

# Psihološki čimbenici i glavobolja (psihogena glavobolja)

prof. dr. sc. Danijel Buljan

KB "Sestre milosrdnice", Zagreb, Klinika za psihijatriju

Glavobolja koja se ne može objasniti somatskim, internističkim ili neurološkim stanjem obično se naziva psihogena, idiopatska, konverzivna ili, eufemistički, atipična glavobolja. Ponekad se glavobolje javljaju kao simptom hipohondrije, depresije ili sumanutog psihotičnog poremećaja. S druge strane, glavobolja kao somatska bolest može prouzročiti anksioznost, depresivnost, socijalnu fobiju i izoliranost. Ipak, svaka glavobolja ima više ili manje izraženu psihološku komponentu. Liječenje psihogenih glavobolja nije moguće bez holističkog, timskog pristupa psihijatra i neurologa. Većina psihogenih glavobolja liječi se kognitivno-bihevioralnom psihoterapijom, tehnikama ublažavanja anksioznosti i stresa, EMG *biofeedbackom*, termalnim *biofeedbackom* i psihofarmacima.

**D**io glavobolja je u potpunosti prouzročen psihološkim čimbenicima; to su neurotske perzistirajuće somatoformne glavobolje koje se još nazivaju psihogene, idiopatske ili, eufemistički, atipične glavobolje. Ponekad se glavobolje javljaju kao simptom hipohondrije, depresije ili sumanutog psihotičnog poremećaja. S druge strane, glavobolja kao somatska bolest može prouzročiti anksioznost, depresivnost, socijalnu fobiju i izoliranost. Ipak, svaka glavobolja ima više ili manje izraženu psihološku komponentu. Liasonska psihijatrija omogućuje potreban timski, multidisciplinarni pristup, tj. suradnju psihijatrijskih i timova somatske medicine u istovremenoj dijagnostici i liječenju glavobolja.<sup>1</sup>

## Epidemiologija

Glavobolja je vjerojatno jedan od najčešćih razloga za traženje liječničke pomoći, a 75-90% glavobolja je tenzijskog tipa. Često slabo reagiraju ili ne reagiraju na liječenje. Dvostruko su češće u žena nego u muškaraca. Glavobolje se javljaju u četvrtoj i petoj dekadi jer tolerancija na bol pada s godinama života. Prvi rođaci su skloniji glavoboljama, što upućuje na moguće genetsko nasljeđivanje ili stil života, ponašanje kao čimbenik transmisije glavobolje. U obiteljima s učestalim glavoboljama znatno su češći anksiozni i depresivni poremećaji i zloraba sredstava ovisnosti nego u općoj populaciji.<sup>2</sup>

## Etiologija

Početak i razvoj psihogene glavobolje obično je povezan sa stresom, anksioznošću i depresijom karakterističnom za srednju životnu dob. Psihosomatske glavobolje kao što je migrena, tenzijska glavobolja u skupinama uz psihogeni posjeduje i somatski etiološki čimbenik. Naziv tenzijska glavobolja objašnjava glavobolju kao odgovor tijela na emocionalni stres i pritisak prije nego kao posljedicu pretjerane napetosti mišića i posljedice konstrikcije arterija skalpa. Nasuprot tome, mnogi stručnjaci smatraju da napetost mišića glave vrata i ramena uzrokuje stres i tenzijsku glavobolju.<sup>3,4</sup>

Prema novijim znanjima o nociceptivnom (receptor boli) sustavu, bol koja nastaje kod tenzijske glavobolje mišićnog je porijekla. Postoje i protivna mišljenja jer elektromiogram (EMG) često ne registrira porast mišićnog tonusa u mirovanju kod pacijenata s tenzijskom glavoboljom.<sup>5</sup>

**Psihodinamski čimbenici.** Pacijent koji doživi glavobolju bez odgovarajućeg somatskog uzroka simbolički proživljava intrapsihički konflikt kroz tjelesni simptom. Osoba može podsvjesno smatrati duševnu bol kao osobnu slabost, psihijatrijsku stigmiju i premjestiti

je u tjelesni simptom kao što je glavobolja. Glavobolja može biti metoda za pridobivanje ljubavi, kazna za pogreške, put za okajanje krivnje i ispravljanje prirodno lošeg prosuđivanja. Najčešći obrambeni mehanizmi koji se vežu uz bolni poremećaj su pomicanje, zamjena i potiskivanje.<sup>5,6</sup>

