

Prehľad kategórií psychickej bolesti

doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD.et.PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave

Príspevok je zameraný na komplexný prístup k bolesti. Podrobne sa venuje psychickej bolesti, ktorú vymedzuje v štyroch kategóriách: psychická bolesť v zmysle prežívania duševných útrap, psychická bolesť sprevádzajúca chronickú alebo rakovinovú bolesť, psychická bolesť pri niektorých psychiatrických syndrómoch a existenciálna bolesť (prienik medzi psychickou a spirituálnou bolesťou).

Kľúčové slová: psychická bolesť, komplexný prístup, zvládanie.

Review of categories of psychical pain

The article is focused on the holistic approach to the pain. In the details describes psychic pain, which divides into four categories: psychic pain during the going through the psychical sorrows, psychic pain attending by the chronic or cancer pain, psychic pain during some psychiatric syndroms and existential pain (intersection of the psychic and spiritual pain).

Key words: psychical pain, holistic approach, coping.

Paliat. med. liec. boles., 2010, 3(3): 117–118

Úvod

Niekoľko storočí bola podľa Descartovho učenia bolesť považovaná za čisto fyzickú, bez akýchkoľvek spolupôsobiacich činiteľov. Výskumné smerovania aj v iných oblastiach sa sústredili na človeka v biologickom kontexte a psychické, sociálne, prípadne spirituálne aspekty boli považované za nevedecké. Kedže na základe Descartovej teórie nebolo možné vysvetliť niektoré mechanizmy (napr. fantómovú bolesť alebo rôznosť prežívania intenzity bolesti v populácii), bolo potrebné vytvoriť takú teóriu, ktorá pripúšťa, že bolesť je mnohodimenzionálny fenomén a je potrebné ju skúmať komplexne. Systematický prístup k vysvetleniu bolesti vytvorili v druhej polovici 20. storočia Ronald Melzack s Patrikom Wallom a nazvali ju **vrátková teória bolesti** (1).

Psychologické súvislosti modulácie bolesti

V súčasnosti je vrátková teória (gate control theory) chápaná ako relatívne najspoľahlivejšie vysvetlenie toho, čo sa v človeku deje pri zážitku bolesti. Kľúčovým chápaním tejto teórie je to, že v zážitku bolesti sú zahrnuté rôzne časti centrálného nervového systému. Podľa autorov, vstupné signály z primárnych sensorických neurónov v mieche aktívne upravuje neurálny mechanizmus, tzv. vrátka. Vznik bolesti je ovplyvnený aktivitou slabo myelinizovaných A-delta a nemyelinizovaných C-vláken (tvoria takmer 60 % všetkých aferentných nervových vlákien), ktoré bránu otvárajú, a silne myelinizovaných A-beta vlákien, ktoré vedú vzruch veľmi rýchlo (až 100-krát rýchlejšie než C-vláka) a bránu uzatvárajú (1, 2). Nociceptné vlákna C aktivujú bunky substantia gelatinosa Rolandi.

Z nich vychádzajú vzruchy, ktoré pokračujú ascendentnými vláknami do talamu. Vzruchy sú interpretované v mozgovej kôre a vo frontálnych lalokoch ako bolesť. Rýchle vlákna A-alfa alebo pomalšie A-beta môžu modulovať aktivitu C-vláken a vlákien A-delta (3).

Z psychologického hľadiska je dôležitá rola impulzov prichádzajúcich z ústredia. Tie sú ovplyvňované okrem iného aj psychologickými, konkrétne kognitívnymi vplyvmi. Nie sú to len vplyvy predchádzajúcich skúseností, ale aj vplyvy presvedčení a predstáv o tom, čo sa deje. Na celkovom vnímaní bolesti sa tak podieľajú nielen sensorické, ale aj kognitívne, emocionálne a motivačné zložky (2, 4).

Organizmus má mnohé mechanizmy, ktoré sú schopné modulovať bolesť. V 70-tych rokoch bol v mozgu objavený endogénny morfín, neskôr aj ďalšie látky ako sú enkefalíny a endorfíny. Okrem toho existujú aj ďalšie endogénne látky modulujúce bolesť, ako napríklad tzv. excitačné aminokyseliny (3). Prostredníctvom nich si organizmus dokáže sám regulovať bolesť. Na druhej strane sa zistilo, že v tele existujú chemické látky, ktoré nebrzdia, ale naopak umožňujú prechod bolestivým podnetom. Ide o sérotonín, bradykinín, prostaglandín, P-substancia a iné (2).

