

BÓL SOMATOGENNY CZY PSYCHOGENNY

Tomasz Gabryelewicz

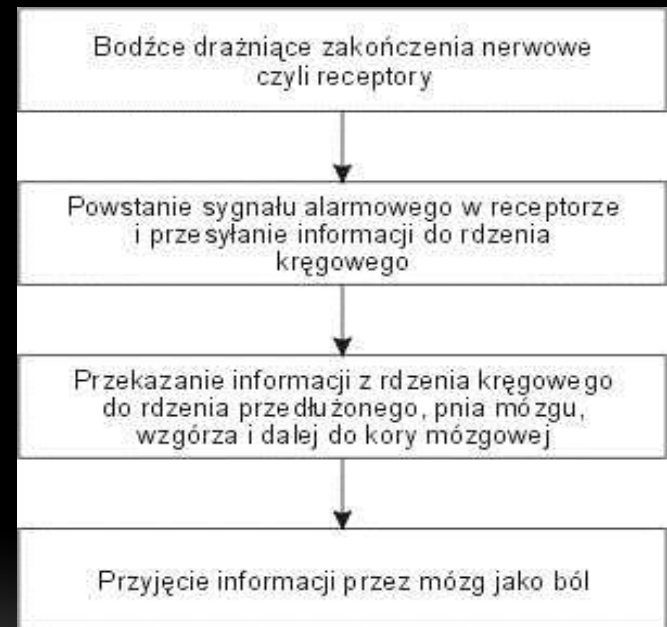
IMDiK. im. M. Mossakowskiego PAN

ZABURZENIA PSYCHICZNE U CHORYCH NEUROLOGICZNIE

- Wśród pacjentów zgłaszających się do neurologa rozpowszechnienie objawów psychopatologicznych sięga **nawet 50%**
- Zaburzenia psychiczne mogą być kliniczną manifestacją wielu zaburzeń neurologicznych
- **W zaburzeniach bólowych (szczególnie ból przewlekły) współistnienie depresji i lęku sięga nawet 30%**
- Zespoły bólowe, którym najczęściej towarzyszą objawy psychopatologiczne (zwykle depresyjne) to: bóle kręgosłupa, napięciowe głowy, migrena oraz bóle neuropatyczne

ŹRÓDŁA BÓLU Z BIOLOGICZNEGO PUNKTU WIDZENIA

- **Ból receptorowy** jest to najczęstszy rodzaj bólu, który wynika z podrażnienia receptora bólowego, tak zwanego nocycceptora. Spowodowany jest uszkodzeniem tkanek na skutek choroby.



ŹRÓDŁA BÓLU Z BIOLOGICZNEGO PUNKTU WIDZENIA

- **Ból neuropatyczny** spowodowany jest podrażnieniem lub uszkodzeniem części ośrodkowego lub obwodowego układu nerwowego. Nawet neutralny bodziec, jak delikatny dotyk, może wywoływać nieprzyjemne doznanie. Do tej kategorii należą też bóle fantomowe (w amputowanej kończynie)
- **Szczególnie**, u niektórych osób doświadczających tzw. **stanów negatywnego afektu (drażliwości lub anhedonii) następstwem zaburzeń neurobiologicznych** czynności szlaków czuciowych i motywacyjnych w układzie nerwowym jest **wzmocniona odpowiedź na neutralne bodźce czuciowe** (lub stosunkowo łagodne bodźce bólowe)

CZYM JEST BÓL NEUROPATYCZNY?

