



Psychofarmaka v paliativní medicíně a léčbě bolesti

Richard Krombholz, PL Bohnice



Psychiatrie v paliativní péči

- Původně pouze konziliární služby v akutních a konkrétních situacích
- V současnosti snaha o širší zapojení
- „Liaison psychiatriy“ (liaison = spojení, vazba, působení ve shodě..)
- Psychiatr se stává integrální součástí terapeutického týmu
- Vedle psychiatrie nutná bazální orientace i v somatické problematice



Úloha „Liaison psychiatry“

- Konziliární činnost v konkrétních indikacích
- Sledování pacientů nejevících psychiatrickou morbiditu
- Zprostředkování zpětné vazby pro ošetrovatelský tým
- Sledování působení na vztahy v týmu samém
- Problematika vztahů pacient – jeho blízcí (liaison psychology)



Psychiatr v paliativní medicíně

- Standardní léčebná péče
- Psychofarmaka v paliativní medicíně
- Psychofarmaka v léčbě bolesti
- Poselství špatných zpráv



Nejčastější neuropsychiatrické syndromy v paliativní péči

- Reakce na závažný stres
- Poruchy přizpůsobení
- Afektivní poruchy
- Kvalitativní a kvantitativní poruchy vědomí
- Kognitivní poruchy
- Organický psychosyndrom při ložiskovém postižení CNS



Stresové reakce, poruchy přizpůsobení

- Spíše na počátku onkologické anamnézy
- Nejčastěji úzkostná symptomatika
- Četné vegetativní a somatické symptomy bývají pacienty a někdy i personálem vnímány jako projev samotného onkologické onemocnění
- Někdy se rozvine u příbuzných pacienta
- Prvotní PT, farmakoterapie sekundární

Úzkost u onkologických pacientů



- **Situační** – krize ve spojení s dg, konflikty v rodině, s personálem, očekávání vyšetření či procedur, strach z rekurence
- **Spojená s nemocí** – bolest, metabolické vlivy, abnormální hormonální aktivita nádoru, paraneoplastické působení tumoru na CNS

Úzkost u onkologických pacientů



- **Spojená s léčbou** – léky (antiemetika, bronchodilatancia), syndromy z vysazení
(opiáty, BZD), anticipační úzkost, nausea, zvracení u cyklické CHT
- **Exacerbace pre-existující úzkostné poruchy** – fobie, PTSD (dřívější onkol. léčba, onkologická onem. v rodině)



Afektivní poruchy

- 1/4- 1/2 onkologických pacientů trpí klinicky závažnou depresí, často jsou atypické, v terminálním stadiu až 77% nemocných
- Velká část somatizovaných depresí uniká u onkologických pacientů diagnostice – symptomy jsou mylně připisovány samotné onkol. dg.
- Dříve deprese uváděné jako „reaktivní“ nebo „exogenní“ či „bilanční“
- Suicidalita onkol. nemocných je jen o málo vyšší než u zdravé populace



Rizikové faktory suicidia u onkol. pacientů

- Pokročilé stadium nemoci
- Abusus alkoholu
- Probíhající chemoterapie, radioterapie
- Deprese
- Finanční problémy, sociální izolace
- Nádory hlavy a krku
- Tělesná či emocionální exhausce
- Špatně kontrolovaná bolest
- Celkově špatná prognoza



Kvalitativní poruchy vědomí

- **Deliria** – často symptomatická v terminálních stadiích onem.
- Vedou k chybně indikovaným překladům pacientů na psychiatrická pracoviště
- Někdy iatrogeně navozená vlastní onkologickou nebo analgetickou léčbou
- Někdy v rámci organického psychosyndromu při postižení CNS

Příčiny deliria u onkol. pacientů

Metabolické při selhávání vitálních org.	Játra, ledviny, plíce (hypoxie), nadledviny
Elektrolytové dysbalance a vnitřní prostředí	Natrium, kalium, kalcium, glykemie
Léčebný nežádoucí účinek	Anticholinergika, CHT, radiační léčba, BZD, kortikoidy
Infekční	Septikémie

