

# Psychofarmaka při léčbě bolesti

HONZÁK R.<sup>1,2</sup>, SEIFERT B.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ústav všeobecného lékařství I. LF UK, Praha,  
přednosta MUDr. B. Seifert

<sup>2</sup>Psychiatrická katedra IPVZ, Praha,  
vedoucí prof. MUDr. K. Chromý

## SOUHRN

Současný pohled na bolest a její zvládnání preferuje medicínské stanovisko (bolest je chorobný stav a má být zvládnána medicínskými prostředky) a opouští překonané stanovisko morální (zvládnání bolesti je otázkou morálních kvalit jedince). Při léčbě bolesti, akutní i chronické, nádorové i nenádorové (nepřesně označované jako „benigní“) se používají nejen analgetika, ale též adjuvantní farmaka. Mezi nimi zaujímají významné místo psychofarmaka, která zasahují na řadě úrovní vnímání a modulace bolesti – od nocicepcie až po komplexní prožitky, který bolest představuje. Ve svém sdělení uvádíme přehled možností využití adjuvantní psychofarmakologické léčby, algoritmus indikací, klinického působení, dávkování, nežádoucích účinků a možných interakcí s dalšími podávanými léky.

**Klíčová slova:** léčba bolesti - adjuvantní terapie - anxiolytika - antidepresiva - antikonvulziva - neuroleptika - deprese - coping.

## SUMMARY

Honzák R., Seifert B.: Psychopharmaceutic drugs in the treatment of pain

The present view of pain and its management prefers a medical standpoint (pain considered as a disease state to be treated with medical remedies) and leaves the obsolete moral point of view (coping with pain is the question of moral qualities of the individual). In the treatment of pain, acute or chronic, related to tumors or not (imprecisely called benign), not only analgesic drugs, but also adjuvant preparations are used. Psychopharmaceutic drugs occupy an important place there, acting at various levels of perception of modulation of pain – from nociceptive to complex experience, which pain represents. The authors present a survey of possibilities to use adjuvant psychopharmaceutic therapy, algorithm of indications, clinical effects, dosing, untoward effects and possible interactions with other administered drugs.

**Key words:** treatment of pain – adjuvant therapy – anxiolytic drugs – antidepressive agents, anticonvulsants – neuroleptics – depression – coping.

Prakt. Lék., 84, 2004, Suppl. 1, p. 40-44.

*Bolest je nepřijemná senzorická a emocionální zkušenost spojená s aktuálním nebo potenciálním poškozením tkání, nebo je popisována výrazným takovým poškozením.*

*Bolest je vždy subjektivní...*

*Z definice bolesti Světové zdravotnické organizace (SZO)*

Léčba bolesti je patrně základním posláním medicíny a nepochybněná zůstává i poté, co se medicína vztahuje k racionálním a vědeckým kořenům. Navzdory mnoha seriózním poznatkům o analgetických postupech existuje stále alarmující množství zjištění konstatujících, že vysoké procento nemocných trpících bolestí nedostává adekvátní léčbu. Mírou kvality léčení bolesti je mimo jiné též spotřeba opioidů

připadající na jednoho obyvatele; tento ukazatel zařazuje ČR na třinácté místo pod průměrnou spotřebou všech evropských zemí.

Racionální využití psychofarmak jako adjuvantních přípravků při léčení bolesti se vyneřuje poprvé v analgetickém „žebříku“ doporučení pro léčbu nádorové bolesti uvedeném v tabulce 1. Adjuvantní léčbu představují, kromě symptomatické terapie, především

TAB. 1. Doporučení WHO pro léčbu nádorové bolesti

1. BĚŽNÁ ANALGETIKA + adjuvantní terapie	→ tlumení bolesti → bolest neustává →
2. BĚŽNÁ ANALGETIKA + slabé opioidy + adjuvantní terapie	→ tlumení bolesti → bolest neustává →
3. BĚŽNÁ ANALGETIKA + silné opioidy + adjuvantní terapie	→ bolest mizí
Upřednostnění perorální, rektální či transdermální aplikace před aplikací parenterální	