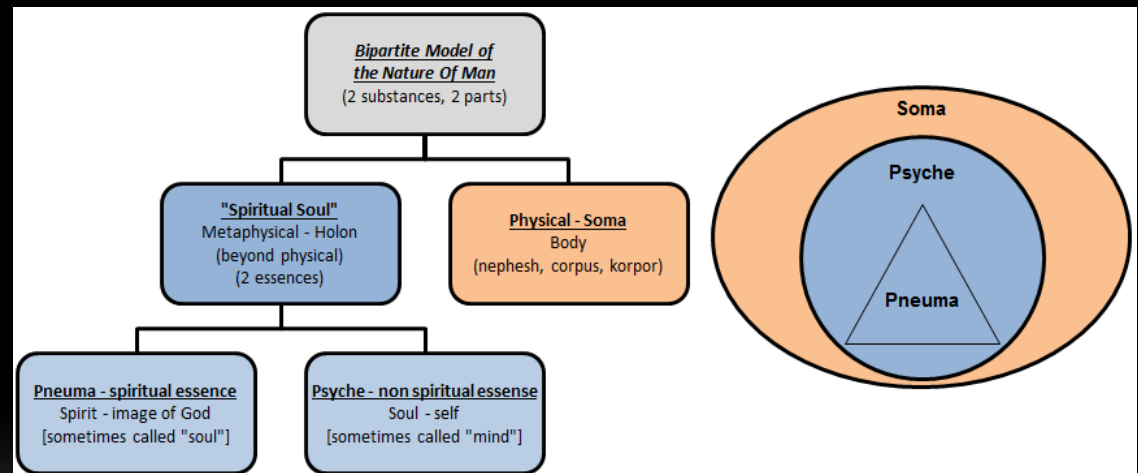
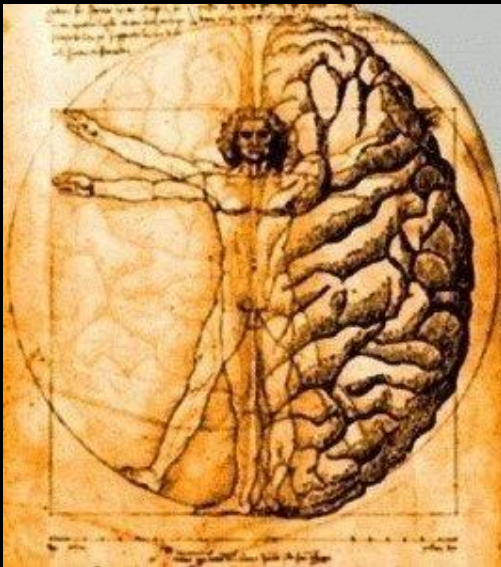
- **Ból neuropatyczny** jest typem przewlekłego bólu spowodowanego urazem lub chorobą układu nerwowego, często powodującym wrażenie uczucia pieczenia, mrowienia i przeszywającego bólu
 - **Charakterystyczne objawy:**
 - ból kłujący lub podobny do porażenia elektrycznego
 - allodynia
 - przeczulica dotykowa
 - przeczulica bólowa
 - hyperpatia
 - częste nasilanie się objawów w godzinach nocnych
-

NAJCZĘSTSZE ZESPOŁY BÓLU NEUROPATYCZNEGO

- bolesna neuropatia obwodowa, np. cukrzycowa
 - neuralgia popółpaścowa
 - neuralgia nerwu trójdzielnego
 - neuropatie uciskowe, takie jak zespół kanału nadgarstka
 - neuralgia językowo-gardłowa
 - przetrwały ból pooperacyjny (np. po operacjach tarczycy, piersi lub kręgosłupa, a także po amputacjach kończyn)
 - bóle neuropatyczne związane ze stwardnieniem rozsianym, udarem, nowotworami, lekami, sprzężone z HIV
-

ŹRÓDŁA BÓLU Z BIOLOGICZNEGO PUNKTU WIDZENIA

- **Ból psychogeny** wynika z podłoża psychicznego. Objawia się on tym, że pacjenci skarżą się na ból, który nie ma związku z uszkodzeniem czy podrażnieniem tkanek lub nerwów.



