



Psychologiczne czynniki zwiększonej percepcji bólu

*. Elwira Góraj,
Oddział Medycyny Paliatywnej
Klinika Diagnostyki Onkologicznej
i Kardiagnostyki
Centrum Onkologii –Instytut Warszawa*



Istnieje ścisły związek pomiędzy stresem psychicznym a nasileniem bólu nowotworowego i należy to uwzględnić podczas oceny bólu.

Knudsen AK, Brunelli C, Kaasa S, et al. Which variables are associated with pain intensity and treatment response in advanced cancer patients? Implications for a future classification system for cancer pain. *Eur J Pain.* 2011;15:320–7.



Ważną zmianą są także umiejętności poznawcze (*nasze myśli, uczucia, emocje*), które mogą w istotny sposób oddziaływać na percepcję bólu i zdolność jego opisanania.

W bólu incydentalnym bodźce psychiczne lub emocjonalne mogą działać jako czynnik wyzwalający w zakresie zbliżonym do wpływu bodźców fizycznych.

Coluzzi PH. Cancer pain management: newer perspectives on opioids and episodic pain. Am J Hosp Palliat Care. 1998;15:13–22.

Czynniki sprzyjające złej kontroli bólu

Wiek < 60 r.ż.

Ból neuropatyczny

Zaburzenia emocjonalne

Niekontrolowany ból nowotworowy może upośledzać QoL.

Uwzględniając wielowymiarową naturę bólu, jego zła kontrola może mieć wiele przyczyn.

Często przypisywana jest złej ocenie i klasyfikacji bólu.

W analizie bólu należy uwzględnić objawy fizyczne, psychiczne, wiek pacjenta, obecność komponenty neuropatycznej, incydenty bólu przebijającego, poziom stresu, uzależnienia w wywiadzie.

Występowanie większej ilości czynników prognozuje dłuższy czas do ustabilizowania dobrej kontroli bólu

Czynniki korelujące z natężeniem bólu

- Poziom lęku i depresji wg skali HADS
- Termometr emocji
- Poziom dystresu
- Skala Ekspresji Gniewu.
- Ocena sprawności chorego (ECOG)
- Czas trwania bólu
- Wymagana wstępna dawka opioidów

Characteristics and associations of pain intensity in patients referred to a specialist cancer pain clinic

Paulo Pina MD, Elham Sabri MSc, Peter G Lawlor MB FRCPI MMedSc

371 pacjentów

średnia wieku 62.1±14.3

54% - 199 kobiety

71% - 265 z obecnością przerzutów

47% - 176 na paliatywnym etapie choroby

50% wymagało częściowej lub całkowitej opieki

wg Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG 3-4)

Głównie guzy lite

Nowotwory układu krwionośnego (4.8%)

Ból nowotworowy nocyceptywny i mieszany

Pain Res Manag 2015;20(5):249-254.

P Pina, E Sabri, PG Lawlor. Characteristics and associations of pain intensity in patients referred to a specialist cancer pain clinic.

W analizie jednoczynnikowej stwierdzono następujące pozytywne korelacje:

- wyższy dochód,
- przynależność do wyższej grupy socjoekonomicznej (1,2,3),
- uzależnienie od alkoholu lub leków, (?)
- wyższy poziom niesprawności,
- stan paliatywny choroby nowotworowej,
- rak głowy i szyi,
- rak przewodu pokarmowego,
- rak ukł. moczowo-płciowego,
- niedawna radioterapia,
- ból neuropatyczny lub mieszany,
- obecność przerzutów,
- stosowanie \geq jednego leku adjuwantowego.

Nie można wykluczyć, że pacjenci o niższym dochodzie mogą mieć większe problemy z werbalizacją swoich odczuć.