TAB. 2. Požadavek biopsychosociálního pohledu na pacienta s bolestí

- Nocicepce - neurochemická úroveň
- Uvědomění - neuropsychická úroveň
- Prožitek - komplexní intrapsychická úroveň
- Bolestivé chování - sociální úroveň
- Existenciální smysl - spirituální úroveň

TAB. 3. The Coping Strategy Questionnaire

Swarzbaum, L. C. et al.: The factor of the Coping Strategies Questionnaire. *Pain*, 1994, 57, p. 311-316. (přeložil R. Honzák)

Kategorie: 1. Odpoutání, 2. Výzva, 3. Přeformulování, 4. Katastrofizování, 5. Víra a naděje

Zařhněte laskavě, které z uvedených činností děláte, když trpíte bolestí, současně prosím doplňte na konec řádky, zda a jak vám pomáhají. Děkuji vám za spolupráci a ujistuji vás, že všechny údaje, které zde poskytnete jsou naprosto důvěrné.

1.	Myslím na věci, které rád-ráda dělám Myslím na lidi, s nimiž rád-ráda něco dělám Opakuji si v myšlenkách příjemné zážitky z minulosti Dělám něco, co mě baví, třeba se dívám na TV nebo poslouchám hudbu Jdu van a dělám něco, co mě baví, třeba jdu do kina nebo nakoupit. Snažím se být mezi lidmi Čtu si Dám si sprchu nebo koupel
2.	Pokračuji, jako by se nic nedělo Nevládám si toho Řeknu si, že přece nedovím, aby mě bolest rušila v tom, co dělám Přestože mě bolest trápí, pokračuji ve své činnosti Nepřemýšlím o bolesti Ignoruji ji Vnímám bolest jako výzvu, která mě přece nemůže obtěžovat Nezáleží na tom, jak zlé to je, já vím, že to zvládnu
3.	Představuji si, že bolest je někde mimo moje tělo Předstírám, že to není část mne Snažím se vzdát bolesti co nejvíce, téměř tak, jakoby bolest byla v těle někoho jiného Snažím se nemyslet na ni jako na své tělo, ale jako na něco, od čeho jsem oddělen-oddělena Nemyslím na ni jako na bolest, ale spíše jako na tupý nebo teplý pocit Přemýšlím o jiných pocitech, například o znečitlivění
4.	Cítím, že to už nevydržím Cítím, že takhle už nemohu dál Stále si dělám starosti, zda to někdy skončí Cítím, že můj život nemá cenu Je to brozné a cítím, jak mě to přemáhá Je to strašné a já vím, že to nikdy nebude lepší
5.	Modlím se k Bohu, aby to dlouho netrvalo Modlím se, aby mě bolest přešla Vím, že jednou přijde někdo, kdo mi pomůže, a bolest na chvíli zmizí Spoléhám na svou víru v Boha Eventuální další činnosti, které mi pomáhají: ..... .....

klasická psychofarmaka a z nich především antidepresiva.

Při diagnostice a léčení bolesti je nutno důsledně zapomenout na model,

jenž navrhl francouzský filozof René Descartes (který mimo jiné prohlásil, že zvíře nemůže pociťovat bolest, protože postrádá duchovní princip a „jest-



OBR. 1. Descartesův model bolesti

líže křičí, když je mlátíš holí, je to totéž, jako by mlátil holí do pianu a ono by vydávalo zvuky“).

Podle současných poznatků můžeme prožitek (zkušenost) bolesti pracovní rozdělit do několika kategorií (viz tab. 2). Je to nocicepce - neurochemická a neurofyzilogická úroveň zpracování bolestivého podnětu, dále uvědomění si bolesti a přitazení emoční komponenty limbickým systémem a nakonec úplný a komplexní prožitek, na němž se podílí kromě již uvedených částí systému také korová oblast mozku. Bolestivý prožitek vede k bolestivému chování, jež má etologicky ze své upozornit okolí na to, že jedinec trpí a získat od něj pomoc. Nakonec nemůžeme pominout rovinu existenciální/spirituální, na jejíž tvorbě se podílí vyšší ety (morální, etické) a hodnotové schéma jedince (jinak tutéž bolest zpracovává sportovec, jehož zájmem je dohrát zápas, jinak jedinec, který ví, že bolest je vyvolána smrtelným onemocněním).

