



Habitualni i psihogeni kašalj – nova nomenklatura

Habitual and psychogenic cough – new nomenclature

Mario Blekić^{1,2} , Blaženka Kljaić Bukvić^{1,2}

¹ Odjel za pedijatriju Opće bolnice „Dr. Josip Benčević“, Slavonski Brod

² Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Ključne riječi

HABITUALNI KAŠALJ; TIK-KAŠALJ;
PSIHOGENI KAŠALJ; KRONIČNI KAŠALJ;
DJECA

Keywords

HABITUAL COUGH; TICK-COUGH;
PSYCHOGENIC COUGH; CHRONIC COUGH;
CHILDREN

SAŽETAK. Kašalj je zaštitni refleks kojim se prevenira aspiracija sadržaja u dišne putove i poboljšava njihovo čišćenje. Za održavanje zdravija dišnog sustava neophodan je učinkoviti kašalj, a u praksi je to jedan od najčešćih simptoma sa značajnim socioekonomskim opterećenjem.¹ Pretjerani i produljeni kašalj, posebno kada je jače izražen, značajno smanjuje kvalitetu života.^{2,3} Bez obzira na to je li kašalj akutan⁴ ili kroničan⁵ kod djece ima velik utjecaj na san, školski uspjeh i igru, djeluje uznemirujuće na roditelje, može ometati spavanje drugih članova obitelji te nastavu, učitelje i vršnjake u razredu. Kašalj se kod djece prezentira značajno drukčije u usporedbi s kašljem odraslih i etiologija mu je drukčija.³ Dugotrajni (kronični) kašalj kod djece razlikuje se od onoga kod odraslih zbog različite morfologije dišnih putova, višeg stupnja osjetljivosti na štetne podražaje, smanjene kontrole refleksa kašlja i razlike u sazrijevanju neurološkog i imunološkog sustava u različitim pedijatrijskim dobnim skupinama.² Postoji mnogo uzroka kroničnog kašlja – većina potječe iz pluća, ali prisutni su i izvanplućni uzroci. Također, većinu uzroka kašlja može se otkriti, ali pojedini uzroci su još kontroverzni. Za opisivanje slučajeva kroničnog kašlja bez jasne plućne ili izvanplućne etiologije u prisutnosti neke sugestivne kliničke karakteristike i/ili povezanosti s psihološkim problemom koriste se razni pojmovi, uključujući kašalj iz navike/habitualni kašalj, psihogeni kašalj i tik-kašalj.⁶ S obzirom na terminološku nedosljednost i potrebu usklađivanja s DSM-5 klasifikacijom bolesti (Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje), Ekspertna skupina CHEST-a (engl. *American College of Chest Physicians*) 2015. godine je za definiciju ovih podskupina kroničnog kašlja dala preporuke da se habitualni kašalj naziva tik-kašalj (engl. *tic cough*), a psihogeni kašalj zove se kašalj u poremećaju sa somatskim simptomima (engl. *somatic cough disorder*).⁶ Prema ERS-ovim (engl. *European Respiratory Society*) smjernicama za dijagnostiku i liječenje kroničnog kašlja kod odraslih i djece iz 2020. godine prihvaćena je spomenuta nomenklatura CHEST-a⁷.

SUMMARY. Cough is a protective reflex that prevents aspiration of contents into the respiratory tract and improves its cleaning. An effective cough is necessary to maintain the health of the respiratory system, and in practice it is one of the most common symptoms with a significant socioeconomic burden.¹ Excessive and prolonged coughing, especially when it is more pronounced, significantly reduces the quality of life.^{2,3} Regardless of whether the cough is acute⁴ or chronic⁵ in children, it has a great impact on sleep, school performance and play. Cough in children presents significantly differently compared to adult cough and its etiology is different.² Long-term (chronic) cough in children differs from that in adults due to the different morphology of the airways, a higher degree of sensitivity to harmful stimuli, reduced control of the cough reflex and differences in the maturation of the neurological and immune systems in different pediatric age groups.² There are many causes of chronic cough – most originate in the lungs, but extrapulmonary causes are also present. Also, most causes of cough can be discovered, but some causes are still controversial. Various terms are used to describe cases of chronic cough without a clear pulmonary or extrapulmonary etiology in the presence of some suggestive clinical characteristic and/or association with a psychological problem, including habitual cough, psychogenic cough, and tic-cough.⁶ In view of the terminological inconsistency and the need for harmonization with the DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) disease classification, in 2015 the Expert Group of CHEST (American College of Chest Physicians) made recommendations for the definition of these subgroups of chronic cough that a habitual cough is called a “tic cough”, and a psychogenic cough is called “somatic cough disorder”.⁶ ERS (European Respiratory Society) accepted the nomenclature of CHEST.⁷

Kronični kašalj kod djece

Definicija, etiologija i prevalencija kroničnog kašlja kod djece

Definiranje kroničnog kašlja na temelju dugotrajnosti proizvoljna je paradigma, a temelji se na konsenzusu stručnjaka. Definicija je objavljena u smjernicama Američkog koledža liječnika za bolesti prsnog koša

(engl. *The American College of Chest Physicians, CHEST*)⁸, Torakalnog društva Australije i Novog Zeland (engl. *The Thoracic Society of Australia and New*

Adresa za dopisivanje:

Dr. sc. Mario Blekić, dr. med., <https://orcid.org/0000-0002-2779-4651>
Odjel za dječje bolesti, OB „Dr. Josip Benčević“, Andrije Štampara 42, 35000 Slavonski Brod,
e-pošta: blekic1978@yahoo.com