Příčiny deliria u onkol. pacientů

Hematologické abnormity	Anemie, poruchy koagulace
Nutriční	Malnutrice, deficit thiaminu, vit B 12, folátu
Ložiskové postižení CNS	Vzdálené metastázy, primární tumory mozku
Paraneoplastické syndromy	Vzdálený efekt tumoru, abnormální hormonální aktivita tumoru



Kvantitativní poruchy vědomí

- Zpravidla ve smyslu minus-somnolence-sopor-koma
- Někdy důsledek nevhodně nastavené léčby
- Iatrogenně navozené u pacientů refrakterních na analgetickou léčbu
- Etický rozměr péče o soporozně-komatozní pacienty v terminálním stavu (cave hydratace)



Kognitivní poruchy

- Zpravidla psychopathologické projevy cerebrální dysfunkce při cerebrálním postižení, nebo bez něj
- Demence často komorbidní – s vyšším věkem stoupá incidence jak demencí, tak onkol. onem.
- Často paraneoplastické encephalopatie



Paraneoplastické encephalopatie

- Progresivní multifokální leukoencephalopatie
- Subakutní mozečkové degenerace
- Encephalopatie s účastí mozkového kmene
- Difuzní encephalopatie s kognit. deficitem
- Metabolické encephalopatie

Paraneoplastické encephalopatie



- Nemusí být výraznější ložisková neurologická sympt.
- Projevují se typicky kognit. deficitem, zmateností, úzkostmi a depresivní sympt.
- Velká část navozena neurotoxickými projevy onkologické léčby – cytostatika, antiemetika, anodyna, hormonální léčba
- Cave-primární ložiskové postižení CNS se nemusí projevit psychopathologií



Organický psychosyndrom při lož. postiž. CNS

- Primární tumory mozku a metastatické postižení
- Nejčastěji tu plic, Grawitz, Ca mammy, maligní melanom, některé hematol. malignity
- Měnlivý klinický obraz dle lokalizace
- Časté rychlé střídání klin. obrazu
- Zmatenost, agresivita, spastické afektivní projevy, náhle vznikající stuporósní stavy...
- Zpravidla provázeny edemem mozku



Psychofarmaka v paliativní medicíně

- Podávána v psychiatrických indikacích nebo ve specifických indikacích pro potřeby paliace
- Pokud jsou podávány současně s anodynou je potřeba brát do úvahy interakce – hlavně anticholinergika a sedativně působící látky
- V racionálních indikacích pacienti z léčby profitují stejně jako pacienti neonkologičtí



Antidepressiva

- Vyšší podíl tricyklik a heterocyklik
- V antidepressivních indikacích dop. preferovat AD 3.a 4. generace, nevýhodou SSRI delší doba nástupu účinku
- U stavů provázených anxiétou není třeba bát se BZD
- S výhodou používáme augmentační komedikace
- Cave farmakogenně navozené deprese



Anxiolytika

- K potlačení úzkosti, jako augmentace AD, k dosažení žádoucí sedace
- Někdy k potlačení anticipačního zvracení
- U anxiety vhodné preferovat BZD s kratším biol. poločasem podávané v kratších intervalech
- Riziko kumulace a nadměrné sedace u dlouhodobě působících BZD – diazepam, někdy naopak žádoucí v terminálních stádiích



Antipsychotika

- Zvládání neklidu a psychotické symptomatiky (nejčastěji halucinatorní sympt.)
- Specifické paliativní indikace – antiemetické působení(chlopromazin), dosažení žádoucí sedace(levopromazin), koanalgetika(haloperidol)
- Ve zvládání nekomplikovaného neklidu léky první volby tiaprid, melperon
- Z AP 2.generace nejčastěji risperidon u org. psychosyndromu



Další psychofarmaka

- Antikonvulziva u bolestí rezistentních k opiátům
- Carbamazepin – u bolestí neuropatických, plexopatií
- Gabapentin u neuropatických bolestí
- Valproát u chronické neuropatické bolesti i po cytostatické léčbě
- Antihistaminika – promethazin k potlačení gastrointestinálních NÚ léčby opiáty