**Čimbenici ponašanja.** Bolna ponašanja se pojačavaju kada se nagrađuju, a sprječavaju kada se negiraju ili kažnjavaju. Na primjer, umjereni bolni simptomi mogu postati jaki kada slijede zabrinuto i pažljivo ponašanje okoline, uz novčani dobitak, ili zbog koristi od izbjegavanja neugodnih poslova.<sup>1</sup>

**Interpersonalni čimbenici.** Nesavladiva bol zamišljena je kao sredstvo manipulacije i postizanja ciljeva u interpersonalnim odnosima, npr. da bi se osigurala odanost člana obitelji ili stabilizirali narušeni bračni odnosi. Upravo sekundarna dobit veoma je važna za pacijenta s bolnim poremećajem.<sup>1</sup>

**Biološki čimbenici.** Cerebralni korteks može inhibirati aktivnost aferentnih osjetnih putova koji donose i bolne podražaje. Anksiozni i depresivni pacijenti imaju snižen prag bolnih podražaja. Serotonin je vjerojatno najvažniji transmittor u descendentnim inhibitornim putovima, a smanjena aktivnost serotonergičnog sustava smatra se odgovornom za bolne simptome u depresivnih i anksioznih bolesnika. Teoretski, snižena aktivnost noradrenalinskog sustava isto tako ima ulogu u nastajanju bolnih simptoma. Endorfin također igra važnu ulogu u moduliranju boli u središnjem živčanom sustavu. Smatra se da manjak endorfina korelira s povećanjem ulaženja osjetnih podražaja boli.<sup>1</sup>

## Klasifikacija

Glavobolje sa psihijatrijskog gledišta mogu se podijeliti u psihogene, u kojih je primarni uzročni čimbenik psihijatrijski poremećaj, i psihosomatske, u kojima su povezani psihološki i somatski uzročni čimbenici, nisu neposredno psihički prouzročene, ali stres i psihološki čimbenici imaju značajnu ulogu u njihovom javljanju, težini, pogoršanju i podržavanju. U njihovoj etiologiji značajno mjesto zauzimaju psihološki ili psihogeni čimbenici kao što je stres, anksioznost, zabrinutost, depresivnost, emocionalna nestabilnost i izoliranost.<sup>1</sup> Glavobolja se prema DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, text revision, 4<sup>th</sup> ed. 2000) može podijeliti na akutnu ako traje manje od 6 mjeseci i kroničnu ako traje 6 mjeseci i dulje, a prema ICD-10 (International classification of diseases and health related problems, Tenth revision 1992, Chapter V: Mental and Behavioural Disorders), u daljem tekstu

MKB-10 (Međunarodna klasifikacija bolesti deseta revizija), perzistirajuća i distresna glavobolja traje najmanje 6 mjeseci neprekidno tijekom većine dana, a nije predviđen akutni oblik.<sup>3-9</sup>

**Dijagnoza, znakovi i simptomi.** DSM-IV-TR dijagnostički kriteriji za glavobolju kao somatoformni poremećaj:

- Glavobolja je prevladavajuće žarište kliničkog javljanja i toliko je jaka da zaslužuje kliničku pozornost.
- Glavobolja uzrokuje klinički značajnu duševnu bol (distres) i poremećaj funkcioniranja u važnim područjima života kao što je obitelj, posao i društvo.
- Dokazana je značajna uloga psihološkog čimbenika u javljanju, težini, pogoršanju i podržavanju glavobolje.
- Glavobolja nije namjerno prouzročena ili hinjena kao npr. faksijski poremećaj i simuliranje.
- Glavobolju se ne klasificira kao poremećaj raspoloženja, anksiozni ili psihotični poremećaj i ne posjeduje kriterije za disporeuniju.

Psihogena, somatoformna glavobolja povezana sa psihološkim čimbenicima koji imaju glavnu ulogu u javljanju, težini, pogoršanju i podržavanju znači preokupiranost glavoboljom bez utjecaja somatske bolesti. Somatski poremećaj, i ako postoji, nema značajan utjecaj kod tih glavobolja. Taj tip glavobolje se ne može dijagnosticirati ako postoje kriteriji i za somatizirajući, anksiozni, depresivni ili sumanutu psihotični poremećaj kad se glavobolje javljaju kao simptom u okviru primarnog psihijatrijskog poremećaja.

Psihosomatska glavobolja povezana je sa psihološkim i somatskim čimbenicima, koji su u promjenljivom međuodnosu, zajedno odgovorni za javljanje, težinu, pogoršanje i podržavanje poremećaja.