Zealand, TSANZ)⁹ i Europskog respiratornog društva (engl. *European Respiratory Society*, ERS)⁸. U smjernicama je kao uvjet za kroničan kašalj usvojeno razdoblje trajanja kašlja od osam tjedana za odrasle¹⁰, a četiri tjedna za djecu¹¹, premda se kašalj kod djece u trajanju od tri do osam tjedana terminološki često naziva prolongirani akutni kašalj^{11, 12}. Obrazloženje za vremenski interval naveden u Smjernicama jest da većina akutnih respiratornih infekcija kod djece prestaje unutar tog intervala. Prag od četiri tjedna odabran je kako bi se omogućila relativno rana dijagnoza ozbiljne bolesti koja je uzrokovala kašalj kao što su npr. bronhiektazije¹³ ili neprepoznato strano tijelo u dišnom putu¹⁴, ali i kako bi se spriječile komplikacije i dodatno obolijevanje. Nadalje, ovaj vremenski raspon također omogućuje da se oprezno prate pojedini bolesnici s kroničnim kašljem kada uz kašalj nema drugih (specifičnih) simptoma.⁹ Prisutnost kroničnog kašlja može predstavljati tešku osnovnu bolest,¹⁵ ali i kada ju ne predstavlja, značajno narušava kvalitetu života.¹⁶

Specifični kašalj — odnosi se na kronični kašalj koji se u konačnici može pripisati temeljnoj bolesti (koja je obično, ali ne uvijek, plućnog podrijetla).

Nespecifični kašalj — definira se kao kronični kašalj koji nema prepoznatljiv uzrok nakon razumne procjene. Vjerojatnije je da će kronični kašalj biti nespecifičan ako je suh i ako pri početnoj evaluaciji nisu utvrđene abnormalnosti (tj. nema specifičnih pokazatelja uz kašalj kao npr. piskanje, dispneja, hemoptiza itd.). Etiologiju kašlja nije uvijek lako identificirati čak ni nakon temeljite sustavne istrage, a psihološka i neurološka stanja u diferencijalnoj su dijagnozi i kod djece i odraslih.¹⁷ Za opisivanje slučajeva kašlja bez jasne plućne ili izvanplućne etiologije (kao što je npr. gastroezofagealna refluksna bolest) u prisutnosti neke sugestivne kliničke karakteristike i/ili povezanosti s psihološkim problemom u literaturi u Republici Hrvatskoj korišteni su razni izrazi kao *kašalj iz navike/habitualni kašalj*, *psihogeni kašalj* i *tik-kašalj*.^{18, 19}

Još jedna kategorija upornog kašlja, koju ne bi trebalo zamijeniti s psihogenim kašljem, jest **neobjašnjivi kašalj**. Termin *neobjašnjivi kašalj* umjesto termina *idiopatski* predložio je CHEST za opisivanje slučajeva u kojima se modifikacijom ponašanja i psihijatrijskom terapijom nije uspjelo riješiti kašalj neutvrđene organske etiologije.²⁰ Neobjašnjivi kašalj treba uzeti u obzir samo ako se ne uspije pronaći uzrok za kašalj, a modifikacija ponašanja i psihijatrijska terapija nisu uspjele.²⁰ Potrebna je pažljiva procjena jer neadekvatna dijagnostička obrada može dovesti do pogrešnoga pretjeranog dijagnosticiranja neobjašnjivog kašlja.²¹

Postoji malo epidemioloških podataka za kronični kašalj i njegovu etiologiju uključujući psihogeni i habitualni kašalj. Nema dovoljno podataka o prevalenciji kroničnog kašlja kod djece, a na njezinu točnost zna-

čajan utjecaj ima subjektivnost istraživača te roditeljsko prepoznavanje tegoba i upućivanje liječnika u njih.²² Prevalencija se značajno razlikuje među različitim populacijama i također ovisi o svijesti kliničara o ovoj dijagnozi. Tijekom djetinjstva dišni putovi i živčani sustav prolaze kroz niz anatomske promjene te fizioloških procesa sazrijevanja koji utječu na refleksi kašlja. Uz navedeno i imunološki odgovori prolaze kroz razvojne i memorijske procese koji čine da su infekcije i kongenitalne abnormalnosti kod djece glavni uzroci kašlja.²³ Kada se ispituje predškolsku djecu kašlju li unatrag mjesec dana potvrđan je odgovor kod oko 35% ispitanika.²⁴ Premda i roditelji kod svoje djece mogu netočno prezentirati podatke o kašlju, istraživanja pokazuju da je prevalencija kašlja u djece (bez prehlade) oko 30%.¹² Prema bolničkim multicentričnim studijama i sustavnom pregledu^{13, 25, 26} te u multicentričnoj studiji u kojoj su ispitana djeca iz primarne zdravstvene zaštite ili hitne pomoći⁴ vidljivo je da su astma, produženi bakterijski bronhitis (PBB) i nespecifični kašalj tri najčešća uzroka kroničnog kašlja. Za neke druge dijagnoze (kao što je tuberkuloza) učestalost varira ovisno o regiji.^{13, 27} Holinger i Sanders²⁸ dokazali su da je psihogeni kašalj drugi najučestaliji uzrok kroničnog kašlja kod djece između 6 i 16 godina. U studiji pacijenata s uputnom dijagnozom kroničnog kašlja u Australiji, prevalencija tik-kašlja iznosila je 4,3% ukupno i 8% u pulmološkoj klinici u Sydneyu.²⁶ Etiologija kroničnog kašlja kod djece različita je od one kod odraslih i stoga bi liječnici trebali koristiti pedijatrijske smjernice za kašalj.^{8, 9} Sindrom kašlja gornjih dišnih putova (ranije nazivan postnazalni drip-sindrom), astma, neastmatični eozinofilni bronhitis i gastroezofagealna refluksna bolest najčešći su uzroci kroničnog kašlja kod odraslih.²⁹

Tik-kašalj (habitualni kašalj) i kašalj u poremećaju sa somatskim simptomima (psihogeni kašalj)