Bolest jako fenomén

- Bolest má kromě dimenze somatické i dimenzi sociální a psychickou
- Sociální dimenze – sociálně ekonomické podmínky, míra vzdělání, subjektivní pocit pracovní schopnosti, vliv úzkostných partnerů, zkušenost s bolestí v dětství, ztráta zaměstnání v počátku léčby bolesti, závislost na nemocenských dávkách



Bolest jako fenomén

- *Psychická dimenze bolesti*
- Každá nemoc vyvolává emoční odezvu a naopak
- K bolestivým stavům patří nejčastěji strach, úzkost a deprese
- K terminálním stavům provázených vyčerpaností a progresí choroby patří rezignace a apatie
- „Vitalizovaná deprese“ u depresivních pacientů premorbidně výrazně somatizujících



Bolest u kognitivně postižených pacientů

- Pacienti s pokročilou demencí trpí až ve 40% případů bolestí
- Nejčastější příčinou bolestí jsou polyarthrosa a její komplikace, neuropatie a nádory
- 1/4 není pro bolest léčena vůbec, 1/2 špatně
- Dementní pacienti dostávají při zlomenině kyčle v průměru poloviční dávky analgetik než nedementní

Stupnice pro měření bolesti u pokročilé demence (PAINAD)

Body	0	1	2
<u>Dýchání</u>	normální	namáhavé, krátce hyper.	těžké, apnoické p.
<u>Bolestivá vokalizace</u>	žádná	občas sten, zaúpění	pláč, nářek, úpění
<u>Obličej</u>	úsměv, neut rální	smutný, vy- děšený	bolestivé grimasy
<u>Řeč těla</u>	relaxovaný	napětí, nekli d	strnulost, odtlačení
<u>Utěšování</u>	není třeba	lze utěšit	nelze utěšit



Bolest v terminální fázi

- Terminální stadium – období nemoci, kdy ani agresivní léčbou nelze docílit zlepšení stavu
- Terminální fáze – vlastní umírání – trvá zpravidla několik hodin, dnů, nejvíce týden
- Léčba bolesti v terminální fázi má specifika , bolest přestává být dominantním symptomem
- Preferovat parenterálně podávaná anodyna, redukovat balastní p.o. terapii



Specifika terminální fáze

- *Dominující symptomy týden před smrtí*
- Slabost, celková astenie – 81%
- Anorexie – 80%
- Suchost v ústech – 70%
- Zmatenost - 68%
- Obstipace – 55%
- Dyspnoe – 47%
- Dysfagie – 46%
- Anxieta, deprese – 43%
- Bolest – 30%



Mýty o bolesti u lékařů

- Bolest nemůže existovat bez narušení tkání
- Bolest bez jasné příčiny je psychogenní
- Stejně bolestivé stimuly by měly vyvolávat stejnou bolestivou percepci u každého
- Užívání opioidů vede k závislosti
- Pacienti reagující na placebo jsou simulanti
- Starší a kognitivně narušení pacienti necítí bolest tak jako mladší
- Pacient, který spí, nemá bolesti
- Cílem léčby bolesti je minimalizace dávek léků



Mýty o bolesti u pacientů

- Těžká bolest se nedá účinně kontrolovat
- Opioidy vyvolávají závislost
- Bolest je důkazem progresu nemoci
- Ignorovat bolest je obdivuhodné
- Bolest patří ke stáří a nemoci
- Bolest má člověk za trest
- Léčba opiáty je poslední instancí před smrtí
- Residuální bolest je výsledkem omezení medicíny
- Stížnosti na bolesti jsou projevem slabosti



Psychologické reakce v terminální fázi

- Strach z opuštění
- Strach ze ztráty jistoty a kontinuity
- Strach z bolesti
- Nedokončené úkoly, resty
- Osobní smutnění s očekáváním smrti a akceptací
- Strach z neznáma
- Maladaptivně těžká deprese, event delirium