Parametr	ocena	Pr>t
Przychód >€485/m (5)	0,596	0.02
Grupa socjoekonomiczna 1,2,3	0.483	0.10
ECOG 3,4 (4)	0.782	0.03
Stan paliatywny	0.47	0.10
Rak głowy i szyi (3)	0.867	0.03
Rak płuc	-0.087	0.92
Rak przewodu pokarmowego (1)	1.054	0.01
Rak piersi	0.448	0.36
Rak ukł. moczowo-płciowego (2)	0.994	0.01
Ból neuropatyczny	0.506	0.11
Stosowanie adjuwantów (6)	0.591	0.02
Przerzuty kostne	0.385	0.18

Narzędzia oceny

Zależność od alkoholu wg CAGE (alcohol questionnaire) ≥ 2 ,

Krótką skalą oceny stanu psychicznego ≥ 4

Skala depresji i lęku (HADS) > 7

Termometr emocji ≥ 4

Zdolności poznawcze

Poziom emocjonalnego stresu

Ocena etapu choroby

Natężenie bólu Brief Pain Inventory (BPI), NRS 0-10

Czas trwania bólu

Występowanie bólu neuropatycznego DN4

Epizody Bólu Przebijającego

Dawka opioidów (w przeliczeniu na morfinę)

Leczenie lekami adjuwantowymi

Wywiad w kierunku depresji (wymagającej leczenia)

Stosowane leczenie

Chemioterapia, radioterapia lub leczenie operacyjne ≤ 30 dni przed pierwszą wizytą w Poradni Leczenia Bólu.

Związek depresji z bólem jest przez niektórych autorów określany jako zespół depresyjno-bólowy, sugerując, że problemy występują łącznie i mogą reagować na podobne leczenie.

Potęgują swoje działanie, mają wspólne neurotransmitery oraz biologiczne drogi.

Pacjent z depresją często ma wiele współistniejących problemów:
emocjonalnych i fizycznych.

Lindsay PGWyckoff M The depression-pain syndrome and its response to antidepressants. *Psychosomatics*. 1981;22:571- 573

Blier PAbbott FV Putative mechanisms of action of antidepressant drugs in affective and anxiety disorders and pain. *J Psychiatry Neurosci*. 2001;26:37- 43

Zależność ból-depresja

Zaobserwowano przewagę objawów bólowych u chorych depresyjnych i depresji u chorych bólowych niż każdy z objawów mierzony oddzielnie.

65% pacjentów depresyjnych zgłasza przynajmniej jeden objaw bólowy

5-85% pacjentów ma objawy depresji.

Depresja najczęściej towarzyszy zespołom bólowym.

W każdym nowo diagnozowanym zespole bólowym należy wykluczyć depresję!!!

Zespół ból-depresja

- Zwiększone natężenie bólu
- Ból przeszkadza w codziennej aktywności
- Częste epizody bólowe
- Ból rozlany
- Ból oporny na leczenie
- Nasilenie bólu pogarsza sprawność – pogorszenie QoL
- Częstsze wizyty u specjalistów, wyższe koszty leczenia
- Prognoza w przypadku współistnienia depresji i bólu jest zła w porównaniu z każdym problemem z osobna.

Problemem do dalszych badań jest ocena czy pacjenci z zespołem ból-depresja są bardziej oporni na typowe leczenie farmakologiczne depresji.

W grupie pacjentów ze współistniejącą depresją obserwuje się:

Częstsze skargi na ból

Wyższe natężenie bólu

Dłuższy czas trwania epizodów bólowych

Większe ryzyko utrwalenia dolegliwości

Ograniczenie mobilności

Upośledzone funkcjonowanie zawodowe i rodzinne

Depresja jest również czynnikiem predestynującym do:

zwiększenia zapotrzebowania na opiekę zdrowotną,

gorsze przestrzeganie zaleceń lekarskich,

gorsza satysfakcja chorego,

częstsze występowanie epizodów w przyszłości.

Analiza efektów stosowania antydepresantów w leczeniu bólu sugeruje jednoczesne zmniejszenie objawów depresji i bólu. *(Z zastrzeżeniem, że większość badań nie miała grupy kontrolnej oraz krótki czas obserwacji. Badania były głównie skoncentrowane na kontroli bólu).*

Stosowano głównie leki z grupy TCA.

Udowodniono istnienie systemu centralnej modulacji bólu, który może nasilać lub wyciszać obwodową stymulację nocyceptywną. Serotonina i noradrenalina hamują stymulację, co tłumaczy dlaczego współistnienie depresji nasila dolegliwości bólowe, a leki przeciwdepresyjne blokują sygnały nocyceptywne.

