

PROBLEMATIKA BOLESTI Z PSYCHIATRICKÉHO HLADISKA A MOŽNOSTI JEJ LIEČBY

MUDr. Radovan Vaškovský

Psychiatrické oddelenie NsP Nitra

S problematikou bolesti sa stretáva lekár vo svojej ambulancii viac-menej denne. Bolesť zasahuje ako do subjektívneho prežívania daného probanta, tak aj v jeho reakciách na bolesť sprostredkované i na jeho okolie. Článok sa zaoberá vnímaním bolesti hlavne z pohľadu psychiatra, jej zvláštnosťami. Osobitné postavenie je venované problematike chronickej bolesti, ktorá je veľmi závažná či už zo strany pacienta a jeho okolia, alebo aj zo strany lekára, terapeuta. Osobitná časť pojednáva o psychofarmakologickej liečbe bolesti so zastúpením psychofarmák, zaoberá sa mechanizmami ich pôsobenia a najčastejšie používanými preparátmi v jednotlivých indikáciách ako i nefarmakologickými prístupmi predovšetkým zastúpenými psychoterapeutickým prístupom.

Kľúčové slová: chronická bolesť, psychofarmaká, antidepresíva, serotonín, psychoterapia.

PAIN PROBLEMS FROM THE PSYCHIATRIST'S VIEW – TREATMENT POSSIBILITIES.

A psychiatrist meets patients with pain problems in the term of his practice more or less daily.

The pain involves the subjective life of a patient and in connection with his/her reaction to the pain it could involve, by subjective feeling, the patient's family members and the environment too. The article deals in pain feeling, mainly from psychiatrist's view and especially in peculiarity of pain. A greatest attention is paid to chronic pain because of the importance and severity of such pain, feeling by the patient self and in the same way on the side of his/her environment. That is why the physician and psychologist have to pay such great attention to this problem. The proper part is about psychopharmacological treatment in painful states by psychopharmacs involving, describing its effect and a list of more often used types of psychopharmacs in special indications is presented and a nonpharmacological, that means psychotherapeutic approach is recommended too.

Key words: chronic pain, psychopharmacs, antidepressants, serotonin, psychotherapy.

Bolesť je neprijemná senzorická a emocionálna skúsenosť, ktorá súvisí so skutočným, alebo potencionálnym tkanivovým poškodením, alebo je popisovaná v zmysle takéhoto poškodenia. (Definícia bolesti podľa medzinárodnej asociácie pre štúdium bolesti, podvýboru pre taxonomiu, 1979).

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) hodnotí a formuluje pojem bolesti ako subjektívne neprijemné senzorické a emocionálne prežívanie spojené s akútnym, chronickým alebo potencionálnym poškodením tkaniva.

Vnímanie bolesti ako aj reakcie na ňu sú výsledkom viacerých zložitejších interakcií mnohých faktorov. Známe sú **etnické a kultúrne vplyvy** zaznamenané Sternbachom a Turskym, 1965, ako napríklad v židovskej a kresťanskej kultúre, kde bolesť je považovaná za trest nasledujúci po spáchaní zlých skutkov. Na základe toho potom bolesť je aj akceptovaná. V niektorých afrických kmeňoch si ľudia priamo bolesť navodzujú na znak smútku, prípadne bolesť je súčasťou niektorých rituálov a ceremónií. **Okolie** pre jedinca zohráva významnú úlohu v rámci pociťovania bolesti, ako je znížené pociťovanie bolesti v radostnej spoločnosti, v rámci samoty sa potom bolestivé symptómy zvyrazňujú. Podstatné je aj **očakávanie okolia a jeho reakcia** na bolesť jedinca, napríklad prijatie, alebo odmietnutie hysterických, dissociatívnych prejavov – bolesti. **Osobnostné rysy** zahrňujú intelektuálne a emocionálne vlastnosti s charakteristickými prejavmi v chovaní sú podstatou jedinečnosti osobnosti v prijímaní a prežívaní bolesti. Na základe niektorých sledovaní sa súdi, že u introvertných osôb je prah bolesti nižší ako u extrovertov, napriek tomu, že extroverti viacej komunikujú aj o prípadnej bolesti (Bond a Pearson, 1969). **Emócie** takisto ovplyvňujú percepciu bolesti. Počas zaujatia emočne uspokojivou činnosťou inak precíťujeme bolesť,

ako keď sa cítíme znudení, podobne je to aj u úzkostlivých pováh.