Reakce na blízkost smrti

- Smíření a přijetí nevyhnutelného
- Pasivní rezignace s apatií a nezájmem
- Únik do běžné konverzace a vzpomínek
- Pozitivní kompenzace – dokončení úkolu
- Negativní kompenzace – alkohol, farmaka



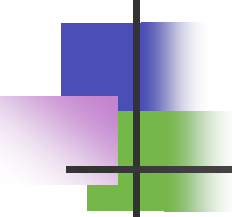
Komunikace s terminálně nemocným

- Projevování osobního zájmu o pacienta
- Srozumitelná komunikace přiměřená schopnostem pacienta
- Setrvání u tématu navrženého pacientem – i pokud se jedná o těžké téma
- Reakce na momentální stav pacienta – vyčerpanost, únava



Komunikace s terminálně nemocným

- Akceptace nemocného i jeho projevů vč. projevů zlosti, regrese, naléhavosti či neochoty komunikovat
- Vcítění se do jeho situace, nekritizovat
- Slovní vyjádření empatie, povzbuzení, ujištění, že není a nebude sám
- Reflexe sdělení pacienta



Komunikace s terminálně nemocným a umírajícím

- Poskytnutí emocionální podpory
- Vytvoření atmosféry umožňující ventilaci negativních emocí
- Vytvoření pocitu završení
- Ponechání naděje v obrat k lepšímu



Psychofarmaka v léčbě bolesti

- Specifická indikace psychofarmak v medicíně
- Jako adjuvantní analgetika používáme:
 - -antidepresiva
 - -antiepileptika
 - -neuroleptika
 - -anxiolytika



Východiska pro použití psychofarmak v léčbě bolesti

- Bolest je součástí klin. obr. deprese a naopak
- Deprese zvyšuje intenzitu bolestí a snižuje toleranci k bolesti
- Serotonin a noradrenalin modulují nocicepci
- Při bolesti klesají hladiny Ser, Nor a melatoninu, snižuje se aktivita serotoninových receptorů
- Analgetický efekt AD prokázán ve více než 70 kontrolovaných studiích, indikace je prokázána



Východiska pro použití psychofarmak v léčbě bolesti

- Trojí mechanismus účinku
 - zásah do neurotransmise – antidepressiva, neuroleptika
 - ovl. abnormální aktivita neuronů – antiepileptika
 - ovl. membránových procesů – antiepileptika

WHO doporučeno používat adjuvantní analgetika v léčbě bolesti u onkologických pacientů



Antidepressiva

- Schválená indikace u TCA
- Účinkují i AD II a IV generace
- Nejméně dat a zřejmě nejnižší účinnost u AD III generace
- Dávkování zpravidla nižší než v antidepressivních indikacích



Antidepressiva

- *Trojí role v léčbě bolesti*
- Primárně analgetický efekt – tam kde konvenční analgetika selhávají – neuropatická bolest
- Kombinace s konvenčními analgetiky – potencují analgetický efekt opiátových analgetik
- Léčba komorbidní deprese a úzkosti
- Bonus v efektu hypnosedativním



Antidepressiva

- Amitriptylin – zlatý standard, do 75 mg pro die
- Clomipramin- do 75 mg pro die
- Nortriptylin – do 100 mg pro die
- Dosulepin – do 100 mg pro die
- Maprotilin – do 75 mg pro die
- Mianserin – do 30mg pro die
- Trazodon do 100 mg pro die



Antidepressiva

- Bupropion – u neuropat.bolesti, do 150mg pro die
- Mirtazapin – data nejsou konzistentní, do 30mg pro die
- Venlafaxin – účinnost je prokázána u neuropatické bolesti, dávky do 150mg pro die
- Duloxetin – primárně analgetická indikace u neuropatické bolesti – 60 mg pro die, max 120mg pro die
- Milnacipran – primárně analgetický účinek v dávkách 100-200mg pro die