BÓL PSYCHOGENNY, PSYCHALGIA

- Ból psychogeny ma **podłoże psychologiczne**, chociaż jest odczuwany jak każdy ból mający przyczynę organiczną
- Występuje u ludzi w każdym wieku, częściej jednak dotyczy kobiet
- **Narasta wraz ze starzeniem się i w populacji po 65 roku życia dotyczy już 80%**
- W grupie ryzyka znajdują się osoby zmagające się z depresją, z zespołem stresu pourazowego oraz alkoholicy

BÓL PSYCHICZNY (PSYCHOLOGICAL, EMOTIONAL, MENTAL PAIN)

- *Stan intensywnego psychicznego cierpienia, któremu towarzyszą poczucie wstydu, upokorzenia, rozpacz, samotności i lęku. Alternatywnie, ból psychiczny można określić jako nasilony stan wewnętrznego rozbitcia i smutku (wg Edwina Shneidmana)*
- Uogólniony ból psychiczny, gdy osiągnie niemożliwą do zniesienia dla jednostki intensywność, stanowi rzeczywiste źródło zachowań samobójczych

NIE MA BÓLU FIZYCZNEGO BEZ BÓLU EMOCJONALNEGO

- Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu – definicja:
„ból jest nieprzyjemnym doznaniem **zmysłowym oraz emocjonalnym**,
wiążącym się z faktycznym lub mogącym nastąpić uszkodzeniem tkanek –
lub opisywanym przez chorego w tych kategoriach”
- Doznanie bólowe jest zjawiskiem **dwuwymiarowym**, na który składają się:
 1. ból somatyczny (związany z naruszeniem ciągłości tkanek – np. wskutek urazu lub choroby),
 2. **poczucie cierpienia i zagrożenia**
- Każdy z tych elementów może się przyczyniać do dalszych zmian stanu psychicznego, takich jak zaburzenia koncentracji, obniżony nastrój lub lęk

BÓL U OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

- Na poziomie neurobiologicznym nie sposób oddzielić bólu fizycznego od emocjonalnego. Chorzy z niektórymi zaburzeniami psychicznymi będą częściej cierpieć z powodu bólu niż osoby bez takich zaburzeń.
- Wyniki badań epidemiologicznych wskazują, że w porównaniu z populacją ogólną objawy bólowe częściej występują w grupach pacjentów z rozpoznaniem:
 - dużej depresji,
 - zaburzeń afektywnych dwubiegunowych,
 - zaburzeń lękowych,
 - zaburzenia stresowego pourazowego,
 - zaburzenia osobowości typu borderline,
 - zaburzeń związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych.

PRZEWLEKŁY BÓL A DEPRESJA

- Depresja występuje u **około 50%** pacjentów cierpiących na przewlekły ból*
- Ból zaostrza depresję, a depresja zaostrza przewlekły ból
- Najczęstsze skargi pacjentów z depresją:
 - ból pleców
 - bóle głowy
 - bóle brzucha
 - zespół jelita nadwrażliwego
 - niezlokalizowany ból mięśniowo-szkieletowy

* Ruoff GE. J Fam Pract 1996

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE BÓLU PSYCHOGENNEGO

DSM-IV opisuje ból psychogeny, jako „zaburzenie bólowe”, jako **zaburzenie somatopodobne** spełniające wszystkie podane niżej kryteria:

1. Skupienie uwagi na bólu pochodzącym z jednego lub kilku miejsc ciała.
2. Ból ten powoduje znaczące pogorszenie funkcjonowania, np. zawodowego, czy społecznego.
3. **Czynniki psychiczne odgrywają znaczącą rolę** w zapoczątkowaniu, nasileniu, zaostrzeniach, czy przewlekłości ww. dolegliwości bólowych.
4. Odczucia bólowe nie są celowo produkowane.

RÓŻNICOWANIE DOLEGLIWOŚCI SOMATYCZNYCH NA PODŁOŻU PSYCHICZNYM

Rodzaj zaburzenia – **Ból psychogeny**

Cechy dystynktywne:

- **Ból (bóle) jako główna dolegliwość. Czynniki psychiczne odgrywają decydującą rolę w genezie i dynamice dolegliwości.**
- Początek zaburzeń - w każdym wieku. Przebieg - zróżnicowany, często przewlekły. Zaburzenia występujące w rodzinie: depresja, alkoholizm, ból psychogeny.
- Cechy dodatkowe zaburzenia: niesprawność, izolacja społeczna.
- Zaburzenia psychiczne współistniejące: nadużywanie substancji przeciwbólowych i psychoaktywnych, depresja, lęk.