S obzirom na terminološku nedosljednost i potrebu usklađivanja s DSM-5³⁰ klasifikacijom bolesti, Ekspertna skupina CHEST-a 2015. godine, nakon sistemskog pregleda o zbrinjavanju psihogenog i habitualnog kašlja (koji je učinjen zbog obnavljanja preporuka i sugestija unatoč dokazima niske kvalitete), za definiciju ovih podskupina kroničnog kašlja daje preporuke da se habitualni kašalj naziva tik-kašalj (engl. *tic cough*), a psihogeni kašalj zove se kašalj u poremećaju sa somatskim simptomima (engl. *somatic cough disorder*). Prema ERS-ovim (*European Respiratory Society*) smjernicama za dijagnostiku i liječenje kroničnog kašlja u odraslih i djece iz 2020. godine podskupina kašlja koja se prije nazivala habitualni kašalj naziva se tik-kašalj, a podskupina psihosomatski kašalj je označena kao kašalj u poremećaju sa somatskim simptomi-

ma (engl. *somatic cough disorder*). Iz toga je vidljivo kako je ERS prihvatio nomenklaturu CHEST-a.⁷

Tik-kašalj (ranije poznat kao habitualni kašalj) opisuje kašalj sa značajkama ponavljanja i navike (habitualnim značajkama) koje su slične vokalnom tiku. Tik je po definiciji ponavljajući pokret ili glas koji uključuje diskretne skupine mišića; tikovi su fragmenti normalnih motoričkih radnji ili vokalizacija koji su pogrešno postavljeni u kontekstu.³¹ Temeljne kliničke značajke tikova uključuju supresivnost, distraktibilnost, sugestivnost, varijabilnost i prisutnost predosjećaja.³¹ Tik-kašalj i pročišćavanje grla vjerojatno predstavljaju kombinaciju motoričkih i foničkih tikova i imaju navedene značajke tika.

U petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-5)³⁰ ne spominju se izrazi habitualni poremećaji /poremećaji iz navike, ali se spominju tikovi. Budući da se izraz *habitualni poremećaj* tradicionalno koristio u psihijatriji za označavanje tik-poremećaja, trihotilomaniju, složene motoričke stereotipove i kopanje po koži, pojavila se mogućnost, ali i potreba, spajanja termina habitualnog kašlja i tik-kašlja u jedno ime, a to je **tik-kašalj** (tj. poremećaj koji je već prepoznat po istoj DSM-5 klasifikaciji).³⁰ Ekspertnom povjerenstvu CHEST-a nije bilo teško zamijeniti pojam habitualnog kašlja u pojam *tik-kašalj* jer se čini da definicija i značajke tik-kašlja obuhvaćaju bit onoga na što kliničari misle kada koriste izraz *habitualni kašalj (kašalj iz navike)*, tj. navedeno povjerenstvo vjeruje da bi se izraz *habitualni kašalj* trebao napustiti u korist *tik-kašlja*. Prema povjerenstvu netočno je i zbunjujuće, a stoga i problematično, nastaviti koristiti riječ *navika* onako kako se koristi u laičkim terminima, jer laička definicija nije vjerna onome što suvremena psihijatrija ili psihologija vjeruju da je u korijenu poremećaja. U laičkom smislu, pojam *navika* odnosi se na obrasce ponašanja koji se često ponavljaju, poput popodnevnog spavanja. Štoviše, često im se daje pozitivna ili negativna konotacija (npr. pušenje je loša navika, dok je svakodnevna konzumacija voća ili povrća dobra navika). Povjerenstvo također vjeruje da bi definicija tik-kašlja trebala biti kronični kašalj koji dijeli temeljne kliničke značajke tikova i koji se može vidjeti sam (kao kod kroničnog poremećaja vokalnih tikova)³⁰ ili u kontekstu mnogih tikova kod osoba s Tourettovim sindromom³⁰ te kod djece osnovnoškolske dobi s visoko funkcionalnim autizmom.³² Kod mnogih pojedinaca mogu se pojaviti samo pojedinačni tikovi poput treptanja i šmrkanja pa tako i kašalj može biti jedina manifestacija tik-poremećaja i vrlo je čest vokalni tik kod osoba s tik-poremećajem. S obzirom na to da se tik-kašalj kvalificira kao vokalni tik valja očekivati da će farmakološke i biheviornalne terapije, za koje se pokazalo da su korisne za druge vokalne tikove, biti učinkovite za tik-kašalj.

Takve terapije^{33,34} razlikuju se od onih koje bi bile propisane za konverzijsku reakciju.³⁵

Kašalj u poremećaju sa somatskim simptomima (ranije poznat kao psihogeni kašalj)

Pri dijagnosticiranju mentalnih bolesti psihijatri diljem svijeta najčešće koriste dva sustava klasifikacije – Međunarodnu klasifikaciju bolesti i srodnih zdravstvenih problema³⁶ (ICD, engl. *International Classification of Diseases*) Svjetske zdravstvene organizacije ili Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje³⁰ (DSM, engl. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) Američke psihijatrijske udruge. Iako se termini *psihogeni* i *habitualni* ne pojavljuju u sustavu klasifikacije DSM-5³⁰, termin *psihogeni kašalj*, koji se trenutno koristi u pulmologiji, obično se u psihijatriji odnosi na somatizacijski poremećaj. Somatizacija je prijenos psihološke patnje u tjelesni simptom^{35,37}, a somatizacijski poremećaji (prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije iz 1992.) označeni su kao „ponavljanje tjelesnih simptoma, praćeno upornim zahtjevima za izradom medicinskih pretraga usprkos ponavljanim negativnim nalazima i uvjeravanjima liječnika da simptomi nemaju tjelesnu osnovu“. Revizijom Smjernica na ekspertnoj skupini CHEST-a zaključeno je da je dijagnozi *psihogeni kašalj* najbliža dijagnoza iz klasifikacije DSM-5 „kašalj u poremećaju sa somatskim simptomima“ (engl. *somatic cough disorder*)^{6,30}. Do dijagnoze se dolazi isključivanjem drugih uzroka kašlja i *tik-kašlja*, a dijete mora ispunjavati kriterije za somatski poremećaj kako je navedeno u DSM-5.³⁰

DSM-5 kategorija **Poremećaj sa somatskim simptomima i srodni poremećaji** obuhvaća dijagnoze³⁰:

- poremećaj sa somatskim simptomima
- anksiozni poremećaj zbog bolesti
- konverzivni poremećaj (poremećaj s funkcionalnim neurološkim simptomima)
- psihološke čimbenike koji utječu na druga zdravstvena stanja
- umišljeni poremećaj
- drugi specificirani poremećaj i srodni poremećaj
- nespecificirani poremećaj sa somatskim simptomima i srodni poremećaj.