Prožitek bolesti může být vyvolán z kterékoli etáže celého systému, tedy nejen z porušení tkáně s nociceptivními důsledky (dráždění volných nervových zakončení látkami způsobujícími bolestivý vjem), ale též z poruchy struktur, jež tyto signály vedou, z nepříznivého „nastavení“ struktur emočních, až po pocit bolesti vyhodnocený kognitivními centry jako takový, ačkoli vychází ze sféry psychosociální (např. osamělost). Integrujíci substanci propojují všechny tyto úrovně se zdá být látka P, dekapeptid, který se objevuje od periferie až po korová centra v souvislosti s pojmem „bolest“ (bez ohledu na to, zda jde o bolest tělesnou, či o bolest psychickou).

**TAB. 4. Přehled analgeticky působících psychofarmak a dalších adjuvantních přípravků**

Název	Indikace	Denní dávka	Poznámky
<b>ANTI-KONVULZIVA</b>			
Fenytoin	Neuropatická bolest, akutní lancinující bolesti (bolestivý tik, neuralgie trigeminu)	100-300 mg	Léčbu zahajovat nízkou dávkou, dle potřeby zvyšovat
Karbamazepin	Akutní neuralgická bolest, lancinující bolesti, bolestivý tik, neuralgie	100-800 mg	Výhodný zejména u záchvatovitých bolestí
Kyselina valproová	Neuropatické (posttherapeutické) lancinující bolesti	200 mg - 1000 mg	Kontraindikací je poškození jaterního parenchymu
Klonazepam	Neuropatické lancinující bolesti	1,05-5,0 mg	Vhodný i při emoční labilitě a úzkostných projevech
Gabapentin	Především neuropatické a tenzní bolesti	100-900 mg	Jako agonista GABA receptoru má i zklidňující účinek
<b>ANTI-DEPRESIVA</b>			
TCA = tricyklická anti-depresiva; imipramin, desmipramin, amitriptylin, nortriptylin, doxepin	Neuropatické bolesti (diabetes), posttherapeutické neuralgie, adjuvantní léčba nádorové bolesti	25-50 mg, při zjištěné depresi je indikována plná antidepressivní dávka	V komplexní léčbě lze „terapeuticky využít“ jinak nežádoucích účinků (anticholinergní = spazmolytický efekt, sedativní efekt). Tricyklická anti-depresiva jsou prověřena v desítkách studií a přicházejí v úvahu jako lék první volby
Maprotilin	Stejně jako TCA	25-125 mg p.o., 25-75 mg i.v.	Výrazně méně anticholinergních účinků než u předšlé skupiny. Možná intruzní aplikace (25-50 mg), čímž se obchází hepatální bariéra a dosahuje rychlejšího účinku
Fluoxetin (SSRI)	Všechny typy bolesti; zkusit tam, kde selhala předchozí anti-depresiva, zejména je-li masivní úzkost	20-60 mg	Vzhledem k dlouhému poločasu lze udržovací dávky podávat i obden či 2x týdně
Fluvoxamin (SSRI)	Stejně jako u fluoxetinu	50-200 mg	Interakce s imunosupresivy
Paroxetin (SSRI)	Stejně jako u fluoxetinu	10-60 mg	Indikován tam, kde jsou přítomné kompulzivní prvky
Citalopram (SSRI)	Stejně jako u fluoxetinu	10-60 mg	Velmi dobře tolerován
Venlafaxin	SNRI (duální - působí jak na reuptake Na, tak serotoninu) analgetický účinek jako TCA	17,5-75 mg	Rozporuplné zprávy o interakci s tramadolem (raději nekombinovat)
<b>ANTI-HISTAMINIKA</b>			
Hydroxyzin	Somatické a viscerální bolesti	25 mg, do 100 mg	Potencuje analgetický efekt, má anxiolytické, sedativní a antiemetické účinky
<b>NEUROLEPTIKA</b>			
Levopromazin	Somatické a viscerální bolesti. Vhodný u pacientů s vývojem tolerance na analgetika	10-50 mg	Má rovněž sedativní, anxiolytický a antiemetický efekt
Prochlorperazin	Potenciace analgetického účinku, vhodný při svědění	10-30 mg	Má též anxiolytický a antiemetický účinek
Flufenazin	Somatické a viscerální bolesti	1-8 mg	Nemá výraznější šumivý efekt, působí antiemeticky, anxiolyticky
Pimozid	Rezistentní neuralgie trigeminu	2-8 mg	Možnost extrapyramidových vedlejších účinků
Haloperidol	Jako levopromazin	2-6 mg	Jako levopromazin

