, με αποτέλεσμα να παρομοιάζεται η δράση τους με αυτή των τοπικών αναισθητικών.
- 5) αναστολή της βιοσύνθεσης της αλγογόνου ουσίας P.

Τα αποτελέσματα αυτών των επιδράσεων είναι η δημιουργία ορισμένων ολοκληρωμένων αναλγητικών συστημάτων, τα οποία επιδρούν στην αναστολή της κεντρικής νευρικής υπερδιέγερσης, στην τροποποίηση της νευρικής μεταβίβασης σε όλο τον άξονα εγκέφαλος - προμήκης - νωτιαίος μυελός και στην αναστολή της νοραδρενεργικής διέγερσης στα περιφερικά νεύρα.

Η κατηγορία των αντικαταθλιπτικών που χρησιμοποιήθηκε και μελετήθηκε περισσότερο στο χρόνιο πόνο, είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Είναι γνωστό όμως, ότι τα σκευάσματα αυτά προκαλούν παρενέργειες που περιορίζουν τη χρήση τους στους ασθενείς με χρόνιο πόνο, οι οποίοι αναγκάζονται να παίρνουν συγχρόνως και διάφορα άλλα φάρμακα μεταξύ των οποίων ασθενή ή ισχυρά οπιοειδή, μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, κορτικοειδή, αντιεπιληπτικά και να υποβάλλονται σε περιφερικούς ή κεντρικούς νευρικούς αποκλεισμούς. Στις παρενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών περιλαμβάνονται<sup>12</sup>.

1. Ο αποκλεισμός των μουσκαρινικών υποδοχέων που σχετίζεται με ξηροστομία, ταχυκαρδία και δυσκοιλιότητα.
2. Ο αποκλεισμός των ισταμινεργικών υποδοχέων που σχετίζεται με καταστολή, ζάλη, ναυτία και έμετο.
3. Ο αποκλεισμός των αδρενεργικών υποδοχέων που σχετίζεται με υπόταση και πριαπισμό.
4. Ο αποκλεισμός των ντοπαμινεργικών υποδοχέων που σχε-

τίζεται με την εμφάνιση εξωπυραμιδικής συνδρομής.

Το ιδανικό αντικαταθλιπτικό σκεύασμα θα πρέπει να συνδυάζει αντικαταθλιπτικές και αναλγητικές επιδράσεις, χωρίς όμως ανεπιθύμητες επιπλοκές. Αυτό θα πρέπει επίσης, να επιτυγχάνεται με χαμηλή δοσολογία και σε μικρό χρονικό διάστημα. Οι νεώτερες γενιές των αντικαταθλιπτικών φαίνεται ότι καλύπτουν τις περισσότερες από αυτές τις προϋποθέσεις<sup>14</sup>. Ωστόσο, χρειάζονται και άλλες εμπειριστατωμένες μελέτες για να επιβεβαιωθεί η αποτελεσματικότητα και η ασφάλειά τους στο χρόνιο πόνο, όπως και η δυνατότητα συνέργιας και αλληλεπιδράσεων με τα άλλα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου και κυρίως με τα οπιοειδή.

Τα προβλήματα των ασθενών με χρόνιο πόνο, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει κατάθλιψη, περιορίζονται αλλά δεν εξαφανίζονται με τη χρήση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Η ψυχοθεραπευτική υποστήριξη είναι αναμφισβήτητη απαραίτητη σε πολλές περιπτώσεις δύσκολα αντιμετωπιζόμενων ασθενών και στο μέλλον η ψυχιατρική επιστήμη έχει πολλά να προσφέρει στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου<sup>15</sup>. Αυτό προϋποθέτει την καλύτερη συνεργασία ανάμεσα στις δύο ειδικότητες και τη διάθεση κάποιου χρόνου εκπαίδευσης των ψυχιάτρων στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Αντίστοιχα, οι αναισθησιολόγοι ή οι γιατροί άλλων ειδικοτήτων που ασχολούνται με το χρόνιο πόνο, θα πρέπει να συνειδητοποιήσουν τη σοβαρή διάσταση του συναισθηματικού συστατικού του πόνου και να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν, όσο είναι δυνατόν, τα συνοδά ψυχιατρικά σύνδρομα. Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι κατά κανόνα πολυδιάστατη και οι δύο ειδικότητες θα πρέπει να εντείνουν τις προσπάθειες και τη συνεργασία τους για τον κοινό αυτό στόχο.