Antiepileptika

- Hlavní indikace u neuropatických bolestí
- Antiepileptika II a III generace
- Carbamazepin – postherpetické bolesti, neuralgie trigeminu – do 600mg pro die
- Valproát – až 2. volba v podobných indikacích, výsledky nekonzistentní, dobré výsledky u dia neuropatií a fantomových bolestí



Antiepileptika

- III generace bezpečnější, minimum NÚ, dobře snášené
- Gabapentin – u neuropatických bolestí, vystřelujících bolestí, algodynie a fantomových bolestí – většinou do do 1800mg pro die
- Pregabalin - neuropatická bolest i periferní, fantomy, dávka do 600mg pro die
- Lamotrigin – dia neuropatie, centrální bolesti po iktu, dávka do 200mg pro die



Neuroleptika

- Potencují účinek opiátových analgetik
- Spasmolytické účinky
(díky anticholinergním vlastnostem)
- Působí na úrovni prožitkové – bolest zůstává, ale ztrácí emoční doprovod a naléhavost
- Zejména u viscerálních bolestí s rozvinutou tolerancí konvenčních analgetik



Neuroleptika

- Účinnost lépe odzkoušena a dokumentována u klasických NL, zejména sedativních
- V léčbě bolesti jako i jako augmentace terapie antidepresivy
- Sedativní NL u neztišitelných bolestí k navození žádoucího útlumu
- Někdy v kombinaci s BZD



Neuroleptika

- Chlorpromazin – 50-200mg pro die, někdy využíván i jeho centrálně antiemetický účinek, u resistantních singultů
- Levopromazin – 25-200 mg pro die, s výhodou jako hypnosedativní komedikace, při potřebě výraznější sedace
- CHLPTX – 25-150mg pro die – u pacientů s dominující anxiétou, insomnií



Neuroleptika

- Haloperidol – u symptomatických delirií většinou do 5 mg pro die
- Zyklopentixol – alternativa u stavů provázených výrazným neklidem – 50-150 mg pro die
- Tiaprid – u pacientů s komorbidní demencí a dominující zmateností- zpravidla do 600mg pro die
- Melperon – jako tiaprid + jako hypnotická komedikace – do 150 mg pro die



Anxiolytika

- Nedisponují samostatným analgetickým účinkem
- Některé potencují účinky anodyn – midazolam
- Dobře potlačí úzkost
- U terminálních pacientů není důvod k obavám z tolerance a závislosti
- Opatrně u pacientů s výraznější dechovou insuficiencí zejména v kombinaci s opiáty



Anxiolytika

- Bromazepam – vhodný u úzkostných pacientů, do 6mg pro die
- Oxazepam – vhodný u geriatrických pacientů, většinou do 30 mg pro die
- Clonazepam – vhodný jako adjuvantní analgetikum u lancinujících, fantomových a neuropat. bolestí – 1,5-6 mg pro die, vhodný i ložiskového postižení CNS
- Diazepam – do 30 mg pro die, hypnosedativum



Alternativní léčba

- Vyhledává v průběhu nemoci cca 28% pacientů
- Některé postupy neškodné a stav mohou zlepšit – akupunktura, meditace, aromaterapie, tai-chi
- Některé nezlepší kvalitu života a mohou stav zhoršit – žraločí chrupavky, injekce petroleje, bylinky, clusterová medicína
- V kontrolovaných studiích nebyl prokázán přínos resp. vliv na regresi tumoru



Alternativní léčba

- Pacienti využívající alternativní léčbu lékaře většinou neinformují
- Alternativní postupy byly spojeny s vyšší mírou deprese, strachu z rekurence, více sexuálních dysfunkcí (Burnstein 1999)
- Pacienti vyhledávající alternativní postupy jsou velmi pravděpodobně potenciálními klienty psychiatrie



Poselství špatných zpráv

- Špatná zpráva zůstává špatnou zprávou, dopad nezmírníme šetrným sdělením
- Špatná zpráva vždy startuje sled emočních reakcí
 1. fáze popření
 2. fáze zmatku a neklidu
 3. fáze adaptace
- Dva extrémní póly přístupu lékaře
- Dva extrémní póly přístupu pacienta