Podľa najnovších výskumov existujú v mozgovej kôre oblasti, ktoré priamo kontrolujú bolesť. Tým možno vysvetliť efekty elektrickej stimulácie a je to zrejme taktiež podkladom psychologického pôsobenia bolesti (5).

Psychická bolesť

Zmyslovému poznaniu skutočnosti, teda pocitom a vnemom, sa v psychológii venovalo veľa pozornosti (išlo najmä o vizuálne a sluchové

javy). V poslednej dobe sa čoraz viac v odbornej psychologickú literatúre možno stretnúť aj s kapitolami o vnímaní bolesti z hľadiska holistického princípu.

Definovať a vymedziť psychickú bolesť je veľmi zložitá, hoci v niektorých prípadoch môže byť psychická bolesť subjektívne prežívaná intenzívnejšie než fyzická. Možno konštatovať, že sa nedá presne vymedziť hranica medzi bolesťou a utrpením.

Bolesť bola v roku 1979 definovaná Medzinárodnou asociáciou pre štúdium bolesti ako nepríjemná zmyslová a emocionálna skúsenosť spojená s akútnym alebo potenciálnym poškodením tkaniva alebo popisovaná ako poškodenie tkaniva. Pri analýze tejto definície je zrejmé, že psychická bolesť korešponduje s tou časťou, kde sa hovorí, že bolesť je emocionálna skúsenosť. V definícii je prítomný i rozmer subjektívneho vnímania bolesti.

Psychickú bolesť možno popísať z viacerých hľadísk:

1. **psychická bolesť v zmysle prežívania duševných útrap** vyplývajúcej zo straty (napríklad niekoho blízkeho), z obviňovania sa, z výčitiek svedomia, z traumatického zážitku a pod. Posturika človeka v stresovej situácii môže spôsobovať vznik spazmov a tak dôjde k aktivácii nociceptorov a vznikne bolesť. Stres vo všeobecnosti oslabuje descendný antinociceptný systém. Musíme si ale uvedomiť, že vznik bolesti v tomto prípade nie je viazaný len na aktiváciu nociceptorov, čiže bolesť môže byť človekom vnímaná aj bez nociceptného podnetu. Po traumatickom zážitku sa môže takáto udalosť prejaviť aj somatizáciou.

2. **psychická bolesť sprevádzajúca chronickú alebo rakovinovú bolesť.** Pri chronickom priebehu bolesti stráca bolesť svoju ochrannú funkciu voči organizmu a stáva sa zbytočnou a škodlivou. Súčasťou chronických ochorení býva veľmi často aj psychická bolesť. Sprievodným znakom môže byť u mnohých pacientov aj depresia. Z psychologického hľadiska sú významné behaviorálne dôsledky chronickej bolesti, ktoré môžu byť rôzne. Bolesť typicky mení správanie ľudí, obmedzuje ich sociálnu interakciu, znižuje množstvo ich aktivít, mení mimiku tváre a veľakrát aj celkový pohľad na život smerom k pesimizmu a beznádeji. Špecifickým prípadom je rakovinová bolesť, pri ktorej môže ísť o kontinuálnu stimuláciu nociceptorov v spojení s psychickou bolesťou. V tomto prípade je namieste hovoriť o totálnej bolesti, ktorú ako prvá definovala Cicely Saundersová a zohľadňuje aj sociálny a spirituálny rozmer.
3. **psychická bolesť pri niektorých psychiatrických syndrómoch** sa môže vyskytovať pri neuróze, schizofrénii, depresii, delíriu. Práve v týchto prípadoch je popisovaná ako veľmi silná, až neznesiteľná a pacienti sa ju snažia prehlásiť napríklad aj fyzickou bolesťou – suicidálne pokusy obzvlášť brutálnym a bolestivým spôsobom. Pri anxiózných stavoch môže byť bolesť spôsobená

zvýšením tonusu sympatika, z čoho logicky vyplýva zníženie prahu bolesti.

4. **existenciálna bolesť**, ktorú možno chápať aj ako prienik medzi psychickou a spirituálnou bolesťou, ktorá sa objavuje v situácii ohrozenia života človeka alebo v situáciách, keď človek prežíva svoju existenciu ako nezmyselnú.