Vysoko emocionálne osoby pociťujú bolesť výraznejšie, negatívnejšie (Bond, 1979). Rozdielnosť prežívania bolesti je aj v **pohlaví**. Ženy – možno že aj na základe toho, že sú prirodzene emotívnejšie, prežívajú bolesť výraznejšie, citlivejšie ako muži. Na túto oblasť prebieha množstvo vedeckých, ale aj laických názorov a sledovaní. Vplyvu **veku** a vnímania bolesti sa venovali Huley a Whelan, 1988 u detí. Význam veku v súvislosti s bolesťou je pomerne úzko previazané aj s **kognitívnymi faktormi**. Zahrňujeme sem vplyv učenia individuálneho prežívania bolesti, vplyv skorých životných skúseností, vplyv prostredia a významu bolesti, ktorý je jej pripisovaný, i modelovania na základe pozorovania iných.

Problematika bolesti je stredobodom viacerých vedných odborov, nevynímajúc i rozličné medicínske špecializačné odbory.

S problematikou bolestivých stavov sa stretávame aj v špecializačnom odbore psychiatrie, kde bolesť je chápaná nielen na podklade fyziologických zmien, ale aj nezávisle od poškodenia tkaniva, podmienená rozličnými situačnými faktormi, podmieneným učením, podmieneným z okolia a prostredia postihnutého, ale aj kognitívnymi faktormi.

O zastúpenie bolesti a prítomnosti bolestivých stavov v rámci psychiatrických diagnóz bude pojednané na inom mieste, čo vyžaduje istú samostatnú kapitolu, a preto sa budem zaoberať len istými zvláštnosťami pociťovania bolesti z pohľadu psychiatra ako sú:

- **Reflexná bolesť** – považovaná za prenesenú bolesť, ktorá je spôsobená podráždením mimo miesta jej pociťovania (napr. vyskytujúca sa u neurotických porúch).

- **Fantómová bolesť** – predstavuje projekciu bolesti do odstraňeného údu.

Ako samostatnú kapitolu môžeme považovať problematiku **cefaleí**, o ktorých pojednanie nechávam aj s obsahového charakteru pre ďalšiu príležitosť, avšak vzhľadom práve k poznámkam o liečbe bolesti z pohľadu psychiatra, má veľký význam práve ovplyvnenie chronickej bolesti.

Problematika chronickej bolesti

Typickým pre pacientov s chronickou bolesťou je obvyklé užívanie značného množstva liekov. Títo pacienti zo-trvávajú často v posteli, majú viacero lekárov, strácajú obratnosť, zážitky bývajú pre nich menej radostné. Faktory úzkosti a depresie sú častejšie dôsledkom než príčinou samotnej chronickej bolesti. Prítomná dlhotrvajúca chronická úzkosť a depresia vytvára zvýšenú podráždenosť a nadmernú reakciu na stimuly, dochádza k zníženiu prahu bolesti. Výsledkom prežívania chronickej bolesti sú zmeny v životnom štýle natoľko, že by sme mohli hovoriť o tzv. „bolestivých hrách“. Postihnutý prijíma úlohu chorého, stáva sa stredobodom pozornosti a diania v danej komunite, prinášajúc mu „falošné benefity“, s tendenciami ťažiť z daného postavenia, ako aj s tendenciami vplývať na okolie, komunitu, rodinu a jej jednotlivých členov. V závislosti od intenzity naviazania na jednotlivých členov komunity a miery prijatia, respektive odporu, môže dôjsť až takmer k úplnej prestavbe existencie, fungovania vzájomných vzťahov, udržania, alebo naopak rozpadu tej ktorej komunity.