Psychofarmaka mohou pomoci na všech zmíněných úrovních: anxiolytika svým myorelaxačním účinkem po-

máhají zamezit vytvoření bludného kruhu, který vzniká na základě přehnané ochranné odpovědi (spazmy, je-

lichť původním cílem je imobilizace postiženého úseku, ale které se posléze stávají zdrojem dalšího nociceptivního

TAB. 4. Přehled analgeticky působících psychofarmak a dalších adjuvantních přípravků

Název	Indikace	Denní dávka	Poznámky
<b>ANTI-KONVULZIVA</b>			
Fenytoin	Neuropatická bolest, akutní lacinující bolesti (bolestivý tik, neuralgie trigeminu)	100-300 mg	Léčbu zahajovat nízkou dávkou, dle potřeby zvyšovat
Karbamazepin	Akutní neuralgická bolest, lacinující bolesti, bolestivý tik, neuralgie	100-800 mg	Výhodný zejména u záchvatových bolestí
Kyselina valeroová	Neuropatické (postherpetické) lacinující bolesti	200 mg - 1000 mg	Kontraindikací je postižení jaterního parenchymu
Klonazepam	Neuropatické lacinující bolesti	1.05-5.0 mg	Vhodný i při emoční labilitě a úzkostných projevech
Gabapentin	Především neuropatické a tenzní bolesti	100-900 mg	Jako agonista GABA receptoru má i zklidňující účinek
<b>ANTIDEPRESIVA</b>			
TCA = tricyklická anti-depresiva: imipramin, desmipramin, amitripylin, nortripylin, doxulepin	Neuropatické bolesti (diabetes), postherpetické neuralgie, adjuvantní léčba nádorové bolesti	25-50 mg, při zjištěné depresi je indikována nižší antidepressivní dávka	V komplexní léčbě lze terapeuticky využít i jiné nežádoucí účinky (anticholinergní = spazmolytický efekt, sedativní efekt). Tricyklická antidepressiva jsou prověřena v desítkách studií a přicházejí v úvahu jako lék první volby
Maprotilin	Stejně jako TCA	25-125 mg p.o., 25-75 mg i.v.	Výrazně méně anticholinergních účinků než u předchozí skupiny. Možná intruzní aplikace (25-50 mg), čímž se obchází hepatická bariera a dosahuje rychlejšího účinku
Fluoxetin (SSRI)	Všechny typy bolesti; zkusit tam, kde selhala předchozí antidepressiva, zejména je-li masivní úzkost	20-60 mg	Vzhledem k dlouhému poločasů lze udržovací dávky podávat i obden @ 2x týdně
Fluoxamin (SSRI)	Stejně jako u fluoxetinu	50-200 mg	Interakce s imunosupresivy
Paroxetin (SSRI)	Stejně jako u fluoxetinu	10-60 mg	Indikován tam, kde jsou přítomné kompulzivní prvky
Citalopram (SSRI)	Stejně jako u fluoxetinu	10-60 mg	Velmi dobře tolerován
Venlafaxin	SNRI (dualní - působí jak na reuptake Na, tak serotoninu) analgetický účinek jako TCA	17.5-75 mg	Rozporupné zprávy o interakci s tramadolem (raději nekombinovat)
<b>ANTI-HISTAMINIKA</b>			
Hydroxyzin	Somatické a viscerální bolesti	25 mg, do 100 mg	Potencuje analgetický efekt, má anxiolytické, sedativní a antiemetické účinky
<b>NEUROLEPTIKA</b>			
Levopromazin	Somatické a viscerální bolesti. Vhodný u pacientů s vývojem tolerance na analgetika	10-50 mg	Má rovněž sedativní, anxiolytický a antiemetický efekt
Prochlorperazin	Potencise analgetického účinku, vhodný při svědění	10-30 mg	Má iž anxiolytický a antiemetický účinek
Flufenazin	Somatické a viscerální bolesti	1-8 mg	Nemá výraznější sedativní efekt, působí antiemeticky, anxiolyticky
Pimozid	Rezistentní neuralgie trigeminu	2-8 mg	Možnost extrapyramidových vedlejších účinků
Haloperidol	Jako levopromazin	2-8 mg	Jako levopromazin