S druge strane, dugotrajne i intenzivne glavobolje povezane sa somatskim etiološkim čimbenikom uzrokuju sekundarne psihičke poremećaje, duševne boli zbog gubitka koncentracije, samopouzdanja, anksioznosti, socijalne fobije, depresivnosti i izoliranost. Za razliku od psihogenih i psihosomatskih glavobolja, one se ne klasificiraju u ovom poglavlju.<sup>2</sup>

MKB-10 klasifikacija daje dijagnostičke kriterije za perzistirajući somatoformni bolni poremećaj koji se odnosi na psihogenu, neurotsku glavobolju i na psihosomatsku glavobolju prouzročenu psihološkim čimbenicima i čimbenicima ponašanja u različitom međuodnosu sa somatskim čimbenicima.

• Postojanje perzistirajuće i distresne boli (najmanje 6 mjeseci neprekidno tijekom većine dana), u jednom dijelu tijela, koja ne može biti odgovarajuće objašnjena nalazima fizioloških procesa ni somatskog poremećaja i na koju je usmjerena sva pacijentova pažnja.

• Najčešće se isključuje taj poremećaj kada se dijagnosticira shizofrenija ili psihotični poremećaj (F20-F29), ili bilo koji poremećaj raspoloženja (F30-f39), somatizirajući poremećaj (F45.0), nediferencirani somatoformni poremećaj (F45.1) ili hipohondrijski poremećaj (F45.2).

**F45.4 Perzistirajući somatoformni bolni poremećaji – psihogena glavobolja.** Prevladavajuća bolest je perzistirajuća, jaka, deprimirajuća i tjeskobna (distresna) bol koja se ne može u potpunosti objasniti fiziološkim ili somatskim poremećajima, a smatra se da je stres izazvan emocionalnim konfliktom ili psihosocijalnim problemima glavni uzročni čimbenik. Obično zahtijeva značajnu podršku i pažnju medicinskog osoblja i liječnika. Bol za koju se pretpostavlja da je psihogenog porijekla, a javlja se tijekom depresije ili shizofrenije, kao simptom, ne svrstava se u ovaj poremećaj.

Psihalgija ili psihogena:

- Glavobolja – neurotska, psihogena
- Bol u leđima

Isključuje se bol u leđima (M54.9) i tenzijska glavobolja (G44.2).

**Dijagnostičke napomene.** Bol koja je prouzročena poznatim psihosomatskim mehanizmima kao što je bol zbog napetosti mišića i migrena, ako ipak vjerujemo da je vodeći psihološki uzrok, treba biti klasificirana kao F54 (psihološki čimbenik ili čimbenik ponašanja udružen sa somatskim poremećajem ili bolesti klasificiranom drugdje), plus dodatna šifra tog poremećaja klasificiranog u drugom poglavlju MKB-10 (npr. migrena G43 ili tenzijska glavobolja G44.2)

**F54 Psihološki čimbenici i čimbenici ponašanja povezani sa somatskim poremećajima ili bolestima klasificiranim drugdje – psihosomatska glavobolja.** Ova kategorija treba biti upotrijebljena kada se smatra da je utjecaj psihološkog čimbenika i čimbenika ponašanja značajan za pojavu i tijek somatskog poremećaja koji je klasificiran u drugom poglavlju MKB-10. Radi se o blagim i dugotrajnim duševnim smetnjama, kao što su zabrinutost, emocionalni konflikt i izoliranost, koji se ne mogu svrstati niti u jednu od kategorija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja u MKB-10.

Primjeri uporabe kategorija u kojima psihološki čimbenici značajno utječu na somatska stanja:

Migrena	F54 i G43.-
Tenzijska glavobolja	F54 i G44.- (isključuje se G44.2)
Astma	F54 i J45.-
Dermatitis	F54 i L23-L25
Urtikarija	F54 i L50.-
Želučani ulkus	F54 i K25.-
Ulcerozni kolitis	F54 i K51.-

Napomena: u rijetkim slučajevima, kada se smatra da je somatski poremećaj prouzročen očitim psihološkim čimbenicima, treba biti upotrijebljena i druga, dodatna šifra da bi se klasificirao psihijatrijski poremećaj.

Postoje studije usporedbe broja bolnih simptoma s vjerojatnošću i težinom simptoma somatoformnog, depresivnog i anksioznog poremećaja. Veliki depresivni poremećaj je pronađen u 25 do 50% svih pacijenata s bolnim poremećajem, a distimija i simptomi depresije u 60 do 100% pacijenata. Neki stručnjaci smatraju da je kronični bolni poremećaj uvijek oblik depresivnog poremećaja, te sugeriraju da je to maskirani ili somatski oblik depresije.