Liečba bolesti a chronických bolestivých stavov

Liečba takéhoto ochorenia musí byť komplexná, zahrňujúca viacero programov. Len tak môžeme zaznamenať úspech a byť nápomocný v riešení problému pacienta. Okrem samotného lekárskeho prístupu prevádzaného v zásade len jedným ošetrovujúcim lekárom je na mieste odborná *multidisciplinárna spolupráca*, ktorá však má byť smerovaná za účelom konzultácie a technických výkonov. Postoje lekára musia byť priame, nádejné, nie však čo sa týka vyliečenia, ale vzhľadom na zvládanie bolesti. Cieľom terapie je ovplyvnenie mozgových štruktúr periventrikulárne, v oblastiach capsula interna a ventro-bazálneho thalamu a to látok, ktoré sa zúčastňujú v patofyziológii bolesti, ako sú mediátory noradrenalin, serotonin, acetylcholin, GABA, ale aj látky prostaglandin E2, histamín, glutamát, cholecystokinín, opioidy, neurokinín, neurotensin A/B, neuropeptid Y, oxid dusný, vazoaktívny intestinálny peptid (VIP), sub-

stancia P, nervový rastový faktor. Okrem tradičnej medikamentózne liečby anodynami sú vhodné *antidepresíva* (predovšetkým buď tricyklické (TCA), alebo so špecifickým serotonínovým efektom zvyšujúcim jeho reuptake do neuronálnych štrbín CNS / SSRI) a ďalšie početné fyzikálne procedúry, akupunktúra a podobne.

Nevyhnutnou súčasťou je *behaviorálny a kognitívny prístup* zameraný na identifikáciu a elimináciu bolestivých podnetov, zníženie užívaných liekov a využitie pozitívnej energie a síl k presunutiu ťažkostí, ako i celkového smerovania pacienta iným smerom. Pacient musí byť vedený k *svojpomocným úlohám*, ktoré zároveň zvyšujú aktivitu a tak menia doterajší zaužívaný harmonogram. Tieto úlohy nesmú prekročiť jeho možnosti, pri ich plnení má byť odmeňovaný a tak si posilniť pozitívnu spätnú väzbu. Je potrebné aby si pacient sám viedol *záznam o jeho vlastných skúsenostiach s pociťovaním bolesti* (sú vypracované rozličné stupnice miery bolesti – ich subjektívneho vnímania) a reakciách na ňu, ako aj pokrokoch, ktoré dosiahol, s cieľom následne modifikovať správanie neustále zdôrazňujúc pozitívne postoje a vyvíjanú činnosť.

Úspech v liečbe chronickej bolesti môžeme dosiahnuť aj použitím *hypnózy* s cieľom ovplyvnenia úzkosti i zmenami vo vnímaní bolesti čo do intenzity a času trvania bolesti.

Netreba zabudnúť ani na *zapojenie členov rodiny, ich sociálnu podporu a rodinnú terapiu* s vypracovaním stratégií postojov k bolesti a inštruovaní k pozitívnemu posilňovaniu zmien a aktivít u postihnutého jedinca.

Význam má aj stanovenie charakteru a vzájomné odlišenie organickej a neorganickej (prevažne psychogénne navodenej) bolesti (tabuľka 1).

Prístup psychiatra k terapii algických stavov

Pri využití psychofarmakoterapie v terapii bolestivých stavov sa vychádza z priameho možného analgetického účinku, alebo aj nepriamo zmierňovaním úzkosti a depresie ako špecifických psychiatrických symptómov tým sa mení aj miera pociťovania bolesti (prahu bolesti).

Používajú sa:

Antidepresíva

Sú zastúpené širokou škálou s rozličným mechanizmom účinku delených podľa viacerých autorov (napr. Švestka) do viacerých generácií. Hlavný význam majú v odstraňovaní sprievodnej depresie a úzkosti pri bolesti, ktorá je často popisovaná hlavne u chronicky prebiehajúcej bolesti.