Svi ovi poremećaji u navedenoj DSM-5 kategoriji imaju zajedničku značajku: istaknutost somatskih simptoma povezanih s klinički značajnom patnjom i oštećenjem. Osobe s poremećajima koji imaju istaknute tjelesne simptome obično se susreću u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i drugim medicinskim ustanovama, a rjeđe u psihijatrijskim i drugim ustanovama za psihičko zdravlje.

Poremećaj sa somatskim simptomima kao prva podskupina u navedenoj DSM-5 kategoriji naglašava da je

dijagnoza temeljena na pozitivnim simptomima i znakovima (uznemirujući tjelesni simptomi uz abnormalne misli, osjećaje i ponašanje kao odgovor na ove simptome), više nego na nedostatku medicinskog objašnjenja za somatske simptome. Posebna karakteristika osoba koje imaju ovaj poremećaj nisu somatski simptomi sami po sebi, nego način na koji ih oni iznose i interpretiraju.³⁰

Osobe koje boluju od poremećaja sa somatskim simptomima tipično imaju višestruke, stalno prisutne somatske simptome koji dovode do klinički značajne patnje ili do značajnih smetnji u svakodnevnom životu (kriterij A, tablica 1) iako je ponekad prisutan samo jedan ozbiljan simptom, najčešće bol. Simptomi (u ovom radu simptom je kašalj) mogu i ne moraju biti povezani s drugim zdravstvenim stanjem. Dijagnoza poremećaja sa somatskim simptomima i istodobne tjelesne bolesti nisu međusobno isključujuće i one se vrlo često pojavljuju zajedno. Npr. osoba može biti onesposobljena zbog simptoma poremećaja sa somatskim simptomima (u ovom slučaju kašljem) nakon preobliženja bolesti (npr. teške egzacerbacije astme) iako bolest nije uzrokovala trajne posljedice. Ako je prisutno neko zdravstveno stanje ili postoji visok rizik za njegov razvoj (npr. snažna obiteljska anamneza), misli, osjećaji i ponašanja u vezi s tim stanjem su prekomjerni (kriterij B, tablica 1).³⁰ Osobe koje boluju od ovog poremećaja imaju vrlo visoku razinu zabrinutosti oko bolesti (kriterij B, tablica 1).³⁰

Bolesnici procjenjuju svoje tjelesne simptome prijetućima, opasnim i zabrinjavajućima. Često misle najgore o svom zdravlju čak i kad postoje dokazi za suprotno te se neki i dalje, unatoč dokazima, boje zdravstvene ozbiljnosti simptoma. U teškom poremećaju briga za zdravlje može preuzeti središnju ulogu u životu pojedinca. Briga za zdravlje postaje obilježje njegovog identiteta i preuzima dominaciju u vezama i odnosima, a kada je oštećenje veliko i dugotrajno može dovesti do invalidnosti. Vrlo često se koristi visoka razina zdravstvene skrbi, koja rijetko ublažava zabrinutost pojedinca, a pacijent često traži pomoć više liječnika za isti simptom. Osobe s ovim poremećajem često ne reaguju na medicinske intervencije, nove intervencije mogu pogoršati simptome, a pojedine osobe smatraju da su njihova medicinska procjena i liječenje bili nedostadni. Često su neobično osjetljivi na nuspojave lijekova.³⁰

Prisutnost samo jednoga izraženog simptoma češća je kod djece nego kod odraslih. Iako mlađa djeca mogu imati tjelesne simptome, ona rijetko brinu o „bolesti“ do puberteta, a važan je odgovor roditelja na simptom. On određuje razinu popratne uznemirenosti jer je roditelj taj koji interpretira simptom te traži pomoć liječnika i/ili dijete izostaje iz škole.³⁰

Neuroticizam je prepoznat kao neovisan čimbenik velikog broja somatskih simptoma, a komorbidna

anksioznost ili depresija su česti i mogu pogoršati simptome i oštećenja. Poremećaj sa somatskim simptomima češći je kod osoba koje su nedavno doživjele stresne životne događaje te kod osoba nižega socioekonomskog statusa i s manje godina školovanja.³⁰ Perzistirajući simptomi povezani su i s demografskim značajkama kao što su ženski spol, starija dob i nezaposlenost te anamnezom seksualnog zlostavljanja, traumama u djetinjstvu, kroničnom tjelesnom bolešću ili psihijatrijskim poremećajem, socijalnim stresom i/ili čimbenicima koji im idu u prilog (npr. izostanak s nastave).³⁰ Također, postoje neke razlike u somatskim simptomima između kultura i etničkih skupina i može biti razlika u traženju medicinske pomoći među njima.³⁰

Kada simptomi ispunjavaju dijagnostičke kriterije za poremećaj sa somatskim simptomima ovaj poremećaj treba biti dijagnosticiran, ali s obzirom na to da su istovremeno česti komorbiditeti anksiozni i depresivni poremećaj treba tragati i za njima.³⁰