#### Diferencijalna dijagnoza

Teško je razlikovati čistu somatsku glavobolju od čiste psihogene glavobolje stoga što se one uzajamno ne isključuju. Fizička bol fluktira u jačini i osjetljiva je na pažnju, suosjećanje, spoznaju i vanjske utjecaje. Bol koja se ne mijenja i nije osjetljiva na navedene čimbenike vjerojatno je psihogena. Stoga, kada se liječnik suoči s dijagnostički nedovoljno razjašnjenom i terapijski rezistentnom glavoboljom trebao bi razmotriti mogućnost utjecaja psiholoških, socijalnih i radno-okupacijskih uzročnih čimbenika. Psihogenu glavobolju koja je klasificirana kao perzistirajući somatoformni bolni poremećaj treba razlikovati od ostalih somatoformnih poremećaja kao što su hipohondrija, konverzija i simuliranje boli.

Diferencijalna dijagnoza je teška zato što glavobolja pacijentu često donosi kompenzaciju zbog nesposobnosti za posao ili sudsku dobit. Oni, ipak, ne simuliraju bol. Na primjer, migrena i tenzijska glavobolja mogu biti potaknute psihogenim čimbenicima, ali u osnovi imaju somatski patofiziološki mehanizam značajan za razvoj boli i zbog toga se ne dijagnosticiraju kao somatoformni bolni poremećaj.<sup>1-4</sup>

#### Tijek i prognoza

Somatoformna glavobolja počinje naglo, pojačava se tijekom nekoliko tjedana ili mjeseci. Prognoze su različite iako je glavobolja obično kronična, izaziva duševne boli i često potpuno onesposobljuje pacijenta. Kada prevladavaju psihološki uzroci, glavobolja se može smanjiti liječenjem i odstranjenjem vanjskih stresnih čimbenika. Lošu prognozu imaju pacijenti s prethodnim poremećajem osobnosti pasivnog tipa, koji očekuju sudsku dobit ili primaju materijalnu kompenzaciju, uzimaju sredstva ovisnosti i imaju dugu anamnezu glavobolje.<sup>1,9</sup>

#### Psihosomatske glavobolje

Glavobolje koje precipitira ili egzacerbira emocionalni stres, a u osnovi patofiziološkog mehanizma boli nalazi se očit somatski čimbenik, pripadaju u psihosomatske poremećaje. Važno je znati da te poremećaje ne uzrokuje stres, ali ih potiče, pogoršava i podržava. Kod svakog od tih stanja, u odnosu na reakciju pojedinog pacijenta na stres, razlikuju se “*responderi*” i “*non-responderi*”, tj. pacijenti kod kojih

postoji snažan utjecaj stresa na manifestaciju njihovog poremećaja i oni pacijenti kod kojih je utjecaj stresa manje izražen.<sup>1-3</sup> Treba uzeti u obzir da su ponekad psihički, a ponekad biološki uzročni čimbenici odlučujući za egzacerbaciju glavobolje. Za javljanje migrene, tenzijske glavobolje i glavobolje u skupinama (*cluster headache*) često je značajan utjecaj stresa.<sup>7-9</sup>

**Liječenje.** Liječenje bolesnika s rezistentnim kroničnim glavoboljama ponekad je otežano ako se ne prepozna stres kao egzacerbirajući čimbenik. Pacijenti često, zbog osjećaja srama, ne žele razgovarati o svojim psihološkim problemima, osobito ako ih se požuruje. Tečajevi tehnika svladavanja stresa, muzika ili tjelovježba mogu pomoći takvim pacijentima. Ako je u podlozi specifičan psihosocijalni ili radni problem, može biti korisno psihijatrijsko savjetovanje. Psihoterapijski pristup, tj. kognitivno-bihevioralna terapija glavobolje moguća je tek kada pacijent razumije i može definirati psihološki problem koji je u podlozi njegovih patnji.<sup>7-10</sup> Lakše psihosomatske tenzijske i migrenozne glavobolje uspješno se liječe tehnikama ublažavanja vanjskog stresa kao što su autogeni trening, EMG *biofeed-*

*back*, termalni *biofeedback* i kognitivno bihevioralna terapija, dok je u težim slučajevima i kada prevladava somatska priroda glavobolje potrebno provesti fokalnu terapiju blokadom i analgeticima.<sup>11,12</sup>