Tabuľka 1. Odlišenie organickej a neorganickej bolesti

Hodnotiaci faktor	Organická bolesť	Neorganická bolesť
lokalizácia bolesti	jednoznačne opísaná	menlivá, nejasná
opis bolesti	jednoducho a jasne	zložito, nediferencovane
trvanie bolesti	dochádza k jej ústupu v priebehu času	trvalá, približne rovnako intenzívna
závislosť od pohybu	pozitívna, prítomná	negatívna, chýba
afektívna reakcia pacienta	zodpovedá opísanej bolesti	je nadmerná, neadekvátna
závislosť bolesti a medzifudských vzťahov	nedochádza natoľko k ich narušeniu, nezávislé od bolesti	výrazne spojené s bolesťou, časté ich narušenie
výklad samotných príčin	zdôrazňovanie duševných príčin	zdôrazňovanie organických príčin
reakcia na liečbu	farmakologicky očakávaná	nezrozumiteľná
frekvencia návštev u lekára	zriedkavá, nebýva častá	častá

V léčbě bolesti sa používajú hlavne antidepresíva 1. generácie – **tricyklické antidepresíva (TCA)**. Z nich je treba spomenúť hlavne **tymoleptiká**. Ich účinok je v pôsobení:

- Presynaptickej blokády spätného vychytávania biogénnych aminov predovšetkým noradrenalinu a serotonínu a tým zvyšujú ich koncentráciu v synaptickej štrbine CNS – dosahuje sa tým hlavne antidepresívny efekt.
- Postsynapticky spôsobujú blokádu alfa1- adrenergných a H1 – histaminergných receptorov, tým spôsobujú sedáciu. Zároveň aktivujú descendnú inhibičnú bulbo – spinálnu dráhu bolesti.
- V interakcii s opioidnými receptormi zvyšujú účinok opioidov – tým šetrí potrebu množstva opioidov v liečbe bolesti.
- Spôsobujú stabilizáciu membrán a tým aj inhibíciu uvoľnenia prostaglandínov v periférii.

Najčastejšie podávané sú – amitriptylin, imipramin, clomipramin, dosulepin.

V poslednej dobe sú viacej študované preparáty tretej generácie – **inhibitory špecifického vychytávania serotonínu (SSRI)** v liečbe bolesti. V tejto súvislosti sa hovorí o syndróme z nedostatku serotonínu. (De Angelis, D. Klinger, C. Lanpe, D. Bibel, G. S. Barolin, W. Poldinger).

SSRI spôsobujú selektívnu blokádu spätnoväzobného vychytávania serotonínu a tým zvyšujú jeho ponuku v neuronálnej štrbine CNS.

Z nich sú používané – citalopram, fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralín.

Z ďalšieho typu antidepresív skupiny inhibítorov monoaminoxidázy sa v liečbe bolesti využíva hlavne **reverzibilný inhibítor monoaminoxidázy A (RIMA)** – moclobemid.

- spôsobí reverzibilnú inhibíciu monoaminoxidázy A a tým dochádza k zamedzeniu odbúravania noradrenalinu, dopamínu a serotonínu v CNS aj periférne
- pôsobí mierne vasodilatačne (možné využiť u anginóznych bolestí)
- blokuje prenos bolesti
- pôsobí antidepresívne a anxiolyticky.

Vhodné je aj použitie u atypických faciálnych bolestí, migrenóznych stavov, neurodermatitíd, artritíd a pod.

Účinky novších antidepresív v terapii bolesti sa skúmajú. Z nich treba hlavne spomenúť skupinu **inhibítorov špecifického vychytávania serotonínu a noradrenalinu (SNRI)**. Typickým zástupcom tejto skupiny je venlafaxin, ktorý bol úspešne použitý v liečbe chronickej bolesti, cefaleí a fibromyalgií v prácach Markowitza, Diamonda, Taylora a iných. Spôsobujú selektívnu blokádu spätnoväzobného vychytávania serotonínu a noradrenalinu, čím zvyšujú ich ponuku v neuronálnych štrbinách. Jeho význam je aj vo veľmi dobrom ovplyvnení úzkosti a depresie, ako sekundárneho pôsobenia v liečbe bolesti.