LEKI p/DEPRESYJNE

- Wszystkie grupy są stosunkowo skuteczne
- 50 –80%-odpowiada na leczenie
- Duże indywidualne zróżnicowanie w odpowiedzi na leczenie
- Efekt placebo na poziomie 25-40%

Geny a podatność na stres/depresję

Osoby z krótkim allelem transportera serotoniny 5-HTT mają tendencje do przejawiania „lękowego temperamentu”

(anxiety-related temperamenst) i są bardziej podatne na depresję niż osoby z 2 długimi allelami genu m.in. mają większą tendencję do „przeżuwania” epizodów życiowych.

Różnicowanie depresji:

- choroby tarczycy
- choroby przytarczyc
- niedokrwistość
- hipoksja
- choroby nowotworowe
- farmakoterapia
- otępienie
- choroba Parkinsona
- choroby wątroby
- terapia steroidowa
- SLE, choroby tkanki łącznej

leki mogące powodować objawy depresji

- Leki p/nadciśnieniowe
 - *Propanolol, Metyldopa, Rezerpina, Klonidyna, Hydralazyna, Guantydyna*
- Inne leki układu krążenia
 - *glikozydy, leki moczopędne, Lidokaina, Procaina*
- Leki sterydowe
 - *kortykosteroidy, Progestageny, (Estrogen)*
- Leki p/bólowe
 - *opiodowe, Indometacyna*
- Benzodiazepiny
- Inne: leki p/bakteryjne, neuroleptyki, chemoterapia, alkohol,

Badanie wieloośrodkowe oceniające występowanie bólu jego postrzeganie, natężenie u chorych z bólem nowotworowym. Ocena korelacji w zakresie fizycznych, psychologicznych i socjalnych objawów.

Canadian National Palliative Care Survey (NPCS).

Wszyscy pacjenci objęci badaniem, byli pod opieką specjalistów medycyny paliatywnej.

91.5% było leczonych opioidami, mimo to wielu nadal zgłaszało dolegliwości bólowe,

Ból silny zgłaszało 5.2% ankietowanych

Wyniki

Zaburzenia depresyjne są 2-4 razy częstsze w grupie dużego natężenia bólu.

W grupie pacjentów z bólem nowotworowym poziom depresji koreluje z poziomem bólu

Związek bólu i lęku może być większy niż bólu i depresji.

Sugerowana jest ścisła zależność między bólem a stosowaniem benzodwiazepin (zalecane częściej niż antydepresanty).

Nie analizowano metod nefarmakologicznych (psychologicznych)..

Lęk podobnie jak depresja może nasilać odczuwanie bólu i zmniejszać tolerancję na stres związany z objawami fizycznymi.

Występowanie kombinacji bólu, depresji i lęku zbliża się do stanu określanego jako „ból wszechogarniający (total pain).

Psychiczny stres jest jednym z podstawowych wymiarów Skali Edmoutona (Edmonton Classification System for Cancer Pain) i odnosi się do zwiększonego przedziału czasowego koniecznego do stabilizacji kontroli bólu..

Badani u których współwystępowała depresja i lęk mieli szczególnie wysoką częstotliwość skarg na globalne cierpienie.

Wilson KG, Chochinov HM, Skirko MG, et al. Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. J Pain Symptom Manage. 2007;33:118–29.

Związek emocje-ból obserwowane są przez anestezjologów każdego dnia pracy i potwierdzone badaniami.

Lęk zdecydowanie wpływa na zmniejszenie siły działania środków przeciwbólowych w okresie po znieczuleniu i operacji.



Chora przyjęta do OMP celem optymalizacji leczenia przeciwbólowego.

Pacjentka w trakcie paliatywnego leczenia systemowego zaawansowanego raka endometrium - stan po kilku etapach leczenia chirurgicznego (resekcja macicy, resekcja ściany pęcherza moczowego z powodu wznowy, resekcja odcinkowa jelita cienkiego z powodu npl, operacja m.Hartmann). Wyłoniła stomia.

Jako powikłanie chemioterapii wystąpiła polineuropatia obwodowa kończyn.