Psychofarmaka mohou pomoci na všech zmíněných úrovních: anxiolytika svým myorelaxačním účinkem po-

máhají zamedit vytvoření bludného kruhu, který vzniká na základě přehnané ochranné odpovědi (spazmy, je-

жихž přivedním cílem je imobilizace postiženého úseku, ale které se posléze stávají zdrojem dalšího noxiocitivního



TAB. 4. Přehled analgeticky působících psychofarmak a dalších adjuvanních přípravků (pokračování)

Název	Indikace	Denní dávka	Poznámky
<b>ANXIOLITIKA</b>			
Diazepam	Akutní bolest, kde je vhodné tlumit úzkost. Chronické bolesti spastického typu (např. chronické tenzní cefalgie, poruchy funkce temporomandibulárního kloubu doprovázené bolestí, bolestivý šik)	10-30 mg, i.v. bolus 10 mg	Vhodný při poruchách usínání. Nedoporučuje se pro dlouhodobé podávání pro možnost tolerance a návyku. Při náhlém vysazení po dlouhodobém užívání následuje rebound efekt, nebo i abstinenční syndrom. Významný myorelaxační účinek. Dlouhodobé užívání vysokých dávek vyvolává nežádoucí účinky, někdy s depresivními rysy
Ostatní benzodiazepinová anxiolytika	Indikace analogická	4 mg až desítky mg podle charakteru preparátu	Obdobně jako u diazepamu, vesměs menší myorelaxační účinek
Buspiran	Tam, kde je indikována dlouhodobá anxiolytická léčba	5-25 mg	Nebenzodiazepinová anxiolytikum působící pravděpodobně přes NA a 5-HT systémy, malý účinek
<b>ANTIHYPERTENZIVA</b>			
Konidin	Migréna. Operační (raná) bolest - zvyšuje analgetický účinek morfinu, cestou uvolňování endogenních opioidů při intratekální aplikaci	4,50 µg až do dávky desítky mg	Při déleodobější aplikaci nesmí být vysazen náhle. Transdermální aplikace zajišťuje konstantní koncentraci a vede k lepším výsledkům i k lepší spolupráci pacienta
Guanethidin	Revmatická artritida	4-50 mg	Na počátku podávat pouze na noc pro výrazné ortostatické účinky
Prazosin	Raynaudův syndrom	0,5 mg, řádově miligramy	Zpočátku léčby nebezpečí ortostázy
<b>MYORELAXANCIA</b>			
Baklofen	Centrální bolesti zvláště po poškození míchy a druhotných svalových spazmech	5 mg až řádově desítky mg	Z vedlejších účinků: únava, ospalost při vyšších plazmatických koncentracích až zmatanost. Nesmí se náhle vysadit
<b>STEROIDNÍ HORMONY</b>			
Prednison	Tělesné a neuropatické bolesti, zánětlivé bolesti, dystrofie. Prozáánětlivý, antiemetický a analgetický účinek. Účinný u nitrolební hypertenze a sympatkem udržovaných bolestí	5 mg až desítky mg	Podává-li se déle, je nutné pozvolně vysazování. Pozor na interakce. Může vyvolávat psychické poruchy
Dexametazon	Stejně jako u prednisonu	0,5 mg až řádově miligramy	Stejně jako u prednisonu