Kada kod pacijenta stres izazove tenziju i visoku razinu anksioznosti, dolazi u obzir i terapija anksioliticima (TABLICA 1). Na raspolaganju su dvije skupine anksiolitičkih psihofarmaka. U prvu skupinu pripadaju benzodiazepini, koji relativno brzo i snažno djeluju anksiolitički, a u drugu skupinu nebenzodiazepinski anksiolitici koji ne induciraju ovisnost, poput buspirona (Buspar). U slučaju poremećaja sna primjenjuju se hipnotici (TABLICA 2). U liječenju kronične anksioznosti i depresivnosti mogu se koristiti SIPPSSa (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina) koji su djelotvorni i sigurni (TABLICA 3). Antidepresivi se uzimaju četiri do šest mjeseci ili dulje. Treba ipak imati na umu da je kod vrlo teško depresivnih pacijenata važno primijeniti odgovarajuće doze antidepresiva te dovoljno dugo provoditi terapiju da bi se izbjeglo poddoziranje koje terapijski nije djelotvorno. Stariji pacijenti mogu pozitivno reagirati na manje doze antidepresiva. Kada anksioznost zahtijeva psihijatrijski

Tablica 1. Anksiolitici prema djelovanju

Grupa	Lijek	Prosječne doze mg/dan	Odrasli maks doza mg/d	Stariji maks doza mg/d	Polu-život elimi (sati)		Pospanost	Potencijal ovisnosti
					odrasli (+raspon)	stariji		
<b>Kraće djelujući benzodiazepini</b>								
1a	Alprazolam	1	3	0.75	14 (6-20)	Kraći	●●	●●
1a	Bromazepam	9	18-60	<od	16 (9-20)	?	●●	●●
1a	Lorazepam	4	4	<od	12 (8-25)	Jednak	●●●	●●●
1a	Oksazepam	30	120	80	8 (5-15)	Jednak	●●●	●●
<b>Duže djelujući benzodiazepini</b>								
1b	Klordiazepoksid	30	100	<50	12 (6-30)	Kraći	●●●	●●
1b	Klobazam	30	60	20	18 (9-77)	Kraći	●	●●
1b	Klorazepat	15	15?	<od	PD	Kraći	●●●	●●
1b	Diazepam	6	30	15	32 (21-50)	Kraći	●●●	●●
<b>Beta - blokatori</b>								
2	Oksprenolol	80	80	80	4# (3-6)	Jednak	●	○
2	Propranolol	80	120	-	2# (1-2)	Jednak	●	○
<b>Ostali anksiolitici</b>								
3	Busiprone	30	45	45	7 (2-11)	Jednak	○	○

Grupe:

1a = Kratko djelujući i minimalno-akumulirajući benzodiazepini

2 = Beta-blokatori

Nuspojave:

●●● = Značajne

○ = Malo ili nema podataka

1b = Duže djelujući i akumulirajući benzodiazepini. Također imaju aktivne metabolite koji produžuju njihovo djelovanje

3 = Azaspiron (Azaspirodekanedion)

●● = Umjerene

? = Nema provjerenih podataka

● = Blage

Tablica 2. Hipnotici prema djelovanju\*

Grupa	Lijek	Uobičajena noćna doza mg/dan	Odrasli maks doza mg/d	Stariji maks doza mg/d	Polu-život elimi (sati)		Mamurluk	Potencijal ovisnosti
					odrasli	stariji		
<b>Kraće djelujući benzodiazepini</b>								
1a	Loprazolam	1	2	1	7-15	20	●	●
1a	Lormetazepam	1	1.5+	<Od	10	14	●	●
1a	Temazepam	10-20	40	20	5-11	14+	●	●●
<b>Duže djelujući benzodiazepini</b>								
1b	Flunitrazepam	1	2	1	35	35	●●	●
1b	Flurazepam	15	30	15+	47-95	?	●●●	●●
1b	Nitrazepam	5	10	5	18-36	40+	●●●	●
<b>Kloral i derivati</b>								
2	Kloral betan	707	5 tab	<od	7-10	Jednak	●	●
2	Triklofos	1 g	2 g	1 g	?	?	?	?
<b>Ostali hipnotici</b>								
3	Klometiazol	N/A #	2 kaps #	jednako	4-5	Jednak	●	●●
4	Prometazin	25	50	-	?	?	○	○
5	Zaleplon	10	10	5	2	3	○	○
6	Zopiklon	7.5	7.5	<Od	3.5-6	8	●	●
7	Zolpidem	5	(10)	10	2 (2-5)	Duži	○	○

Grupe:

1a = Kratko djelujući i minimalno-akumulirajući benzodiazepini

2 = Kloral i derivati

5 = Pirazolopirimidin

Nuspojave:

●●● = Značajne

○ = Malo ili nema podataka

1b = Duže djelujući i akumulirajući benzodiazepini

3 = Klometiazole (klometiazol)

6 = Imidazopiridin

●● = Umjerene

? = Nema provjerenih podataka

4 = Antihistaminik

7 = Ciklopiron

● = Blage

pregled i liječenje, pacijentu treba to pažljivo i diplomatski objasniti kako bi upućivanje psihijatru prihvatilo kao dio postupka neurološke terapije njegove bolesti.<sup>13-17</sup>

### Glavobolja kao simptom psihijatrijskih poremećaja

Primarni psihijatrijski poremećaji s glavoboljom u kliničkoj praksi nešto se rjeđe susreću nego psihosomatski poremećaji. U tu skupinu pripadaju neurotski, stresom uzrokovani anksiozni i somatoformni poremećaji, depresivni te poremećaji osobnosti, ponašanja i psihotični poremećaji.<sup>8,9</sup> Glavobolja je čest konverzivni simptom intrapsihičkog konflikta i tenzije koja se javlja kod depresivnog i anksioznih poremećaja. Pacijenti koji boluju od "border line" tipa poremećaja osobnosti s poremećajem ponašanja često se javljaju pod slikom Von Minnhausenovog sindroma koji se očituje psihopatskim ponašanjem bez namjere simulacije da bi se ostvarila očita dobit, osim liječničke i sestrinske skrbi. Oni su također skloni svjesnom simuliranju glavobolje, izvana motiviranom nekom dobiti, npr. simuliranje glavobolje zbog bolovanja.<sup>1,2</sup> Psihotični poremećaji često se očituju sumanutim idejama o nespecifičnim smetnjama u glavi i neodređenim difuznim glavoboljama. Ti poremećaji pripadaju skupini monosimptomatskih hipohondrijskih psihoza.<sup>8-10</sup>

Liječnik primarne zdravstvene zaštite i neurolog često su suočeni sa zadatkom da dijagnosticiraju psihički poremećaj i objasne pacijentu psihogenu etiologiju simptomatske glavobolje.

Liječenje ovisi o psihijatrijskom poremećaju koji je u podlozi glavobolje. Budući da je glavobolja najčešće povezana s neurotskim stresom uzrokovanim poremećajima kao što su anksioznost i depresija uz kognitivno-bihevioralnu i interpersonalnu psihoterapiju u

farmakološkom pristupu, koriste se anksiolitici (TABLICA 1) i antidepresivi (TABLICA 3). Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina SIPPSSa su prva linija antidepresiva. Liječenje sumanutih psihotičnih glavobolja provodi se konvencionalnim ili atipičnim antipsihoticima. Konvencionalni antipsihotik haloperidol po djelotvornosti pokazuje veliku učinkovitost, kao i antipsihotici druge generacije (klozapin, olanzapin, risperidon, quetiapin, aripiprazol i dr.). Općenito, terapija antipsihotikom počinje najnižim mogućim dnevnim dozama koje se postupno povećavaju u tjednim razmacima. U većine pacijenata postiže se ublažavanje simptoma tijekom prvih 4 do 6 tjedana terapije. Pacijenti su obično nepovjerljivi glede uzimanja psihofarmaka, koji za njih znače psihijatrijsku stigmju. Zbog toga je izuzetno važno informirati pacijenta o mogućim nuspojavama i ordinirati lijek u malim početnim dozama uz postupno titriranje kako bi se umanjio rizik od nuspojava.<sup>1,2,7,13</sup>

U pacijenata s kardijalnom aritmijom i u osoba starije životne dobi potrebno je praćenje EKG nalaza.

Antipsihotici mogu izazvati nuspojave kao što su akutna distonija mišića, psihomotorna ukočenost, akatizija s neugodnom unutarnjom napetošću i mirom u nogama, ekstrapiramidni sindrom (Parkinsonov sindrom) i rijetko, tardivnu diskineziju. Ekstrapiramidne nuspojave dobro reagiraju na terapiju antikolinergicima.