W chwili przyjęcia **VAS 50 o typie neuropatii głównie dotyczący kończyn dolnych**



Konsultacja chirurgiczna Nr2

Po 24 godz. leczenia zachowawczego

W bad TK guzowata zmiana naciekowa o wym. 54x51mm, naciekająca końcowy odcinek jelita krętego, upośledzenia drożności przewodu pokarmowego na poziomie jelita cienkiego. Perystaltyka - pojedyncze fale perystaltyczne, bez ewidentnych przelewań.

Chora w chwili obecnej nie jest przekonana do ewentualnej próby leczenia operacyjnego.

Poinformowana o sytuacji, w tym także o ryzyku niepowodzenia i możliwych powikłaniach prób leczenia operacyjnego.

Ze względu na nawracające stany podniedrożności i małe prawdopodobieństwo wystarczającego żywienia doustnego, pacjentka skierowana do

Kliniki Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Konsultacja psychologiczna

Pacjentka w dniu wczorajszym otrzymała informację o prawdopodobnym żywieniu pozajelitowym być może do końca życia.

Na tę wiadomość zareagowała płaczem. W rozmowie z psychologiem mówi, że nie spodziewała się takiej informacji, czuje się zaskoczona i wystraszona. Podaje, że boi się jak będzie teraz wyglądała jej codzienność.

Dodatkowo, opowiada o ojcu, który był w ten sposób żywiony na chwilę przed śmiercią.

Po rozmowie z lekarzem podaje, że czuje się spokojniejsza, miała możliwość zadania pytań i uzyskania na nie odpowiedzi.

Potrzebuje czasu by oswoić się z informacją.

Cechy zespołu depresyjnego.

Konsultacja psychiatryczna

ICD10F43.2 - Reakcja na ciężki stres. Zaburzenia adaptacyjne


Leczenie:

Cital 20mg

Lerivon 30mg

Skala Edmونتona przed leczeniem polineuropatii




POLAK MAR
 Oddział: OMPK
 Epizod: 62-10462
 843009

Data przyj. 22/02/2016
 Pesel: 57120804986

Data: 16.03.16
 PID:
 ICD10:
 ECOG:

PROSZĘ ZAKREŚLIĆ LICZBĘ, KTÓRA NAJLEPIEJ OKREŚLA:

1.	Brak bólu	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorszy ból
2.	Nie zmęczony / a	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorsze zmęczenie
3.	Bez nudności	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorsze nudności
4.	Nie przygnębiony / a	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorsze przygnębienie
5.	Bez lęku	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorszy lęk
6.	Nie śpiący / a	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najmocniejszy sen
7.	Dobry apetyt	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorszy apetyt
8.	Jak najlepsze samopoczucie	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorsze samopoczucie
9.	Bez duszności	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorsza duszność
10.	Inny problem:											