Poselství špatných zpráv

Lékaři

Vždy říci pravdu X Nikdy neříci pravdu

- nevědomý přenos vlastních problémů

Pacienti

**Absolutně žádá vědět X Za každou
cenu nevěří**

Informace by měla být frakcionovaná a pacient by měl mít možnost v každém okamžiku informaci odmítnout



Komunikace s pozůstalými

- Včas avizovat zhoršení stavu
- U přímého sdělení umožnit přijmout zprávu vsedě, v klidném prostředí
- Zachovat společenské rituály
- Pokud chtějí, popsat okolnosti úmrtí
- Sdělovat údaje ve shodě s personálem
- Pokud se zajímají, ujistit, že pacient pravděpodobně před smrtí netrpěl



Komunikace s pozůstalými

- Nebránit se otázkám pozůstalých, i když se opakují
- Po zklidnění situace převést hovor na praktické formality, seznámit s dalším postupem
- Neodmítat další setkání



Proces truchlení

- Probíhá v několika fázích
- Má různé podoby
- Může vést v maladaptivní podobě k závažným psychickým poruchám
- Období truchlení je spojeno s vyšší morbiditou i mortalitou



Fáze procesu truchlení

- 1. Šok, popření ztráty.** Trvá minuty až týdny. Protest, nevěřičnost, očekávání návratu.
- 2. Přejícná dysfunkce, sociální izolace.** Trvá týdny až měsíce. Vzpomínky na zemřelého, iritabilita, hněv, autoakusace, demotivace.
- 3. Restituce.** Trvá měsíce až roky. Nalezení nové role v soc. vazbách, návrat radosti ze života



Komplikace procesu truchlení

- Chronické smutnění
 - Hypertrofované smutnění
 - Odložené truchlení
 - Traumatické truchlení
-
- Jedná se o maladaptivní mechanismy vyžadující korekci



Chronické smutnění

- Nejčastěji u nejbližších osob
- Pokud byl za života vztah velmi těsný, závislý či ambivalentní
- Nemá-li pozůstalý navazující sociální vazby – kupř. bezdětná partnerství, homosexuální svazky apod.



Hypertrofované smutnění

- Zpravidla po náhlém, nečekaném úmrtí blízkého
- Projevy smutku velmi intenzivní
- Tradiční rituály nepřinášejí úlevu
- Ohrožuje stabilitu celé sociální entity – nejčastěji rodiny



Odložené truchlení

- Chybí nebo je potlačený proces smutnění
- U vztahů již za života komplikovaných
- Zpravidla důsledek dlouhodobého popření
- Často komplikováno hněvem nebo autoakusacemi



Traumatické smutnění

- Smutek výrazný jak intenzitou tak dobou trvání
- Popírání smrti, zabývání se okolnostmi úmrtí, osobou zemřelého
- Smutnění je intenzivní a trvá dlouho s narušením sociálního fungování s tendencemi k izolaci a malfunkci v běžném životě



Praktické zásady sdělení

- Informace o podstatě nemoci poskytovat vždy, ale diferencovaně co do obsahu i formy
- Plné znění diagnosy sděluje lékař na přímý dotaz, nikdy spontánně
- Vždy zdůrazňovat možnost léčitelnosti, ale neslibovat vyléčení
- S podstatou nemoci, diagnostikou a terapií seznámit neprodleně, před zahájením léčby



Praktické zásady sdělení

- Informaci získá první pacient, potom jeho blízcí
- Nemocný rozhoduje koho a do jaké míry informovat, jeho přání vždy respektováno
- Informaci o nemoci je nutno podat opakovaně
- Věnovat pozornost i nepřímo avizovaným dotazům- nepříjemné otázky
- Důsledně předávat informace mezi personálem navzájem



Praktické zásady sdělení

- Zásadně nesdělovat pacientovi konkrétní časové údaje o předpokládané délce jeho života či pravděpodobném datu úmrtí
- Pacientovi nikdy, ale opravdu nikdy nebrat naději



Děkuji za pozornost a Váš čas.