Neuroleptiká

Ich analgetický účinok je spôsobený hlavne:

- alfa1 – adrenergným pôsobením na oblasť retikulárnej formácie

- blokáda H1 – receptorov; dochádza týmito spôsobmi k navodeniu sedácie a k útlmu vigily, tým aj pociťovaniu bolesti
- v kombinácii s analgetikami dochádza k zosilneniu účinkov (využíva sa pri neuroleptanalgéze)
- majú antianxiózný účinok
- niektoré neuroleptiká majú aj ľahký antidepresívny účinok – napomáhajú tak zvyšovať prah bolesti.

Najčastejšie sa jedná o:

skupinu **butyrofenónov** – haloperidol

skupinu **fenothiazínov** – chlorpromazin, levomepromazin, thioridazín

skupinu **thioxanténov** – chlorprotixen.

Anxiolytiká a hypnotiká

Pôsobia :

- prostredníctvom GABA-ergného systému ovplyvnením GABA A – benzodiazepínového/chloridového kanálu
- odstraňujú strach a napätie – prítomné pri bolestivých stavoch
- niektoré pôsobia aj slabo antidepresívne
- navodzujú spánok – možné použiť aj pri hypnóze.

Najčastejšie používané – diazepam, bromazepam, klorzepát, guajafenezín, alprazolam, medazepam, klonazepam, oxazepam.

Anxiolytiká nebenzodiazepínového typu (nevzniká riziko závislosti) – hydroxizín, buspiron.

Hypnotiká – flunitrazepam, midazolam, zopiclon, zolpidem.

Antikonvulzíva

- spôsobujú stabilizáciu membrán Na-Ca kanálov
- ovplyvňujú funkciu G-proteínov v membráne
- pôsobia na NMDA receptory
- ovplyvňujú GABA-ergný systém – zvyšujú prah bolesti.

Najčastejšie sa používa – karbamazepín.

V poslednom období sa však objavujú správy o využití trefogeneračných antiepileptík – tymostabilizátorov hlavne gabapentínu, lamotrigínu a snáď i topiramátu.

Sympatikolytiká

- alfa2 – adrenergný agonista – clonidín.

Používaný je u diabetickej neuropatie, ako aj na liečbu algických prejavov pri odvykacích stavoch od opioidov.

Je samozrejmé, že tu nie je možné uviesť všetky lieky používané a indikované psychiatrami pri liečbe algických stavov. Sú tu vymenované najčastejšie používané v rámci ordinácie pri multidisciplinárnom prístupe.

Význam však majú aj *nefarmakologické prístupy* k pacientovi s algiami spadajúce k terapeutickému indikácii psychiatri. Predovšetkým mám na mysli *kognitívne-behaviorálne*

rálnu terapiu (KBT) a relaxačné techniky. KBT sa vykonáva za účelom uplatnenia psychologických metód, ktoré by znížili výskyt algických stavov, edukovali pacienta o bolesti, previedli nácvik stop techník, viedli by k zmene postojov jedinca k ochoreniu, zmene životného štýlu, ktorý býva v dôsledku ochorenia značne narušený, k potrebným zmenám chovania, k zlepšeniu schopností zvládať stresujúce situácie, dosiahnutiu relaxácie, pozitívnej stimulácie, odpútaniu pozornosti, schopnosti prevádzania zaujatej činnosti, zvýšeniu aktivity, formovaniu nových postojov k ochoreniu, ale i okoliu, vypracovaniu si vlastných postojov k bolesti a schopnosti ovládať bolesť. K takémuto cieľu slúžia aj rozličné *relaxačné techniky, autogénny tréning, fyzioterapia, muzikoterapia a iné.*

Nezabúdajme, že bolesť vnáša do ľudských životov mnoho utrpenia a je zodpovedná za značné percento práceneschopnosti. Bolesť sa prenáša do emočného stavu jedinca, časté sú sprievodné psychiatrické poruchy najmä depresia a úzkosť a to hlavne u chronickej bolesti. Viacerými štúdiami už bolo overené, že bolesť radíme medzi syndrómy z nedostatku serotonínu, ktorý je spojený s množstvom ďalších duševných porúch. I z tohoto pohľadu rozhodne má svoje nezastupiteľné miesto psychiater v rámci multidisciplinárnej starostlivosti v snahe efektívne a komplexne pomôcť pacientovi s bolesťou (tabuľka 2).