## THE CONTRIBUTION OF PSYCHIATRIST SCIENCE IN CHRONIC PAIN MANAGEMENT

Zaralidou A.

Anesthesiology Department AHEPA General Hospital , Outpatients' Pain Clinic

**Chronic pain is a serious problem for both patients and clinicians. Apart from its etiology, the chronicity and the emotional components of pain, affect negatively not only the patient himself but also his surroundings. In recent years, chronic pain is better managed in special pain centres where several methods are combined in order to reduce patients' pain, rehabilitate physical activity and functioning and improve quality of life. There are many cases in which psychiatric intervention is necessary for the success of this aim. These cases include difficulties to distinguish organic from psychogenic pain, to communicate with the patient and to refer him to the psychiatrist if necessary. In addition, there are some problems concerning opioids or other drug abuse, addiction and other coexisting psychiatric disorders, from which depression is the most frequent. The presence of serious depression must be investigated in all patients with chronic pain. Nevertheless, the efficacy of antidepressant agents in the management of chronic pain is not only a matter of their own action in the relief of depression. Evidence suggests that antidepressants have intrinsic analgesic effects and provide analgesia independent of their antidepressant action even when no depression is present. The use of drug medication, including the antidepressant agents, in patients with chronic pain is associated with numerous and undesirable side effects. So, chronic pain management has to be organised in a multimodal basis and psychiatric science must contribute to the solution of this great social problem. (Hellenic J Gen Hosp Psychiatry 2004; 2(1):14-18.)**

**Key words:** chronic pain, pain centers, psychiatry, depression, antidepressant agent.

**Βιβλιογραφία**

1. Bonica JJ. General consideration of chronic pain. In: Bonica JJ, ed. The management of pain. Philadelphia: Lea and Febiger; 1990. p.180-95.
2. Kenneth D. Emotional aspects of pain. In: Wall PD, Melzack R, eds. Textbook of pain. New York: Churchill-Livingston; 1989. p.220-45.
3. Haddocks JD, Bonica JJ. Evolution of speciality of pain medicine and the multidisciplinary approach to pain. In: Cousins MJ, Bridenbaugh PO, eds. Neural blockade in clinical anesthesia and management of pain. 3rd Ed. New York: Lippincott-Raven; 1998. p.1113-34.
4. Corruble E, Guelfi JD. Pain complaints in depressed patients. *Psychopathology* 2000; 33(6):307-9.
5. Mc Quay HJ. Opioid use in chronic pain. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41:175-83.
6. Ελληνική Εταιρεία Πόνου. Η χρήση των οπιοειδών για τη θεραπεία του χρόνιου πόνου. Μια δήλωση συναίνεσης και κατευθυντήριες οδηγίες. Οκτώβριος 2000.
7. Portenoy RU. Opioid therapy for chronic non malignant pain. *J Pain Symptom Manage* 1996; 1:17-28.
8. Atkinson JH, Slater MA, Patterson TL, Grant I, Garfin SR. Prevalence onset, and risk of psychiatric disorders in men with chronic low back pain: a controlled study. *Pain* 1991; 45(2):111-21.
9. Turk DC, Okifuji A, Scharff L. Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts. *Pain* 1995; 61:93-101.
10. Ζαραλίδου Α, Μαιδάστον Π, Αμπατζόγλου Α, Καρακούλας Κ, Μαστορίδης Ε, Γκιάλα Μ. Η κατάθλιψη σε ασθενείς με χρόνια πόνου. Συσχέτιση με τη συνύπαρξη νεοπλασματικής νόσου, την ηλικία και το φύλο. *Θέματα Αναισθησιολογίας και Εντατικής Ιατρικής* 2000. 10:Z60.
11. Lynch ME. Antidepressants as analgesics: A review of randomized controlled trials. *J Psychiatry Neurosci* 2001; 26(1):30-6.
12. Barkin RL, Fawcett J. The management challenges of chronic pain: The role of antidepressants. *Am J Therapeutics* 2000; 7:31-47.
13. Cookson J. Side effects of antidepressant-induced analgesia in chronic pain: [comment]. *Pain* 1993; 52:247.
14. Holliday SM, Benfield P. Venlafaxine: A review of its pharmacology and therapeutic potential in depression. *Drugs* 1995; 49:280-94.
15. Saxby P, Gajinder O, Newman H. Psychiatry has much to offer for chronic pain. *Australian and New Zealand J of Psychiatry* 2001; 35(2):145-9.

---

Αθήνα

Αννα Ζαραλίδου  
Κυζίκου 3, Θεσσαλονίκη 55133