RÓŻNICOWANIE DOLEGLIWOŚCI SOMATYCZNYCH NA PODŁOŻU PSYCHICZNYM

Rodzaj zaburzenia – **Epizod depresyjny z objawami somatycznymi**

Cechy dystynktywne:

- **Ból (bóle) jako jeden (jedne) z głównych dolegliwości**
- W obrazie klinicznym widoczne są podstawowe psychiczne objawy depresji (anhedonia, przygnębienie), oraz wtórne objawy somatyczne (zaburzenia snu, spadek łaknienia).
- Początek zaburzeń - w każdym wieku. Przebieg - zróżnicowany, bardzo często przewlekły. Zaburzenia występujące w rodzinie: depresja, alkoholizm.
- Cechy dodatkowe zaburzenia: niesprawność, izolacja społeczna. Zaburzenia psychiczne współistniejące: nadużywanie alkoholu, zaburzenia lękowe

RÓŻNICOWANIE DOLEGLIWOŚCI SOMATYCZNYCH NA PODŁOŻU PSYCHICZNYM

Rodzaj zaburzenia – **Zespół lęku panicznego**

Cechy dystynktywne:

- **Objawy pobudzenia autonomicznego, szczególnie w klatce piersiowej.**
Dolegliwości bólowe w okolicy serca.
- Początek zaburzeń - druga i trzecia dekada życia. Epidemiologia - 2-3% populacji ogólnej. Proporcja chorujących - kobiety częściej niż mężczyźni.
- Przebieg - często przewlekły, nawroty po wielu latach..
- Cechy dodatkowe zaburzenia: niesprawność, izolacja społeczna, poszukiwanie terapii, częste wizyty w pomocy doraźnej.
- Zaburzenia psychiczne współistniejące: nadużywanie benzodiazepin, depresja, fobia społeczna.

RÓŻNICOWANIE DOLEGLIWOŚCI SOMATYCZNYCH NA PODŁOŻU PSYCHICZNYM

**Rodzaj zaburzenia – Objawy somatyczne w przebiegu
zaburzeń**

psychotycznych (np. urojenia hipochondryczne)

Cechy dystynktywne:

- **Dziwaczne dolegliwości bólowe, z ich urojeniową interpretacją.**
- Początek zaburzeń - w czwartej, piątej dekadzie życia.
- Przebieg - często przewlekły.
- Zaburzenia psychiczne współistniejące

RÓŻNICOWANIE DOLEGLIWOŚCI SOMATYCZNYCH NA PODŁOŻU PSYCHICZNYM

Rodzaj zaburzenia – Zaburzenia z somatyzacją

Cechy dystynktywne:

- **Różnorodne dolegliwości somatyczne. Czynniki psychiczne odgrywają decydującą rolę w genezie i dynamice dolegliwości.**
- Początek zaburzeń - przed 30. rż. Epidemiologia - do 2% w populacji kobiecej. Proporcja chorujących kobiet do mężczyzn (k/m) - częściej kobiety.
- Przebieg - przewlekły. Zaburzenia występujące w rodzinie: zaburzenie z somatyzacją, antisocjalne zaburzenie osobowości, nadużywanie substancji psychoaktywnych. Cechy dodatkowe zaburzenia: chaotyczna linia życia, częste zmiany lekarzy prowadzących.
- Zaburzenia psychiczne współistniejące: nadużywanie substancji przeciwbólowych i psychoaktywnych, depresja, lęk paniczny, zaburzenia osobowości.