Dijagnoza „poremećaj sa somatskim simptomima“ iz zadnje DSM-5 klasifikacije³⁰ u ICD-11 klasifikaciji³⁶ Svjetske zdravstvene organizacije naziva se *poremećaj tjelesne patnje* (engl. *bodily distress disorder*, BDD), a definira se kao prisutnost tjelesnih simptoma koji su uznemirujući za pojedinca ili se simptomima daje prevelika pažnja i značaj, što zahtijeva češće odlaske na preglede liječniku. Ako medicinsko stanje uzrokuje simptome ili im pridonosi, stupanj pozornosti uglavnom je pretjeran u odnosu na njegovu prirodu i progresiju. Pretjerana pozornost ne može se ublažiti odgovarajućim kliničkim pregledom i pretragama ni uvjeravanjem. Tjelesni simptomi i pridružena patnja su postojani, prisutni su veći dio dana barem nekoliko mjeseci i povezani su sa značajnim oštećenjem u osobnim, obiteljskim, društvenim, obrazovnim, profesionalnim ili drugim važnim područjima funkcioniranja. Tipično, poremećaj uključuje više tjelesnih simptoma koji mogu varirati tijekom vremena. Najčešći tjelesni simptomi povezani s poremećajem tjelesne patnje uključuju bol (npr. mišićno-koštano bol, bol u leđima, glavobolju), umor, gastrointestinalne i respiratorne simptome, iako pacijenti mogu patiti od bilo kojih tjelesnih simptoma.³⁸ Povremeno postoji jedan simptom, obično bol ili umor, ali i kašalj, koji je povezan s drugim značajkama poremećaja.

Prezentacija i dijagnostika kašlja u tik-kašlju i kašlju u poremećaju sa somatskim simptomima

Iako *tik-kašalj* i *kašalj u poremećaju sa somatskim simptomima* imaju različite definicije ne mogu se uvijek lako klinički razlikovati. Početni pristup liječenju je sličan, osim ako nisu prisutni jasni biljezi somatskog poremećaja. Iako su tipične kliničke karakteristike

TABLICA 1. POREMEĆAJ SA SOMATSKIM SIMPTOMIMA (MEĐUNARODNA KLASIFIKACIJA BOLESTI I SRODNIH ZDRAVSTVENIH PROBLEMA, DSM-5)³⁰

TABLE 1. DSM-5 DIAGNOSTIC CRITERIA FOR SOMATIC SYMPTOM DISORDER

| Dijagnostički kriteriji / Diagnostic criteria | |
|---|---|
| A. | Jedna ili više tjelesnih tegoba koje dovode do klinički značajne patnje ili kao posljedicu imaju značajno ometanje svakodnevnog života / One or more somatic symptoms that are distressing or result in significant disruption of daily life |
| B. | Prekomjerne misli, osjećaji ili ponašanje vezano za tjelesne simptome ili s tim vezane misli koje se očituju u sljedećem: / Excessive thoughts, feelings, or behavior[s] related to the somatic symptoms or associated health concerns as manifested by at least one of the following: 1. Nerazmjerne i stalne misli o ozbiljnosti svojih simptoma / Disproportionate and persistent thoughts about the seriousness of one's symptoms 2. Stalna visoka razina anksioznosti zbog zdravlja ili simptoma / Persistently high level of anxiety about health or symptoms 3. Ovim simptomima ili brizi o zdravlju posvećuje se previše vremena ili energije. / Excessive time and energy devoted to these symptoms or health concerns. |
| C. | Iako pojedini tjelesni simptomi ne moraju biti stalno prisutni, stanje da osoba ima simptome jest dugotrajno (obično dulje od šest mjeseci). / Although any one somatic symptom may not be continuously present, the state of being symptomatic is persistent (typically more than six months). |
| Odredi ako je: / Specify if: | |
| S dominirajućom boli (raniji poremećaj osjeta boli): ova odrednica je za pojedince čiji tjelesni simptomi pretežno uključuju bol. / With predominant pain (previously pain disorder): this specifier is for individuals whose somatic symptoms predominantly involve pain. | |
| Odredi ako je: / Specify if: | |
| Perzistirajući: perzistirajući tijek koji je karakteriziran ozbiljnim simptomima, znatnim oštećenjem i dugim trajanjem (dulje od šest mjeseci) / Persistent: a persistent course is characterized by severe symptoms, marked by impairment, and long duration (more than six months) | |
| Odredi sadašnju težinu: / Specify current severity: | |
| <u>Blaga</u> : ispunjen je samo jedan od simptoma naveden u kriteriju B. / <u>Mild</u> : only one of the symptoms specified in criterion B is fulfilled. | |
| <u>Umjeren</u> : dva ili više simptoma u kriteriju B su ispunjena. / <u>Moderate</u> : two or more of the symptoms specified in criterion B are fulfilled. | |
| <u>Teška</u> : dva ili više simptoma u kriteriju B su ispunjena, uz to se osoba žali na brojne tjelesne smetnje (ili jedan jako težak somatski simptom). / <u>Severe</u> : two or more of the symptoms specified in criterion B are fulfilled, plus there are multiple somatic complaints (or one very severe symptom). | |

često očigledne pri prvoj konzultaciji, nakon što se procijene drugi mogući uzroci one ostaju dijagnoze isključenja.⁶

U ovim podskupinama kašalj je dosta karakterističan, ali može biti različit među pacijentima:

- može se prezentirati kao kratak, pojedinačan, suh kašalj (tik-kašalj – ovaj oblik kašlja obično nije jako uznemirujući i roditelji često mogu prepoznati da je kašalj postao navika)
- može biti glasan, grub, iritantan i ponavljajući, nalik lajanju/trubi u prirodi (ometa školski i obiteljski život, donosi određenu sekundarnu dobit za dijete).³⁹

Česte osobine ovih tipova kašlja:

- izraženiji su tijekom posjeta ordinaciji i izostaju tijekom spavanja
- često je postojanje prethodne početne bolesti gornjih dišnih puteva u anamnezi i ona može biti okidač za pojavu kašlja^{6,23}
- nisu povezani s tjelesnom aktivnošću
- ako se izuzme kašalj, fizikalni pregled je normalan

- tipičan dobni raspon za djecu s ovim poremećajima jest od 4 do 18 godina, s medijanom od 10 godina⁴⁰
- nema očite organske ili fiziološke etiologije
- posljedice su produljeni izostanci iz škole – sekundarna dobit za dijete
- nema odgovora na farmakoterapiju.