Uvođenje psihofarmakoterapije bez stvaranja osjećaja stigmatiziranosti veliki je izazov neurologa u liječenju pacijenata s glavoboljom kao sumanutim psihotičnim simptomom. Taj postupak zahtijeva vještinu liječnika da balansira između pacijentovog prava na informirani pristanak i potrebe da se provede najdjelotvornija terapija. Neki stručnjaci preporučuju razumijevanje, empatijski i

Tablica 3. Antidepresivi prema dozama i nuspojavama

Grupa	Lijek	Odrasli oralna maks doza mg/dan	Stariji oralna maks doza mg/dan	Nuspojave (pretežno ovisne o dozi lijeka)						
				Anti-kolinergine	Kardijalne	Mučnina	Sedacija	Predoziiranje	Pro-convulzivni učinak	Seksualna disfunkcija
<b>Triciklici</b>										
1a	Amitriptilin	200	75	●●●	●●●	●●	●●●	●●●	●●	●●
1a	Amoksapin	300	150	●●●	●	●	●●●	●●●	●●●	●
1a	Klomipramin	250	75	●●●	●●	●●	●●	●	●●	●●●
1a	Dosulepin (dotiepin)	150	75	●●	●●	○	●●●	●●●	●●	●●
1a	Doksepin	300	<Od	●	●●	○	●●	●●	●●	●●
1a	Imipramin	300	50	●●	●●	●●	●	●●●	●●	●●
1b	Maprotilin	150	75	●●	●●	●●	●	●●●	●●●	●●
<b>SIPPSSa</b>										
2a	Citalopram	60	40	○	○	●●●	○	○	○	●●
2a	Escitalopram	20	<20	○	○	●●	○	○	○	●●
2b	Fluoksetin	(20)	(80)	○	○	●●	○	○	○	●●
2c	Fluvoksamin	300	300	●	○	●●●	●	○	○	●
2d	Paroksetin	50	40	○	○	●●	○	○	○	●●●
2e	Sertralin	200	200	○	○	●●	○	○	○	●●
<b>MAOIs</b>										
3a	Izokarboksazid	60	<od	●●	●●	●●	○	●●	○	●
3a	Fenelzin	90	(90)	●	●	●●	○	●●	○	●
3b	Tranilcipromin	CA30	(30)	●	●	●●	●	●●●	○	●
<b>Ostali</b>										
4	Mianserin	90+	<od	●	○	○	●●●	○	○	●
5	Mirtazapin	45	45	○	○	○	●●	○	●	●●
6	Moklobemid	600	600	●	○	●	○	○	?	●
7	Flupentiksol	3	2	●●	○	○	●	●	?	●
8	(Nefazodon)	(600)	(400)	●	○	●●	●	?	?	○
9	Reboksetin	12	NR	●	●	●	○	○	○	○
10	Tritofan	6 g	6 g	○	○	●	●●	●	○	○
11	Venlafaksin	375	375	○	●●	●●	●	●●	●	●●
12	Bupropion (U)	--	--	●	○	●	○	●●	●●●	○

Grupe:

1a = Triciklici  
2a = Biciklici izobenzofuran  
3a = Hidrazin MAOI

4 = Tetraciklici  
9 = NARI – inhibitori ponovne pohrane noradrenalina

Nuspojave:

●●● = Značajne  
○ = Slabe ili minimalne

1b = Triciklici sa prstenom u sredini  
2b = Benzenpropanamin  
3b = Non-hidrazin MAOI

5 = NaSSA

●● = Umjerene  
? = Malo informacija ili ih nemaU

2c = Aminoetil oksimer aralkil ketona

6 = RIMA  
10 = Aminokiselina

● = Blage  
= Nije registriran u UK za depresiju

2d = Fenilpiperidin

7 = Tioksanten

8 = Triazolopiridin

11 = SNRI – selektivni inhibitori ponovne pohrane noradrenalina

diplomatski pristup u kojem bi se namjerno trebale izostaviti činjenice u svezi patogeneze psihopatološkog poremećaja i djelovanja antipsihotika, a lijek bi se jednostavno predstavio kao dio neurološkog terapijskog algoritma. Često je korisno sljedeće ohrabrenje: "Psihofarmak pomaže da se manje usmjerite na glavobolju, a više na uživanje u životu."

### Glavobolja i sekundarni psihički poremećaji

Dugotrajne i jake glavobolje rijetko su životno ugrožavajuća stanja, ali mogu uzrokovati duševne boli zbog smanjenja kvalitete života i psihičke poremećaje kao što su anksioznost i depresija. Objašnjenja za visoku stopu komorbiditeta glavobolje i psihičkih poremećaja su sljedeća:

- Kronična glavobolja uvjetuje mnogobrojne manje kvalitetne životne prilagodbe i utječe na kvalitetu društvenog života.

- Čimbenici kao što su jako izražena anksioznost, emocionalna nestabilnost i gubitak samopouzdanja smanjuju opće životne i radne sposobnosti.