RÓŻNICOWANIE DOLEGLIWOŚCI SOMATYCZNYCH NA PODŁOŻU PSYCHICZNYM

Rodzaj zaburzenia – **Zaburzenia konwersyjne**

Cechy dystynktywne:

- **Objawy sugerujące ogniskowe uszkodzenie mózgu w postaci zaburzeń funkcji ruchowych lub czuciowych**. Czynniki psychiczne związane ze stresem odgrywają decydującą rolę w genezie i dynamice dolegliwości.
- Początek zaburzeń - zwykle między 10 a 35 rż. Epidemiologia - nawet do 25% populacji pacjentów ambulatoryjnych. Proporcja chorujących kobiet do mężczyzn (k/m) - $k > m$, nawet 10:1.
- Przebieg - nawrotowy. Zaburzenia występujące w rodzinie: konwersja.
- Konwersyjne bóle głowy – dotyczą zwykle czoła, skroni, całej czaszki (*ciężar, kask*), czasami wierzchołka (gwóźdź histeryczny). Jednak są mało specyficzne, trudne do odróżnienia od innych.

RÓŻNICOWANIE DOLEGLIWOŚCI SOMATYCZNYCH NA PODŁOŻU PSYCHICZNYM

Rodzaj zaburzenia – **Hipochondria**

Cechy dystynktywne:

- **Obawa lub przekonanie o organicznym, nieuleczalnym podłożu dolegliwości bólowych. Czynniki psychiczne odgrywają decydującą rolę w genezie i dynamice dolegliwości.**
- Początek zaburzeń - okres wczesnej adolescencji. Epidemiologia - 4-9% populacji pacjentów ambulatoryjnych. Proporcja chorujących k/m - 1/1.
- Przebieg - zróżnicowany, często przewlekły.
- Cechy dodatkowe zaburzenia: częste choroby w dzieciństwie, poszukiwanie terapii. Zaburzenia psychiczne współistniejące: depresja, lęk.

Czy psychiatra może skutecznie
pomóc osobie z przewlekłym zespołem
bólowym?

METODY NIEFARMAKOLOGICZNE

- Terapia kognitywno-behawioralna (CBT)
 - Edukacja
 - Ćwiczenia aerobowe
-

POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM Z BÓLEM PSYCHOGENNYM

- Leczenie powinno być tu jak najbardziej kompleksowe i obejmować **psychoterapię, terapię rodzinną, oraz leczenie biologiczne (leki)**.
- Nie ma leku (grupy leków), które stanowią standard leczenia bólu psychogennego.
- Dodatkowo pacjenci domagają się odrębnego leku na każdą odrębną dolegliwość. Wybierając lek do terapii bólu psychogennego należy raczej kierować się współistniejącym zaburzeniem psychicznym (zwykle depresyjnym)
- Leczenie polega więc albo na podawaniu **leków z grupy SSRI/SNRI** (w przypadku współistniejącej depresji), lub np. buspironu (w przypadku objawów zaburzeń lękowych – szczególnie lęku uogólnionego).

POSTĘPOWANIE Z PACJENTEM Z BÓLEM PSYCHOGENNYM

- Pacjenci mają tutaj naturalną tendencję do nadużywania środków przeciwbólowych, benzodiazepin, czy nawet opiatów
- **Pierwsze zalecenie terapeutyczne** - unikanie wprowadzania pacjentów na drogę uzależnień od ww. środków. Kolejnymi zaleceniami będą:
 1. próba zmiany postawy pacjenta z „usuwania bólu” na „lepsze życie z bólem”;
 2. unikanie zachowań jatrogennych;
 3. terapia zaburzeń psychicznych, nakładających się na ból psychogeny (leki antydepresyjne).

LECZENIE BÓLU NEUROPATYCZNEGO

- Zgodnie z proponowanymi aktualnie wytycznymi postępowania w bólu neuropatycznym do leków „pierwszej linii” w leczeniu bólu neuropatycznego należą leki przeciwdepresyjne z grupy TLPD i SNRI, oraz leki oddziałujące na podjednostkę alfa-2-delta drobiny białka G regulowanego napięciem kanału wapniowego – gabapentyna i pregabalina. Natomiast inne leki przeciwpadaczkowe, takie jak: karbamazepina, kwas walproinowy, lamotrygina, bupropion, topiramát, okskarbazepina należą do „trzeciej linii” leków stosowanych w bólu neuropatycznym i powinny być stosowane w przypadku braku skuteczności leków z „pierwszej linii”.