Liječenje tik-kašlja i kašlja u poremećaju sa somatskim simptomima

U obradi, ali i liječenju djece s opisanim podvrstama kroničnog kašlja potreban je multidisciplinarni pristup koji uključuje liječnike i suradnike različitih struka (pedijatre različitih užih specijalizacija, otorinolaringologa, psihijatre, psihologe...). Organizacija CHEST, koja inače razvija kliničke smjernice u praksi koje pomažu pacijentima i liječnicima u odlučivanju, provela je sustavni pregled dostupne literature u zbrinjavanju habitualnog kašlja, psihogenog kašlja i tik-kašlja.⁴¹ Budući da je zamjetan nedostatak kontroliranih studija i heterogenost dijagnostičkih termina u

analizu su uključeni svi dizajni studija i deskriptivni dijagnostički termini te je u studiji opisano 223 pacijenata u 18 nekontroliranih istraživanja (od 170 pacijenata kojima je u istraživanju prikazana dob 96% pacijenata su bila djeca). U 90% studija u istoj analizi korišten je termin *psihogeni kašalj*. Primjenu konvencionalne farmakoterapije prije postavljanja dijagnoze psihogenog kašlja (uglavnom kod djece) opisalo je četrnaest istraživanja. Korišteni su antibiotici, antitusici, antihistaminici, bronhodilatatori i steroidi. Većina intervencija u istraživanjima je slabo opisana bez procjene učinkovitosti, ali ih je većina pokazala i nedostatak poboljšanja. Većina istraživanja se fokusirala na nefarmakološke (bihevioralne) intervencije, a najčešće su intervencije bile hipnoza, terapija sugestijom, tješjenje i razuvjeravanje.⁴¹ Bihevioralne intervencije za koje se smatra da smanjuju kašalj uključuju terapiju supresije kašlja, govornu terapiju, svjesnost, meditaciju, terapiju sugestijom, *biofeedback* i kognitivnu bihevioralnu terapiju. Najuspješnija terapija za ove vrste kašlja kod djece bila je sugestivna terapija kod koje se koristi distraktor (kao što je pijuckanje tople vode), kao alternativno ponašanje kašlju.^{23,40} Djeca s kašljem u poremećaju sa somatskim simptomima, ako ne reagiraju na sugestiju i druge bihevioralne intervencije, zahtijevaju upućivanje psihologu i/ili psihijatru.

Nefarmakološke intervencije

Terapija sugestijom

Terapija sugestijom je tehnika liječenja koja u osnovi ima proces u kojem liječnik uvjerava pacijenta da može kontrolirati kašalj opirući se potrebi za kašljem. Liječnik pacijentu i njegovoj obitelji objasni prirodu kašlja i izrazi uvjerenost da pacijent može zaustaviti kašalj. U terapiji se može koristiti i distraktor (kao što je pijuckanje tople vode, plahta omotana oko prsnog koša ili nebulizirani lidokain i sl.), a uloga distraktora je pomoć pacijentu u kontroli kašlja.

Istraživanja Cartera (1949.), Harfeiza (1980.) i Munforda (1978.) prikazala su uspješno liječenje korištenjem raznih sugestivnih tehnika i poboljšanje od 80 – 90%.⁴² U četiri istraživanja iz systemske analize CHEST-a⁴¹ korišten je ovaj tip terapije, a u dva od ista četiri istraživanja dodatno je prilikom liječenja kao distraktor korištena ili plahta omotana oko prsnog koša ili nebulizirani lidokain razrijeđen fiziološkom otopinom. U navedenoj analizi 52 bolesnika je primilo terapiju, a kašalj je prestao u 96% bolesnika.⁴¹

Hipnoterapija / samohipnoza

Hipnoza može pomoći u ignoriranju potrebe za kašljem podučavajući djecu kako da se smire, zamisle da okreću kotačić koji kontrolira kašalj ili da otkriju može li neki stresni problem pridonijeti produljenju kašlja i kako se bolje nositi s tim problemom.

Hipnoza se procjenjivala kod 96 pacijenata kojima je pulmolog educiran o hipnozi dao instrukcije za hipnozu. Kašalj je prestao u 78% bolesnika i smanjio se u 5% bolesnika.⁴¹

Razuvjeravanje, tješjenje, upućivanje psihologu i prikladna medikacija

Objašnjenje i uvjeravanje (usmjereno ponajprije na dijete) također mogu biti učinkoviti.⁴³ Sedam istraživanja u ranije navedenoj CHEST-ovoj systemskoj analizi koristilo je različite intervencije – razuvjeravanje, tehnike relaksacije tješjenjem, upućivanje psihologu, psihoterapiju, prikladnu medikaciju kao što su tranquilizatori, anksiolitici i antidepresivi. Nakon navedenih intervencija 93% pacijenata je pokazalo smanjenje kašlja.⁴¹

Glasovna terapija i kognitivna psihoterapija

Blager i suradnici pokazali su da su u smanjenju kašlja učinkovite psihoterapija i glasovna terapija kod tri od četiri odrasle osobe. Kognitivna terapija bila je učinkovita u dva slučaja psihogenog kašlja.⁴²

Farmakološke intervencije

Injekcija botulin-toksina tipa A u vokalni nabor

Sipp i suradnici⁴⁴ liječili su tri bolesnika s iscrpljujućim kašljem injekcijom botulin-toksina tipa A (BTX-A) u vokalni nabor (tiroaritenoidni mišić). Tretman je bio učinkovit kod troje djece u dobi od 11 do 13 godina u prekidanju kašlja, ali se kašalj vratio u vremenskom razdoblju od 10 dana do 2,5 mjeseca. Bihevioralna terapija bila je uspješna u daljnjoj kontroli kašlja⁴⁴ te prema istim autorima ostaje prva linija liječenja, ali BTX-A može biti korisna nadopuna bihevioralnoj terapiji kod pacijenata kod kojih standardni tretmani ne daju rezultate ili kod onih s teškim kašljem koji imaju ograničen ili odgođen pristup stručnjacima za mentalno zdravlje.