dráždění), napomáhají též při modulaci bolesti. **Antikonvulziva** zamezují patologické nervové aktivitě vycházející z narušených struktur (např. při neuralgických nebo neuropatických), **neuroleptika** a centrálně tlumivým vlivem potlačují účinky anodyn. Zvláštní místo mezi psychofarmaky zaujímají **antidepresiva**; ta jednak modulují prožitky bolesti svým vlivem na limbický systém, jednak mají, pravděpodobně přes posílení vrátkového systému, vlastní samostatný analgetický účinek, a to zejména tricyklika (Amitriptylin, Melipramin, Nortrilen, Prothiaden), přičemž je ještě možné využít je-

ch jindy nežádoucích účinků (anticholinergních, sedativních).

Při hodnocení bolesti a posouzení vhodného léčebného postupu je výhodné se zamyslet nad tím, zda je bolest akutní či chronická a dále jedná-li se o bolest náhodnou, či bolest jiného původu. Časové arbitrární členění považuje za akutní bolest takovou, která trvá méně než tři měsíce. V tomto období převládají výhodné zvládací strategie ze strany pacienta („coping“), jakými jsou především odpoutání se od bolesti, vnímání bolesti jako výzvy, její přeformulování na jiné pocity (například pocit tepla) a naděje a víra. V ob-

dobí 3-6 měsíců se bolest stává subchronickou a její psychické zpracování se dostává více pod úhel narůstající bezmoci, beznaděje a deprese a po 6 měsících je většinou pacient již tak vyčerpan, že depresivní vidění jeho stavu převažuje a dominuje strategie katastrofizování (viz tab. 3).

Pokud se objeví katastrofizování, je v 85 % spojeno s klinicky významnou chorobnou depresí (depresivní porucha) a dávka antidepresiv musí odpovídat léčebné dávce z psychiatrické indikace.

Akutní bolest bývá většinou tlumena standardními analgetiky, i když

TAB. 4. Přehled analgeticky působících psychofarmak a dalších významných přípravků (pokračování)

Název	Indikace	Denní dávka	Poznámky
<b>ANXIOLYTIKA</b>			
Diazepam	Akutní bolest, kde je vhodné tlumit úzkost. Chronické bolesti spastického typu (např. chronické tenzní cefalgie, poruchy funkce temporomandibulárního kloubu doprovázené bolestí, bolestivý šik)	10-30 mg, i.v. bolus 10 mg	Vhodný při poruchách usnutí. Nedoporučuje se pro dlouhodobé podávání pro možnost tolerance a návyku. Při náhlém vysazení po dlouhodobém užívání následuje rebound efekt, nebo i abstinanční syndrom. Významný myorelaxační účinek. Dlouhodobé užívání vysokých dávek vyvolává nežádoucí útlum, někdy a depresivní rysy
Ostatní benzodiazepinové anxiolytika	Indikace analogické	4 mg až desítky mg podle charakteru preparátu	Obdobně jako u diazepam, vesměs menší myorelaxační účinek
Bupron	Tam, kde je indikována dlouhodobá anxiolytická léčba	5-25 mg	Nebenzodiazepinové anxiolytikum působící pravděpodobně přes NA a 5-HT systémy, málo útlum
<b>ANTIHYPERTENZIVA působící na alfa-2 a alfa-1 receptor</b>			
Klonidin	Migréna. Operační (raná) bolest - zvyšuje analgetický účinek morfinu, cestou uvolňování endogenních opioidů při intratekální aplikaci	4-50 µg až do dávky deseti mg	Při delší době aplikace nesmí být vysazen náhle. Transdermální aplikace zajišťuje konstantní koncentraci a vede k lepším výsledkům i k lepší spolupráci pacienta
Guafethidin	Rhevmatická artritida	4-50 mg	Na počátku podávat pouze na noc pro výrazné ortostatické účinky
Prazosin	Raynaudův syndrom	0,5 mg, řádově miligramy	Zpočátku ležby nebezpečí ortostázy
<b>MYORELAXANCIA</b>			
Baclofen	Centrální bolesti zvláště po poškození míchy a druhotných svalových spazmech	5 mg až řádově desítky mg	Z vedlejších účinků: únava, ospalost při vyšších plazmatických koncentracích až zmatenost. Nesmí se náhle vysadit
<b>STEROIDNÍ HORMONY</b>			
Prednison	Tělesné a neuropatické bolesti, zánětlivé bolesti, dystrofie. Protižánětlivý, antemetický a analgetický účinek. Účinný u nitrolební hypertenze a sympatiem udržovaných bolestí	5 mg až desítky mg	Podává-li se déle, je nutné pozvolně vysazování. Pozor na interakce. Může vyvolávat psychické poruchy
Dexametason	Stejně jako u prednisonu	0,5 mg až řádově miligramy	Stejně jako u prednisonu