Wypełnione przez: Pacjenta Pielęgniarkę Opiekuna

Skala Edmoutona w czasie epizodu niedrożności



PR10.15_F0_W1

SKALA EDMONTONA

Pacjentka jednolity / komórki organizacyjne

DATA: 21.03

PID: 843009

ICD10: C57 C182

ECOG: 2

Imię i nazwisko pacjenta

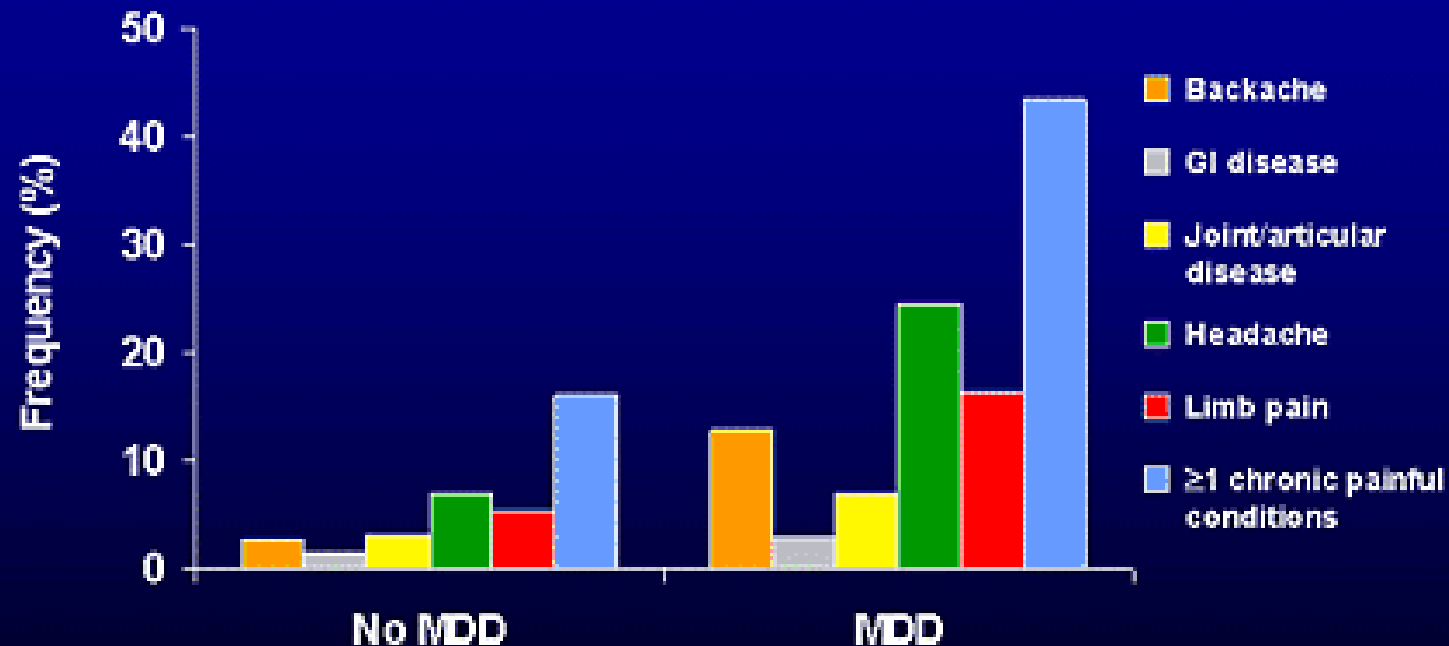
PROSZĘ ZAKREŚLIĆ LICZBĘ, KTÓRA NAJLEPIEJ OKRESLA:

1. Brak bólu	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorszy ból
2. Nie zmęczony / a	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorsze zmęczenie
3. Bez nudności	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorsze nudności
4. Nie przygnębiony / a	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorsze przygnębienie
5. Bez lęku	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorszy lęk
6. Nie śpiący / a	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najmocniejszy sen
7. Dobry apetyt	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorszy apetyt
8. Jak najlepsze samopoczucie	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorsze samopoczucie
9. Bez duszności	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	Jak najgorsza duszność
10. Inny problem:											

Wypełnione przez: Pacjenta Pielęgniarkę Opiekuna

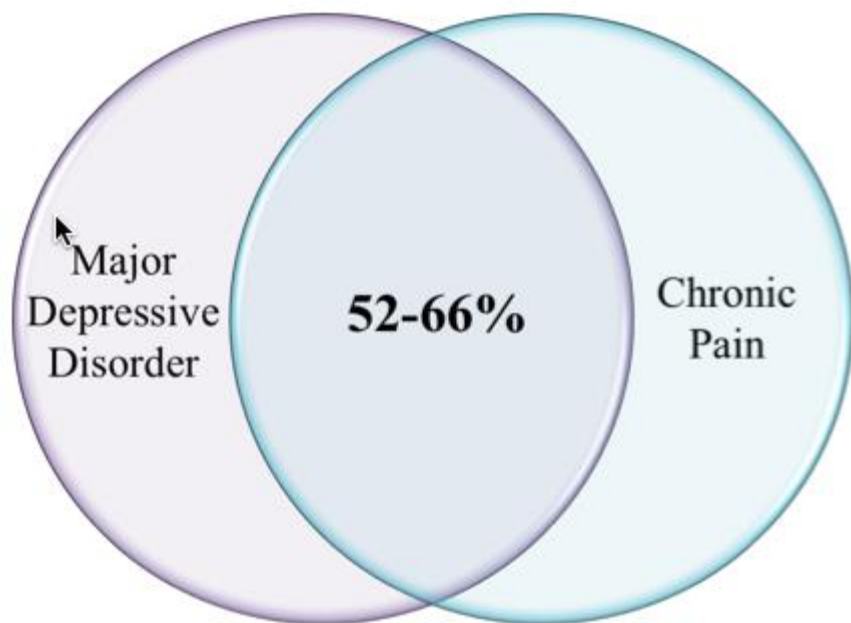
COL_08_04_2015

Chronic Pain and Depression



MDD=major depressive disorder.