Prijavljeni su slučajevi **Touretteovog sindroma** koji se manifestira kroničnim kašljem; djecu s drugim vokalnim ili motoričkim tikovima treba dodatno procijeniti na ovaj ili drugi poremećaj prezentiran tikom.^{45,46} Ako se tik-kašalj uzme u obzir kao kronični tik-poremećaj (kao npr. Touretteov sindrom ili kronični vokalni tik) postoje dokazi koji podupiru potrebu i za farmakološkom i bihevioralnom terapijom. Tik-kašalj u Touretteovom sindromu je vrlo čest, a strategije liječenja su usmjerene na smanjenje tikova u cjelini kod pojedinaca s tik-poremećajima. Kanadske smjernice utemeljene na dokazima za liječenje tik-poremećaja pronašle su visokokvalitetne dokaze o učinkovitosti pimozida, haloperidola i risperidona kod liječenja tikova, dokaze srednje kvalitete za učinkovitost klonidina i gvanfacina, dokaze niske kvalitete za učinkovi-

tost flufenazina, etoklopramida, aripiprazola, olanzapina, ziprasidona, topiramata, injekcije botulin-toksina i kanabinoida te vrlo nisku kvalitetu dokaza za kvetiapin, baklofen i tetrabenazin.³³

Kada se uzmu u obzir bihevioralni tretmani postojali su visokokvalitetni dokazi za terapiju odvikavanjem, tj. terapiju preokreta navike, i dokazi niske kvalitete za izloženost i prevenciju odgovora.³⁴

Zaključak

Tik-kašalj i kašalj u poremećaju sa somatskim simptomima mogu se uglavnom dijagnosticirati klinički, najčešće putem karakteristične anamneze i urednoga fizikalnog pregleda. Budući da postoji nedostatak specifičnih kliničkih osobina i dijagnostičkih testova kod ovih tipova kašlja dijagnoza se potvrđuje isključivanjem druge etiologije. Postoje samo dokazi niske kvalitete koji podupiru određenu strategiju za definiranje, dijagnosticiranje i liječenje kašlja u poremećaju sa somatskim simptomima i tik-kašlja. Izbor liječenja treba voditi dostupnost potencijalnih terapija, a u obzir treba uzeti pacijentove vrijednosti i sklonosti.

LITERATURA

- Morice AH. Epidemiology of cough. *Pulm Pharmacol Ther*. 2002;15:253–9.
- Chang AB. Pediatric Cough: Children Are Not Miniature Adults. *Lung*. 2010;188:33–40.
- Faniran AO, Peat JK, Woolcock AJ. Persistent cough: is it asthma? *Arch Dis Child*. 1998;79:411–4.
- O'Grady KF, Grimwood K, Torzillo PJ, Rablin S, Lovie-Toon Y, Kaus M, Arnold D *i sur*. Effectiveness of a chronic cough management algorithm at the transitional stage from acute to chronic cough in children: a multicenter, nested, single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Child Adolesc Health*. 2019;3:889–98.
- O'Grady KF, Drescher BJ, Goyal V, Phillips N, Acworth J, Marchant JM *i sur*. Chronic cough postacute respiratory illness in children: a cohort study. *Arch Dis Child*. 2017;102:1044–8.
- Vertigan AE, Murad MH, Pringsheim T, Feinstein A, Chang AB, Newcombe PA *i sur*. Somatic Cough Syndrome (Previously Referred to as Psychogenic Cough) and Tic Cough (Previously Referred to as Habit Cough) in Adults and Children: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2015;148:24–31.
- Morice AH, Millqvist E, Bielskiene K, Birring SS, Dicipinigaitis P, Domingo Ribas C *i sur*. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. *Eur Respir J*. 2020;55:1901136.
- Chang AB, Oppenheimer JJ, Irwin RS. Managing Chronic Cough as a Symptom in Children and Management Algorithms: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2020;158:303–29.
- Chang AB, Oppenheimer JJ, Weinberger M, Weir K, Rubin BK, Irwin RS. Use of Management Pathways or Algorithms in Children With Chronic Cough: Systematic Reviews. *Chest*. 2016;149:106–19.
- Morice AH, Fontana GA, Belvisi MG, Birring SS, Chung KF, Dicipinigaitis PV *i sur*. ERS guidelines on the assessment of cough. *Eur Respir J*. 2007;29:1256–76.
- Chang AB, Glomb WB. Guidelines for evaluating chronic cough in pediatrics: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006;129:260s–283s.
- Shields MD, Bush A, Everard ML, McKenzie S, Primhak R. BTS guidelines: Recommendations for the assessment and management of cough in children. *Thorax*. 2008;63 Suppl 3: iii1–iii15.
- Chang AB, Oppenheimer JJ, Weinberger M, Grant CC, Rubin BK, Irwin RS. Etiologies of Chronic Cough in Pediatric Cohorts: CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*. 2017;152:607–17.
- Chang AB, Faoagali J, Cox NC, Marchant JM, Dean B, Petsky HL *i sur*. A bronchoscopic scoring system for airway secretions—airway cellularity and microbiological validation. *Pediatr Pulmonol* 2006;41:887–92.
- Wurzel DF, Marchant JM, Clark JE, Masters IB, Yerkovich ST, Upham JW *i sur*. Wet cough in children: infective and inflammatory characteristics in broncho-alveolar lavage fluid. *Pediatr Pulmonol*. 2014;49:561–8.
- Chang BA, Gaffney JT, Eastburn MM, Faoagali J, Cox NC, Masters IB. Cough quality in children: a comparison of subjective vs. bronchoscopic findings. *Respir Res*. 2005;6:3.
- Haque RA, Usmani OS, Barnes PJ. Chronic idiopathic cough: a discrete clinical entity? *Chest*. 2005;127:1710–3.
- Vezmar Adžamić N, Baraba Dekanić K, Kosec T, Banac S, Palčevski G. Habitualni kašalj-uzrok ili posljedica gastroezofagealne refluksne bolesti? *Medicina fluminensis*. 2016;52: 556–60.
- Aberle N, Kljaić Bukvić B, Blekić M. Kronični kašalj (Chronic cough). Zbornik radova. 4. Poslijediplomski tečaj stalnog medicinskog usavršavanja I. kategorije "Sekundarna prevencija u pedijatriji". 2007:65–69.
- Irwin RS, Glomb WB, Chang AB. Habit cough, tic cough, and psychogenic cough in adult and pediatric populations: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006 Jan; 129(1 Suppl):174S–179S.
- Pratter MR. Unexplained (idiopathic) cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*. 2006 Jan;129 (1 Suppl):220S–221S.
- Dales RE, White J, Bhumgara C, McMullen E. Parental reporting of childrens' coughing is biased. *Eur J Epidemiol*. 1997; 13:541–5.
- Weinberger M, Lockshin B. When is cough functional, and how should it be treated? *Breathe (Sheffield, England)*. 2017; 13:22–30.
- Kogan MD, Pappas G, Yu SM, Kotelchuck M. Over-the-counter medication use among US preschool-age children. *Jama*. 1994;272:1025–30.
- Chang AB, Robertson CF, Paul van Asperen P, Glasgow NJ, Masters IB, Teoh L *i sur*. A cough algorithm for chronic cough in children: a multicenter, randomized controlled study. *Pediatrics*. 2013;131:e1576–e1583.
- Chang AB, Robertson CF, Van Asperen PP, Glasgow NJ, Mellis CM, Masters IB *i sur*. A multicenter study on chronic cough in children: burden and etiologies based on a standardized management pathway. *Chest*. 2012;142:943–50.