LEKI ZALECANE W TERAPII BÓLU NEUROPATYCZNEGO

(WG. JAESCHE R & BRUDKIEWICZ P)

Siła zalecenia (wg systemu GRADE)*

leki pierwszego wyboru

silne zalecenie (na podstawie bardzo wiarygodnych danych naukowych)

silne zalecenie (na podstawie bardzo wiarygodnych danych naukowych)

silne zalecenie (na podstawie danych naukowych o umiarkowanej wiarygodności)

leki drugiego wyboru

słabe zalecenie (na podstawie danych naukowych o umiarkowanej wiarygodności)

leki trzeciego wyboru

słabe zalecenie (na podstawie danych naukowych o umiarkowanej wiarygodności)

Leki

leki przeciwdepresyjne z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny:

- duloksetyna lub wenlafaksyna

leki przeciwpadaczkowe:

- pregabalina lub gabapentyna

- TLPD (np. amitryptylina)

tramadol (opiodowy lek przeciwbólowy)

lidokaina w plastrach

kapsaicyna w plastrach (8%)

- silne opiodowe leki przeciwbólowe

- toksyna botulinowa

*Siła zalecenia odzwierciedla stopień przekonania autorów badania, że korzyści płynące ze stosowania danego leku przeważają potencjalne ryzyko.

LECZENIE BÓLU PRZEWLEKŁEGO NEUROPATYCZNEGO

Przeciwpadaczkowe (nadpobudliwość neuronów)	Inne o działaniu przeciwbólowym
<p>Kw. walproinowy początkowo 300-600 mg/d, max 2000 mg/d Wskazania: w neuralgii popółpaścowej i neuropatii cukrzyc.</p> <p>Karbamazepina Początkowo 2x100 mg/d, max 1800 mg/d Wskazania: w neuralgii trójdzielnej, neuropatii cukrzycowej, neuralgii popółpaścowej, bólu ośrodkowym po udarze</p> <p>Lamotrygina początkowo 25-50 mg/d, max 600 mg/d Wskazania :w opornej na leczenie neuralgii trójdzielnej</p> <p>Gabapentyna Początkowo 100-300 ma na noc, max 1800-3600 w trzech dawkach podzielonych Wskazania: w neuralgii popółpaścowej, neuropatii cukrzycowej, bólu fantomowym, bólu rdzeniowym</p> <p>Pregabalina Dawki:150-600 mg/dobę w dwóch dawkach</p>	<p>Opioidy Dawki wyższe niż w przypadku bólu nocycypty-wnego.</p> <p>Antagoniści NMDA Ketamina Metadon</p> <p>Agoniści GABA Baclofen 20-100 mg/d</p> <p>Blokery układu współczulnego Klonidyna 100-300 mg/d</p> <p>Leki przeciwdepresyjne TCA, SSRI, SNRI</p>

MECHANIZM DZIAŁANIA LP W LECZENIU BÓLU

- **Zahamowywanie zwrotnego wchłaniania monoamin** (noradrenaliny i/lub serotoniny) ze szczeliny synaptycznej, co powoduje nasilenie działania hamującego proces nocycypcji przez aminy biogenne na poziomie rdzenia kręgowego (aktywacja endogennych układów antynocyceptywnych)
- **Analgezia wywołana przez leki przeciwdepresyjne** może również wynikać z działania hamującego na receptory NMDA, zablokowania przewodnictwa kanałów sodowych oraz działania sympatykolytycznego