dráždní), napomáhají též při modulaci bolesti. **Antikonvulziva** zamezují patologické nervové aktivitě vycházející z narušených struktur (např. při neuralgích nebo neuropatiích), **neuroleptika** s centrálně tlumivým vlivem potencují účinky anodyn. Zvláštní místo mezi psychofarmaky zaujímají **antidepresiva**; ta jednak moduluji průběh bolesti svým vlivem na limbický systém, jednak mají, pravděpodobně přes posílení vrátkového systému, vlastní samostatný analgetický účinek, a to zejména tricyklická (Amitriptylin, Melipramin, Nortrielen, Prothiaden), přičemž je ještě možné využít je

jich jindy nežádoucích účinků (anticholinergních, sedativních).

Při hodnocení bolesti a posouzení vhodného léčebného postupu je výhodné se zamyslet nad tím, zda je bolest akutní či chronická a dále jedná-li se o bolest náderovou, či bolest jiného původu. Časové arbitrární členění považuje za skutečnou bolest takovou, která trvá méně než tři měsíce. V tomto období převládají výhodné zvládací strategie ze strany pacienta („coping“), jakými jsou především odpoutání se od bolesti, vnímání bolesti jako výzvy, její přeformulování na jiné pocity (například pocit tepla) a naděje a víra. V ob-

dobí 3-6 měsíců se bolest stává subchronickou a její psychické zpracování se dostává více pod úhel narůstající bezmoci, beznaděje a deprese a po 6 měsících je většinou pacient již tak vyčerpán, že depresivní vidění jeho stavu převládá a dominuje strategie katastrofizování (viz tab. 3).

Pokud se objeví katastrofizování, je v 85 % spojeno s **klinicky významnou chorobnou depresí (depresivní porucha)** a dávka antidepresiv musí odpovídat léčebné dávce z psychiatrické indikace.

Akutní bolest bývá většinou tlumena standardními analgetiky, i když

také zde lze využít léčebného potenciálu psychofarmak (spazmolytické účinky, centrálně tlumivé vlivy, působení na emoční stav, a tím také na modulaci bolesti).

Významně se však vliv psychofarmak uplatní při řešení bolesti chronické. Při jejím posuzování je třeba brát v úvahu celou řadu okolností, zejména charakter bolesti, dobu trvání, osobnost pacienta, jeho sociální zázemí, psychiatrickou komorbiditu, možnost lékových interakcí a v neposlední řadě i vztahy mezi nemocným a personálem.

Spolupráce s centrem pro řešení bolesti či systematická spolupráce s psychiatrem je nanejvýš vhodná.

*MUDr. Radka Hontáková, CSc.  
Psychiatrická katedra IPVZ  
Ústavní 91  
181 00 Praha 8 - Bohuče*