27. Dani VS, Mogre SS, Saoji R. Evaluation of chronic cough in children: clinical and diagnostic spectrum and outcome of specific therapy. *Indian Pediatr.* 2002;39(1):63–9.
28. Holinger LD, Sanders AD. Chronic cough in infants and children: an update. *Laryngoscope.* 1991;101(6 Pt 1):596–605.
29. Pratter MR. Overview of common causes of chronic cough: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest.* 2006;129(1 Suppl):59S–62S.
30. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1994.
31. Leckman JF. Phenomenology of tics and natural history of tic disorders. *Brain Dev.* 2003;25 Suppl 1:S24–8.
32. Mattila ML, Hurtig T, Haapsamo H, Jussila K, Kuusikko-Gauffin S, Kielinen M *i sur.* Comorbid psychiatric disorders associated with Asperger syndrome/high-functioning autism: a community- and clinic-based study. *J Autism Dev Disord.* 2010;40(9):1080–93.
33. Pringsheim T, Doja A, Gorman D, McKinlay D, Day L, Billingham L, Carroll A *i sur.* Canadian guidelines for the evidence-based treatment of tic disorders: pharmacotherapy. *Can J Psychiatry.* 2012;57(3):133–43.
34. Steeves T, McKinlay BD, Gorman D, Billingham L, Day L, Carroll A *i sur.* Canadian guidelines for the evidence-based treatment of tic disorders: behavioural therapy, deep brain stimulation, and transcranial magnetic stimulation. *Can J Psychiatry.* 2012;57(3):144–51.
35. Feinstein A. Conversion disorder: advances in our understanding. *CMAJ.* 2011;183(8):915–20.
36. International Classification of Diseases, Eleventh Revision (ICD-11). 2019;2023.
37. Sirri L, Fava GA. Diagnostic criteria for psychosomatic research and somatic symptom disorders. *Int Rev Psychiatry.* 2013 Feb;25(1):19–30.
38. Gureje O, Reed GM. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry.* 2016 Oct;15(3):291–2.
39. Shields MD, Doherty GM. Chronic cough in children. *Paediatr Respir Rev.* 2013 Jun;14(2):100–5; quiz 106, 137–8.
40. Weinberger M, Hoegger M. The cough without a cause: Habit cough syndrome. *J Allergy Clin Immunol.* 2016 Mar;137(3):930–1.
41. Haydour Q, Alahdab F, Farah M, Barrionuevo P, Vertigan AE, Newcombe PA *i sur.* Management and diagnosis of psychogenic cough, habit cough, and tic cough: a systematic review. *Chest.* 2014 Aug;146(2):355–72.
42. Blager FB, Gay ML, Wood RP. Voice therapy techniques adapted to treatment of habit cough: a pilot study. *J Commun Disord.* 1988 Sep;21(5):393–400.
43. Wright MFA, Balfour-Lynn IM. Habit-tic cough: Presentation and outcome with simple reassurance. *Pediatr Pulmonol.* 2018 Apr;53(4):512–6.
44. Sipp JA, Haver KE, Masek BJ, Hartnick CJ. Botulinum toxin A: a novel adjunct treatment for debilitating habit cough in children. *Ear Nose Throat J.* 2007 Sep;86(9):570–2.
45. Tan H, Büyükkavci M, Arik A. Tourette's syndrome manifests as chronic persistent cough. *Yonsei Med J.* 2004 Feb 29;45(1):145–9.
46. Duncan KL, Faust RA. Tourette syndrome manifest as chronic cough. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2002 Aug 1;65(1):65–8.