Literatúra

1. Dočekal, P. (1994): Vše o bolestech hlavy, Grada, 102 pp.
2. Ferenčík, M., Štvrtinová, V., Bernadič, M., Jakubovský, J., Hulin, I. (1997): Zápal, horúčka, bolesť, Slovak Academic Press, 205 pp.
3. Honzák, R. (1999): Antidepressiva v analgetické indikaci. Česká a slovenská psychiatrie, 95, 3, tematická príloha, 6–12.
4. Hynie Sixtus, Psychofarmakologie v praxi. (1995) Galén, 312 pp.
5. Janosik, H., Ellen, Davies, L. Janet (1999): Psychiatrická ošetrovateľská starostlivosť. Osveta, 551 pp.
6. Jung, A. C., Stainger, T., Sullivan, M. (1997): The efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors for the management of chronic pain. J. Gen. Intern. Med. 12: 384–389.
7. Klingler, D., Lampe, C., Bebel, D. (1994): Citalopram –ein selektiver Serotonin – Wiederaufnahmehemmer in der Therapie chronischer Schmerzen des Bewegungs- und Stützapparates. Neuropsychiatrie 8: 90–94.
8. Kocher, R. (1991): Die Behandlung von chronischen Schmerzen mit Psychopharmaka. Hospitalis. 61: 388–395.

Tabuľka 2. Indikácie podávania psychofarmák v liečbe bolesti

Lieková skupina	Ochorenie, typ bolesti
Antidepressíva I–III. generácie	Atypická faciálna bolesť Migrenózne bolesti Tenzné bolesti hlavy Thalamické bolesti hlavy Diabetická neuropatia a iné neurophatické bolesti Postherpetická neuralgia Fibromyalgie Depresívne stavy spojené s bolesťou Úzkostne-depresívne stavy s bolesťou Potenciácia opiátov
RIMA	Atypická faciálna bolesť Migrenózne bolesti Neurodermatitidy Arteritidy Depresívne stavy s bolesťou
Neuroleptiká	Migrenózne bolesti Tenzné bolesti hlavy Atypická faciálna bolesť Neurasténické bolesti Úzkostné stavy s bolesťou Psychotické bolesti Myalgie, artralgie
Antikonvulzíva	Trigeminálna bolesť Diabetická neuropatia Tenzné bolesti hlavy
Anxiolytiká	Bolesti spojené s úzkosťou Tenzné bolesti hlavy Muskuloskeletárne spastické bolesti Neurasténické bolesti
Hypnotiká	Bolesť spojená s poruchou spánku Potenciácia účinku analgetík

9. Lister, B. J. (1996): Dilemmas in the treatment of chronic pain. Am. J. Med., 101 suppl 1A, 2–5.
10. Magni, G. (1991): The use of antidepressants in the treatment of chronic pain. A review of the current evidence. Drugs. 42: 730–748.
11. Pidman, V. (2000): Antidepressiva v liečbe chronickej bolesti. Psychiatrie pro praxi 2, 53–55.
12. Poldinger, W. (1994): Serotonin, Schmerz, Depression, in Der Praktische Arzt 48: 3–8.
13. Preskorn, H., Sheldon (1996): Clinical Pharmacology of selective serotonin reuptake inhibitors. Professional Communications. 255 pp.
14. Rickels, K., Schweizer, E. (1990): Clinical overview of serotonin reuptake inhibitors. Journal of Clinical Psychiatry. 51 (Suppl): 9–12.
15. Sofaer Beatrice: Bolest. (1997) Grada. 101 pp.
16. Stahl, M., Stephen (1997): Psychopharmacology of Antidepressants. Martin Dunitz. 114 pp.
17. Švestka, J. (1995): Psychofarmaka v klinické praxi, Grada. 249 pp.