Citlivosť (toleranciu) na bolesť nepokladáme za vrodenú, ale naučenú v priebehu socializácie človeka. Veľmi záleží na výchovných vplyvoch, minulých zážitkoch bolesti (každý zážitok bolesti ovplyvňuje jej vnímanie a spracovanie v budúcnosti) a reakciách okolia na tento fakt. Nemožno zabudnúť ani na vplyv kultúry (tradícií, rituálov) a samozrejme aj edukáciu v tejto oblasti.

Podľa viacerých autorov (6, 7) sú podstatné aj stratégie, ktoré jedinec volí vo vzťahu k bolesti a k jej zvládaniu. Ide o individuálne a často diametrálne odlišné postupy, ktoré ľudia používajú ako obranu proti nepríjemnej situácii. Sú ľudia, u ktorých bolesť zmierni modlitba alebo meditácia, iní vypracovávajú vlastné postupy riadenej imaginácie a odpútavajú sa od bolesti predstavou iných príjemných situácií. Sú i takí, ktorým pomáha fyzická aktivita či abreakcia. Na zmiernenie bolesti je účinná aj hypnóza pod odborným vedením hypnotizéra – lekára alebo psychológa. Existujú však aj deštruktívne stratégie, ako je napríklad sebaútočnosť, autoagresia, katastrofické myslenie a iné.

Z hľadiska psychoterapeutických intervencií sa najčastejšie využíva kognitívno-behaviorálna psychoterapia, dynamické prístupy a v prípade existenciálnej bolesti logoterapia. Efektívne sú aj také metódy ako arteterapia, muzikoterapia, ergoterapia, prípadne kanisterapia.

Záver

Je potrebné obsiahnuť všetky zložky bolesti, ktoré vyplývajú z mnohodomenzionality človeka. Aby mohla byť bolesť úspešne liečená, je potrebná multi- a interdisciplinárna spolupráca odborníkov.

Literatúra

1. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: A new theory. Science 1965; 150: 971–977.
2. Křivohlavý J. Psychologie nemoci. Praha: Grada 2002.
3. Masár O. Liečba bolesti pri malígnych ochoreniach. Bratislava: Charis 2000.
4. Taylor SE. Health psychology. Singapore: Mc Graw Hill 1999.
5. Rokyta R. Fyziologie a patofyziologie bolestivé transmise. Bolest 2000; 1: 12–16.
6. Janáčková L. Bolest a její zvládání. Praha: Portál 2007.
7. Kašparů M. Hypnóza, pastorální kauza. Svitavy: Trinitas 2006.

doc. PhDr. Mgr. Patricia Dobříková, PhD.et.PhD.

Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Trnavskej univerzity
Hornopotočná 23, 918 43 Trnava
pdobrik@pobox.sk



Tlačová správa

Versatis® sa dostáva na ďalšie trhy Európy vrátane Slovenska

Liečivá náplast s 5 % lidokaínom Versatis® sa v priebehu roku 2010 po úspešnej registrácii dostáva na nové trhy v Európe. Prípravok bol doteraz registrovaný v Belgicku, Francúzsku, Nemecku, Luxembursku, Slovinsku, Švédsku a Veľkej Británii, ďalej aj v Latinskej Amerike a na Strednom východe. Nemecká farmaceutická spoločnosť Grünenthal uvádza Versatis na trhy v 14 európskych krajinách: v Rakúsku, Bulharsku, Českej republike, Estónsku,



Grécku, Lotyšsku, Litve, Slovensku, Španielsku, Portugalsku, Rumunsku, ako aj na Cypre, Malte a Islande. Registrácia sa vzťahuje na symptomatickú liečbu neuropatickej bolesti spojennej s predchádzajúcou infekciou herpes zoster. Prípravok je na Slovensku registrovaný a kategorizovaný s preskripčným obmedzením na algeziológov a neurológov. Podľa medzinárodných smerníc sa Versatis® odporúča ako liek prvej voľby na liečbu neuropatickej bolesti. Vďaka topickej aplikácii na kožu účinkuje liečivá náplast priamo na bolestivú oblasť kože, pričom udržiava systémovú absorpciu lidokaínu na nízkej úrovni. Prináša tak lepšiu tolerabilitu liečby v porovnaní so systémovou medikáciou. Klinické štúdie u pacientov s postherpetickou neuralgiou ukázali, že liečba náplastou Versatis® mala minimálne vedľajšie účinky a významne znížila úroveň bolesti a alodýnie, ako aj zlepšila kvalitu života a spánku.