Ohayon MM, Schatzberg AF. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:39-47.



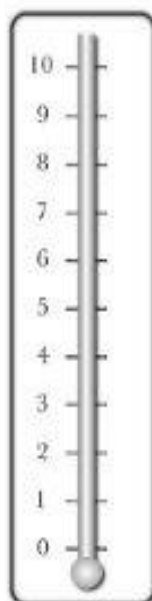
Dziękuję za uwagę

data imię i nazwisko

Instrukcja: Najpierw proszę otoczyć kółkiem cyfrę (0 – 10), która najlepiej określa, jakiego stresu doświadczyłeś w ostatnim tygodniu włącznie z dniem dzisiejszym.

TERMOMETR DYSTRESU

ekstremalny stres



brak stresu

Następnie wskaż, co z poniższej listy było dla Ciebie problemem w ubiegłym tygodniu włącznie z dniem dzisiejszym. Upewnij się, czy zaznaczyłeś TAK lub NIE przy każdym punkcie listy.

TAK NIE Problemy praktyczne

- wychowywanie dziecka
- mieszkanie
- ubezpieczenie/finanse
- transport/korzystanie ze środków lokomocji
- praca/szkola

Problemy rodzinne

- relacje z dziećmi
- relacje z partnerem

Problemy emocjonalne

- depresja
- lęki
- podenerwowanie
- smutek
- martwienie się
- utrata zainteresowania codziennymi zajęciami

Kwestie religijne/duchowe

TAK NIE Problemy fizyczne

- wygląd
- mycie się/ubieranie
- oddychanie
- zmiany w oddawaniu moczu
- zaparcia
- biegunka
- spożywanie posiłków
- zmęczenie
- wrażenie opuchnięcia
- gorączka
- przemieszczanie się
- niestrawność
- pamięć/koncentracja
- zmiany chorobowe w jamie ustnej
- nudności
- suchość w nosie lub nadmiar wydzieliny
- ból
- seksualność
- suchość skóry/swędzenie
- sen
- mrowienie w dłoniach/stopach

inne problemy:

POZIOM DYSTRESU

Pojęcie dystresu wiąże się z nieprzyjemnymi odczuciami, jakie niesie ze sobą stres, na przykład bólem, lękiem lub cierpieniem.

Dystres obniżać może kondycję zdrowotną człowieka, negatywnie wpływać na jakość życia i obniżać jego zdolności do codziennego, sprawnego funkcjonowania.

KALA EKSPRESJI GNIEWU – SEG

Nina Ogińska-Bulik, Zygfryd Juczyński

Skala ekspresji gniewu składa się z 20 stwierdzeń wchodzących w skład dwóch podskal, które dotyczą:

- gniewu kierowanego na zewnątrz - (10 stwierdzeń),
- gniewu kierowanego do wewnątrz – (10 stwierdzeń).

Skala służy do pomiaru nasilenia gniewu nie związanego ze specyficzną sytuacją, lecz odnosi się do sytuacji ogólnych i reakcji zazwyczaj przejawianych w tego typu sytuacjach. Gniew utożsamiany jest nie tylko z zachowaniami wrogimi, agresywnymi lecz także z formami zachowań akceptowanych społecznie.

Wyniki analiz ujawniły dodatnią korelację między gniewem kierowanym na zewnątrz oraz ujemną między gniewem kierowanym do wewnątrz a wskaźnikami agresji oraz zachowaniami Typu A/B. Im silniejsza tendencja do ujawniania gniewu, tym większa skłonność do zachowań agresywnych i zachowań Typu A oraz im silniejsza tendencja do tłumienia gniewu, tym mniejsza skłonność do agresji i zachowań zgodnych z Typem A.