Mnoge osobe se uspješno nose s glavoboljom. Ako obiteljski liječnik i neurolog primijete da je pacijent ipak pod utjecajem stresa, anksiozan ili se javljaju depresija, socijalna fobija ili druga sekundarna psihopatologija, treba ga uputiti na psihijatrijski pregled i liječenje.<sup>15</sup>

**Liječenje.** Svaka kronična bolest djeluje destabilizirajuće na čovjeka. Stoga je razumljiv značaj psihoterapije usmjerene na ublažavanje stresa te kognitivno-bihevioralne i interpersonalne psihoterapije u liječenju kroničnih glavobolja sa sekundarnim psihijatrijskim poremećajima.<sup>1,13</sup> Anksiozni i depresivni poremećaji u komorbiditetu s glavoboljama liječe se i anksioliticima (TABLICA 1) i antidepressivima (TABLICA 3).

### Zaključak

Glavobolje su stanja koja nastaju u interakciji psihogenih i somatskih čimbenika, a dijele se u tri skupine: psihosomatski poremećaji, primarni psihijatrijski poremećaji i primarne glavobolje sa sekundarnim psihijatrijskim poremećajima. Liječenje većine glavobolja nije moguće bez holističkog, timskog pristupa psihijatra i neurologa. Važna je edukacija neurologa u dijagnostici i terapiji duševnih poremećaja u komorbiditetu s glavoboljama. U liječenju bolesnika s glavoboljom psihofarmaci se dobro nadopunjuju sa psihoterapijom. Psihofarmake treba pažljivo titrirati da bi se minimalnom djelotvornom dozom postigao željeni učinak i izbjegle moguće nuspojave. Liječenje glavobolja treba provoditi multidisciplinarno (liječnik primarne zdravstvene zaštite, neurolog i psihijatar). Provođi se i psihoterapija (kognitivno-bihevioralna, interpersonalna, autogeni trening ublažavanja stresa) i psihofarmakoterapija. Liječnici primarne zdravstvene zaštite i neurolozi mogu pacijentima koji strahuju od psihijatrijske stigmatizacije s neurološkom terapijom propisati i psihofarmake u dopuštenim dnevnim dozama. **M**

### LITERATURA

1. Kaplan HI, Sadock BI. Pocket handbook of clinical psychiatry, 3<sup>rd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
2. Rasmussen BK. Epidemiology of headache. Cephalgia 1995; 15:45-68.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
4. World Health Organisation. Classification of Mental and Behavioral Disorders. 10<sup>th</sup> ed. Geneva: World Health Organisation and Longman Group Limited, 1994.
5. Schwartz MS. Biofeedback: A Practitioners Guide. New York: Guilford Press, 1987.
6. Blanchard EB. Psychological Treatment of Benign Headache Disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1992; 60:537-51.
7. Ad Hoc Committee of the International Headache Society. Classification of headache. Journal of American Medical Association 1988; 179:717-8.
8. Thaller V, Buljan D, Lazić N, Marušić S. Psihijatrija, suvremene osnove za studente i praktičare. Zagreb, 1999.
9. Barac B. i sur. Neurologija. Zagreb, 1992.
10. Szaz T. Malingering. Diagnosis or social condemnation. Arc Neurol Psychiatry 1967; 195:432-43.
11. Thaller V, Buljan D, Golik-Gruber V, Marušić S. Alkoholologija. Zagreb, 2002.
12. Buljan D, Brozović Z, Thaller V, Breitenfeld D, Marušić S. Neurotransmitter Changes in Alcoholism and in the Withdrawal Syndrome (Neurobiological Tests of Alcoholism). Coll Antropol 1996; 20:175-82.

13. Stahl SM. Essential Psychopharmacology, The Prescriber's Guide. Second Edition. Cambridge University press, 2000.
14. Arena JG, Hightower NE, Chang GC. Relaxation therapy for tension headache in the elderly. A prospective study. Psychology and Aging 1988; 3: 96-8.
15. Spira PJ. Tension headache. Aust Fam Physician 1998; 27:597-600.
16. Langemark M, Olsen J. Sulpirid and paroxetine in the treatment of chronic tension-type headache. An explanatory double-blind trial. Headache 1994; 34:20-4.
17. Bendtsen L, Jensen R, Olesen J. A non-selective (amitriptylin), but not a selective (citalopram), serotonin reuptake inhibitor is effective in the prophylactic treatment of chronic tension-type headache. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1996; 61:285-90.