LP JAKO KOANALGETYKI

TCA	SNRI	SSRI	4pierścieniowe LP
<p>Amitryptylina, Imipramina, Doksepina Dawka początkowa od 10-25 mg/noc; max - o 25 mg do 100 mg/noc efekt przeciwbólowy odwleczony po 1-2 tyg. - b. neuropatyczne (neuralgia po półpaścowa, neuropatia cukrzycowa, b. dolnego odcinka kręgosłupa) - b. przewlekłe głowy - fibromialgia</p>	<p>Wenlafaksyna Dawka 150-225 mg/d - alodynia, hiperalgezia - b. neuropatyczne (neuralgia cukrzycowa) Duloksetyna Dawka 30-60 mg/dobę - fibromialgia - neuropatia cukrzycowa - b. dolnego odcinka kręgosłupa Milnacipran Dawka 100-200 mg/dob. - fibromialgia</p>	<p>Citalopram Paroksetyna - obwodowa neuropatia cukrzycowa Escitalopram - przewlekły zespół bólowy w dolnym odcinku kręgosłupa Główne wskazania SSRI – towarzyszące przewlekłemu bólowi depresja, niepokój, lęk, bezsenność</p>	<p>Mianseryna poprzez hamowanie wychwytu zwrotnego noradrenaliny oraz blokowanie alfa 2 autoreceptorów także wykazuje działanie analgetyczne. Dawka początkowa wynosi 30 mg/dobę ze stopniowym jej wzrostem do 90 mg dziennie.</p>

LEKI PRZECIWBÓLOWE – JAK DZIAŁAJĄ?

NLPZ	PARACETAMOL	METAMIZOL	NEFOPAM	TRAMADOL
<ul style="list-style-type: none"> - hamują COX - hamują ekspresję indukowanej NOS - hamuje adhezję i agregację leukocytów aktywuje układ lipoksyny A 	<ul style="list-style-type: none"> - hamuje COX-3 izoformę cyklooksygenazy występującą w OUN - hamuje syntezę tlenku azotu aktywuje serotoninergiczny komponent układu antynocyceptywnego 	<ul style="list-style-type: none"> - hamuje COX-2 i COX-3, nasila syntezę substancji przeciwbólowych – hamuje zwrotne wchłanianie adenozyiny w OUN - zmniejsza napięcie mięśni gładkich 	<ul style="list-style-type: none"> - hamuje wychwyty zwrotne serotoniny i noradrenaliny w układzie antynocyceptywnym 	<ul style="list-style-type: none"> - działa przez receptory opioidowe i hamuje wychwyty zwrotne serotoniny i noradrenaliny w układzie antynocyceptywnym zstępującym

HAMOWANIE AKTYWNOŚCI IZOENZYMÓW CYTOCHROMU P450 PRZEZ SSRI, SNRI A RYZYKO WYSTĄPIENIA NIEKORZYSTNYCH INTERAKACJI

Lek	CYP 1A2	CYP 2C9	CYP 2C19	CYP 2D6	CYP 3A4
escitalopram citalopram	0	0	0	+	0
fluoksetyna	+	++	++	+++	++
fluwoksamina	+++	++	+++	+	++
paroksetyna	+	+	+	+++	+
sertralina	+	+	+	++	+
wenlafaksyna	0	0	0	++	0

SSRI (fluoksetyna, fluwoksamina, paroksetyna, sertralina) hamują aktywność CYP 2C9, który metabolizuje większość stosowanych w praktyce klinicznej NLPZ

CZY PSYCHIATRA MOŻE SKUTECZNIE POMÓC OSOBIE Z PRZEWLEKŁYM ZESPOŁEM BÓLOWYM?

„Ból fizyczny oraz emocjonalny są dwiema stronami tego samego medalu” Elman et al.. Arch. Gen. Psychiatr

- Ból wiąże się zarówno z cierpieniem fizycznym, jak i **psychicznym**.
- Przewlekły ból jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych.
Nie powinno się go ignorować!
- Przewlekłe dolegliwości bólowe często współwystępują z niektórymi zaburzeniami psychicznymi.
- Psychiatrycy mogą skutecznie pomagać osobom doświadczającym przewlekłego bólu (zwłaszcza bólu neuropatycznego).

BÓL ISTNIENIA



*Ból fizyczny oraz emocjonalny są
dwoma stronami tego samego medalu*

*Ból fizyczny oraz emocjonalny są
dwoma stronami tego samego medalu*

Dziękuję bardzo.
